

LISTE DES ABREVIATIONS

AM : Allaitement maternel

AME : Allaitement maternel exclusif

AMP : Allaitement maternel prédominant

AA : Allaitement artificiel

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CME : Complexe Mère-Enfant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

g : Gramme

HAB : Hôpitaux Amis des Bébés

INSTAT : Institut national de la statistique

Khi2 : Khi-deux de Pearson

OC : Opération césarienne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaines d'aménorrhée

SPSS : Statistical package for social sciences

UNICEF : Fonds des Nations unis pour l'enfance

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

% : Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des indications notées de l'opération césarienne

Tableau II: Répartition des problèmes maternels entravant l'allaitement maternel immédiat (pour les mères ayant accouché par voie basse)

Tableau III : Répartition des poids de naissance selon l'âge gestationnel des bébés nés par voie basse et dont les mères n'avaient aucun problème

Tableau IV: Corrélation entre les problèmes à la naissance et le mode d'accouchement

Tableau V : Pathologies à la naissance selon les problèmes maternels (pour les mères ayant accouché par voie basse)

Tableau VI: Tableau : Répartition des problèmes de non allaitement immédiat chez les bébés ayant un poids $>2000\text{g}$ et un âge gestationnel $>33 \text{ SA}$ nés par voie basse (dont les mères n'ont pas de problèmes)

Tableau VII : Corrélation entre âge maternel et régime du bébé à la naissance

Tableau VIII : Corrélation entre parité et régime du bébé à la naissance

Tableau IX: Corrélation entre mode d'accouchement et régime du bébé à la naissance

Tableau X : Corrélation entre type d'anesthésie et régime du bébé à la naissance

Tableau XI : Corrélation entre poids de naissance et régime du bébé à la naissance

Tableau XII : Corrélation entre âge gestationnel et régime du bébé à la naissance

Tableau XIII: Répartition des causes de décès

Tableau XIV : Prévalence de l'allaitement immédiat

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Coupe sagittale du sein
- Figure2 : Circuits nerveux et endocriniens
- Figure 3 : Positions d'allaitement
- Figure 4 : Signes d'un bon attachement
- Figure 5 : Bonne prise de sein
- Figure 6: Répartition de l'âge maternel
- Figure 7: Répartition des femmes selon la profession
- Figure 8: Répartition des femmes selon la situation matrimoniale
- Figure 9: Répartition des femmes selon la parité
- Figure 10: Répartition des modes d'accouchement
- Figure 11: Répartition des types d'anesthésie
- Figure 12: Répartition des nouveau-nés selon le sexe
- Figure 13: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance
- Figure 14: Répartition de l'âge des nouveau-nés en semaines d'aménorrhée
- Figure 15: Répartition des problèmes du nouveau-né à la naissance
- Figure 16: Répartition des nouveau-nés selon le régime à la naissance
- Figure 17: Corrélation entre âge maternel et régime du bébé à la naissance
- Figure 18: Corrélation entre parité et régime du bébé à la naissance
- Figure 19: Corrélation entre modes d'accouchement et régime du bébé à la naissance
- Figure 20: Corrélation entre types d'anesthésie et régime du bébé à la naissance
- Figure 21: Corrélation entre poids de naissance et régime du bébé à la naissance
- Figure 22: Corrélation entre âge gestationnel et régime du bébé à la naissance
- Figure 23: Répartition des modes de sortie de l'hôpital

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I-Généralités sur l'allaitement maternel.	3
I-1- Quelques définitions	3
I -2- Physiologie de la lactation.....	4
I-3- Avantages de l'allaitement maternel	12
II- Conduite pratique et techniques de l'allaitement.....	14
II-1- Conduite pratique de l'allaitement	14
II-2- Techniques de l'allaitement.....	17
II-3- L'évaluation d'une tétée	18
III-Les difficultés de l'allaitement maternel	20
IV-Situations particulières	23
IV-1- Situations particulières au bébé.....	23
IV-2 - Situations particulières à la mère	24
V-Allaitement maternel et Médicaments.....	24
VI- Contre- indications de l'allaitement maternel.....	25
VII- Alimentation de la femme allaitante	25
VIII-Hôpitaux Amis des Bébés (HAB)	26

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS

I- METHODOLOGIE	28
I-1-Cadre d'étude...	28
I-2-type d'étude	30
I-3- Population d'étude.....	30

I-4- Recueil des données	30
I-5- Paramètres étudiés	30
I-6- Analyse des données	31
II- RESULTATS	32
II-1- LES DONNEES RELATIVES DE LA MERE	32
II-1-1- L'âge maternel	32
II-1-2- La profession de la mère	33
II-1-3-La situation matrimoniale	34
II-1-4-La parité	35
II-1-5- Les modes d'accouchement	36
II-1-6- Les indications notées de l'opération césarienne	37
II-1-7- Les types d'anesthésie	38
II-1-8-Les problèmes maternels liés à l'accouchement par voie basse.....	39
II-2- LES DONNEES RELATIVES DE L'ENFANT.....	40
II-2-1-Le sexe	40
II-2-2- Le poids de naissance	41
II-2-3- L'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée	42
II-2-4- Les problèmes du nouveau-né à la naissance	44
II-2-5-Le régime à la naissance	48
II-2-6- Le devenir du nouveau-né	55
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	
I-Epidémiologie	57
II-Caractéristiques des femmes	58
II-I-L' âge, la profession et la situation matrimoniale	58
II-2-La parité	59

II-3-L'accouchement	59
III-Caractéristiques des nouveau-nés	61
III-1-Le sexe	61
III-2-Le poids de naissance	61
III-3-L' âge gestationnel	62
III-4-Les problèmes du nouveau-né à la naissance	62
III-5- Le régime du bébé à la naissance	63
III-6-Le devenir du bébé	65
SUGGESTIONS.....	66
CONCLUSION	68

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est un impératif naturel, universel, jouant un rôle déterminant dans la santé et la survie du nouveau-né et du nourrisson.

L'alimentation des premières semaines de vie a un rôle dans l'apparition de phénomènes pathologiques chez le nouveau-né et le nourrisson. Toute fois, l'immunité passive transmise au nouveau-né par l'intermédiaire des anticorps maternels et du lait maternel aide à le protéger contre l'infection au cours des premiers mois de la vie[1 , 2].

Certaines habitudes de prise en charge des nouveau-nés influent le choix des femmes concernant l'allaitement. Elles peuvent empêcher les mères d'allaiter immédiatement ou d'allaiter avec succès. De nombreux hôpitaux et professionnels de la santé découragent, sans le vouloir l'allaitement maternel, en séparant systématiquement le nouveau-né de sa mère immédiatement après la naissance, en administrant des inhibiteurs de la montée de lait, en donnant des biberons d'appoint ou en mettant en vigueur des horaires rigides pour l'allaitement au sein [3 ,4 ,5].

Diverses études ont paru, tendant à montrer que les taux de mortalité et de morbidité néonataux et infantiles étaient plus élevés chez les nouveau-nés qui n'étaient pas allaités au sein. Par leur lait, les mamans transmettent au bébé des anticorps, un peu de leurs protéines vaccinales, ainsi que des antiviraux et des bactéricides qui feront une flore intestinale résistante [6, 7, 8, 9].

Chaque femme doit avoir la possibilité de nourrir son enfant au sein, et chaque nourrisson devrait être allaité au lait maternel dès la naissance jusqu'à l'âge de six mois, période où la mère pourrait lui donner des compléments alimentaires appropriés et adéquats. L'allaitement maternel doit être continué jusqu'à deux ans et plus [10].

La pratique de l'allaitement maternel est liée aux désirs maternels d'allaiter, aux pratiques hospitalières, aux attitudes du personnel de santé, ainsi qu'à l'ignorance face aux difficultés pouvant survenir au cours de l'allaitement.

Aussi, dans notre étude, nous nous proposons d'analyser le profil épidémioclinique des nouveau-nés qui n'ont pas reçu l'allaitement maternel immédiat dans le service de Néonatalogie du Complexe Mère-Enfant du Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga.

Notre travail va comprendre, outre l'introduction et la conclusion :

- Une première partie consacrée aux généralités et à la revue de la littérature.
- Une deuxième partie qui expose la méthodologie et présente les résultats.
- Et enfin, une troisième partie qui analyse et discute les résultats.

PREMIERE PARTIE :

REVUE DE LA LITTERATURE

REVUE DE LA LITTERATURE

I-Généralités sur l'allaitement maternel

I-1- Quelques définitions

I-1-1- Allaitement maternel (AM)

L'enfant se nourrit de lait maternel pris directement au sein ou exprimé [11].

I-1-1- 1 - Allaitement maternel immédiat

L'allaitement maternel est immédiat lorsque dès la sortie de l'utérus, le nouveau-né est mis en contact étroit avec la mère et allaité. Ce premier contact de la mère avec le nouveau-né se fera durant la première heure qui suit l'accouchement. Il importe de mettre le bébé au sein le plus tôt possible après la naissance et de l'aider à téter pour bénéficier des avantages du colostrum [11, 12].

I-1-1-2 – Allaitement maternel exclusif (AME)

L'allaitement maternel exclusif signifie que le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel. On ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson ; à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux. Le lait maternel exprimé est également accepté [11, 13].

I-1-1-3- Allaitement maternel prédominant (AMP)

L'allaitement maternel prédominant signifie que le lait maternel est la principale source de nourriture, ce qui inclut le lait exprimé. Il permet l'eau, les liquides à base d'eau et les jus de fruits, de même que les médicaments et les gouttes de vitamines ou de sels minéraux, mais n'inclut pas les préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) ou les liquides à base d'aliments [11, 13].

I-1-1-4-Allaitement mixte

L'allaitement mixte signifie que l'on nourrit l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts du lait maternel, qu'ils s'agissent de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou d'autres aliments [11].

I-1-2- Allaitement artificiel (AA)

Signifie que l'enfant est nourri avec des préparations commerciales pour nourrissons ou du lait de vache sans être du tout allaité au sein ou recevoir de lait humain [11].

I-1-3-Alimentation au biberon :

L'alimentation au biberon signifie que l'on nourrit l'enfant au biberon, mais que celui-ci peut contenir différents aliments liquides, y compris du lait maternel exprimé [11].

I-1-4- Sevrage

C'est arrêter totalement ou en partie de donner au bébé le sein pour lui donner un lait infantile et/ou pour commencer à lui proposer d'autres aliments que le lait [14].

I-1-5-Relactation

C'est la remise au sein d'un bébé afin de rétablir une production de lait adéquate chez une mère qui a une production de lait très réduite ou qui a cessé d'allaiter au sein. Elle est aussi recommandée pour soigner les bébés malades dont les mères n'allaitent pas [15].

I -2- Physiologie de la lactation

I-2-1-Anatomie du sein [16, 17, 18, 19]

I-2-1-1-La glande mammaire

Elle est constituée de 10 à 20 lobes subdivisés en lobules. Chaque lobule se compose de nombreuses alvéoles (ou acini) bordés d'une couche de cellules épithéliales sécrétantes reposant sur des cellules myoépithéliales à activité contractile. Les alvéoles sont groupées autour d'un canal alvéolaire qui va se drainer dans un canal lobulaire. Ceux ci se réunissent en canaux galactophores (4 à 18, en moyenne 9) qui convergent en un trajet sinueux vers le mamelon où ils s'abouchent par un pore. Les lobules et les canaux sont entourés de tissu conjonctif dense et vascularisé.

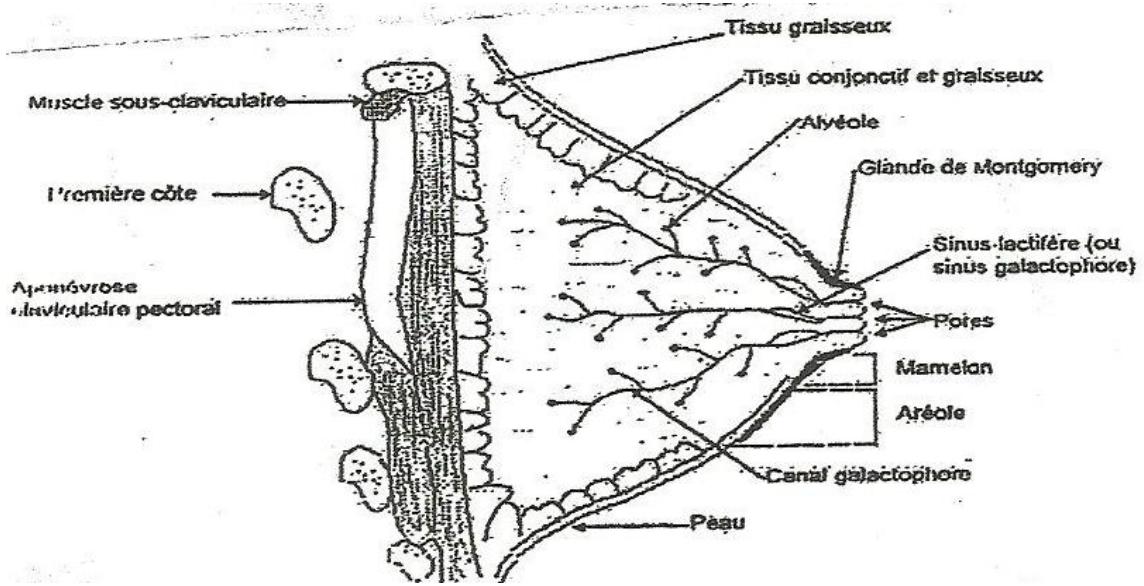


Figure 1 : Coupe sagittale du sein [20]

Les réseaux vasculaires sanguins et lymphatiques varient beaucoup au cours de l'allaitement pour s'adapter à l'afflux sanguin. Les modifications du volume des seins sont directement liées aux variations du système vasculaire. Le tissu graisseux forme la majeure partie de la masse mammaire et explique les différences de volume des seins entre les femmes.

I-2-1-2- L'aréole

C'est un disque cutané pigmenté de 3 à 5cm centré par le mamelon. Il présente des tubercules de Montgomery, glandes sébacées, dont les sécrétions odoriférantes guident le bébé, et qui sécrètent un lubrifiant assurant une protection naturelle du mamelon. Il se charge en élastine durant la grossesse pour s'adapter aux sollicitations du bébé. Cette peau fine et élastique ne s'épaissit pas quelques soient les manipulations exercées pour «préparer à l'allaitement».

I-2-1-3-Le mamelon

C'est une zone érectile, sensible aux stimulations tactiles, thermiques, émotionnelles. Il est parfaitement adapté aux étirements longitudinaux .L'aréole est une des zones les plus innervées du corps : des récepteurs neurosensitifs à l'étirement enregistrent les signaux de tétées du bébé et déclenchent la cascade neuro-endocrinienne

aboutissant à l'éjection du lait. Ils peuvent également être source de stimuli douloureux en cas de mauvais positionnement ou de dépression intra buccale excessive du bébé.

I-2-2- Régulation de la production du lait [16, 17, 18, 19, 21]

Lors de l'allaitement, le lait est fabriqué continuellement par les cellules de l'épithélium mammaire. Il est sécrété dans les alvéoles où il est stocké jusqu'à son éjection. Le contrôle de la synthèse, de sécrétion, et de l'éjection est complexe et multifactoriel. Il implique deux niveaux de régulation : Production et éjection, et deux mécanismes de contrôle : central et endocrine, et local et autocrine. Le tout est dépendant de la succion par l'enfant.

I-2-2-1- Contrôle endocrine (à distance)

- La stimulation part des terminaisons nerveuses du mamelon et de l'aréole par la succion.
- Le message est conduit par voie nerveuse vers l'hypothalamo-hypophyse qui entraîne une sécrétion de prolactine et d'ocytocine.
- Les hormones sont véhiculées par le sang et déclenchent, au niveau du sein, la synthèse et l'éjection du lait.

I-2-2-2-Contrôle autocrine (localement)

Il existe également des mécanismes de régulation locale, ce qui explique la différence de synthèse du lait entre les deux seins. Il existe un rétrocontrôle négatif qui inhibe la sécrétion de lait tant qu'il reste un important volume de lait résiduel dans les seins. Il régule le volume de lait produit et répond à la demande imprévisible de l'enfant.

- La vitesse de synthèse du lait est inversement proportionnelle au degré de remplissage des seins. Plus la quantité de lait prélevée au cours d'une tétée est importante, plus la vitesse de synthèse après cette tétée est rapide (6 à 90 millilitres par heure). Cette régulation est donc indépendante dans chaque sein.
- Le bébé ne consomme pas tout le lait disponible mais de 63 à 72 % en général. Tous les facteurs limitant l'extraction de lait (suction inefficace, anomalie du réflexe d'éjection, tétées limitées--) entraînent une baisse du volume de lait

produit. D'où un risque d'insuffisance secondaire de lait. Une femme peut augmenter sa production de lait en augmentant la fréquence et l'efficacité de l'extraction de lait.

- La capacité de stockage des alvéoles est l'objet d'une grande variabilité interindividuelle de la capacité de stockage des seins : de 80 à 600ml. Cette variation est indépendante de la capacité à produire assez de lait, et de la taille du sein. Par conséquent, les mères dont les capacités de stockage mammaire sont faibles ont besoin de donner le sein plus souvent. Elles ne peuvent s'adapter à des règles d'horaire rigide ou à un faible nombre de tétées ou à un intervalle long entre deux tétées.
- Le volume de lait produit est spécifique à chaque couple (dyade) mère-enfant. Le volume de lait produit dépend plus de facteurs liés à l'enfant que de facteurs liés à la mère. Le principe étant celui de l'offre et de la demande. Il varie de 200 à 900ml à J5 à 400 à 1100 ml entre 4 et 6 semaines.

I-2-2-3-Régulation de l'éjection

L'ocytocine est une hormone sécrétée par l'hypothalamus et stockée dans l'hypophyse. Elle agit sur les récepteurs des cellules myoépithéliales et elle provoque la contraction à l'origine de l'éjection du lait. Sa sécrétion est inhibée par le stress.

Le réflexe de sécrétion du lait ou réflexe prolactinique	Le réflexe d'éjection du lait ou le réflexe ocytocique
---	---

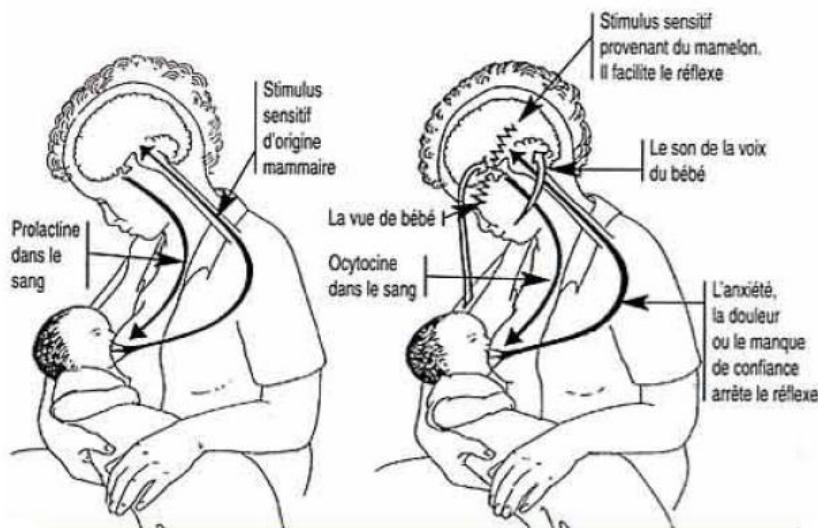


Figure2 : Circuits nerveux et endocriniens [18]

Au total l'établissement de la lactation implique :

- Le développement normal de la glande mammaire
- Un "climat hormonal" adapté avec chute de la progestérone, pics de prolactine, réflexe d'éjection et contrôle autocrine.
- L'extraction du lait à intervalles réguliers est adaptée à la demande de l'enfant.

I-2-3- Le lait maternel [16, 17, 19, 22, 23]

Le lait maternel et son précurseur, le colostrum, assurent l'adaptation du nouveau-né et son passage à une vie post-natale indépendante.

I-2-3-1-Caractéristiques du lait maternel [19]

- Le lait maternel est spécifique à l'espèce et est donc particulièrement adapté aux bébés.
- Il fournit tous les liquides et les nutriments pour une croissance et un développement optimaux. Il protège l'enfant des bactéries et des virus avec lesquels sa mère entre en contact.
- Il s'adapte à l'âge de gestation de l'enfant et se modifie pour pouvoir satisfaire les besoins de l'enfant.
- Il change de composition tôt dans la période du post-partum allant du colostrum au lait de transition, puis devient du lait mature.

➤ **Le colostrum**

- C'est un liquide épais et jaunâtre sécrété au cours des premiers jours suivant la naissance.
- Il est produit en petites quantités (5 à 10 ml par tétée), les reins du bébé naissant ne pouvant tolérer de grandes quantités de liquides.
- Il a une teneur élevée en protéines et en minéraux, est faible en gras, en glucides et en vitamines comparativement au lait maternel mature.
- Il contient des immunoglobulines (Immunoglobuline A surtout) qui fournissent une protection anti-infectieuse au bébé.
- Il agit comme laxatif pour éliminer le méconium et est facile à digérer.

➤ **Le lait de transition**

- Ce lait est un mélange de colostrum et de lait mature pendant la « montée de lait ».
- Il est sécrété au cours de la première et de la deuxième semaine.
- Il a une teneur élevée en gras, en lactose et en calories.

➤ **Le lait mature**

- Le lait mature est composé de :

- **Lait de début de tétée** : lait à haute teneur en eau et faible en gras excreté au début de la tétée et qui étanche la soif du bébé.
- **Lait de fin de tétée** : lait à haute teneur en gras excreté à la fin de la tétée suite au réflexe d'éjection du lait et qui permet au bébé d'être complètement rassasié et de prendre du poids.

- Il varie selon :

- Le moment de la journée
- La durée de l'allaitement
- Les besoins du bébé
- La parité

I-2-3-2 Composition du lait maternel [16, 19, 22, 23]

➤ **Eau (87 pourcent)**

L'eau assure une hydratation parfaite du nourrisson, car cette eau est liée à d'autres molécules, ce qui évite sa fuite urinaire ; le nourrisson n'a besoin d'apports d'eau supplémentaire même s'il fait très chaux ou il a de la fièvre, s'il peut téter aussi souvent qu'il le demande.

➤ **Protéines**

La quantité de protéines contenue dans le lait maternel est idéale pour la croissance et le développement du cerveau du bébé. Les protéines contenues dans le lait maternel sont facilement digérées et bien absorbées.

La proportion entre le lactosérum et la caséine du lait maternel est de 60:40. Le lactosérum se digère plus facilement que la caséine :

- Le lactosérum est prédominant dans le lait maternel.
- La caséine est prédominante dans le lait de vache et les préparations lactées, rendant les protéines du lait de vache plus difficiles à digérer.
- 8 des 20 acides aminés du lait maternel sont essentiels.

➤ Matières grasses (lipides)

Les lipides sont les composants les plus variables du lait maternel.

Le contenu en lipides varie :

- Pendant la tétée, il y a :
 - Le lait de début de tétée dont la teneur en gras est faible.
 - Le lait de fin de tétée ayant une forte teneur en gras.
- Au cours de la journée, il y a :
 - un important volume de lait à faible teneur en gras le matin (la teneur en lipides est à son plus bas niveau à 6 h 00)
 - un faible volume de lait à haute teneur en gras plus tard dans la journée (la teneur en lipides atteint un sommet au milieu de l'après-midi)
- Selon l'âge du bébé :

Le lait maternel lors d'une naissance prématurée contient pendant un certain temps une concentration de lipides de 30 % plus élevée.

La lipase (enzyme que l'on trouve dans l'intestin du bébé et dans le lait maternel lui-même) décompose les lipides afin qu'ils soient digérés et utilisés plus facilement.

La moitié des calories du lait maternel provient des lipides Principalement du lait de fin de tétée.

Le lait maternel contient 20 calories/30 ml

➤ Glucides

Le lactose est le principal glucide du lait maternel. La lactase (enzyme présente dans le lait maternel) est nécessaire à la transformation du lactose en sucre simple pouvant être facilement utilisé.

Le lactose est facilement métabolisé :

- Il est la source d'énergie pour la croissance du cerveau
- Il accroît l'absorption du calcium, aidant à prévenir le rachitisme
- Il favorise la croissance du lactobacillus bifidus et réduit le nombre d'agents pathogènes dans l'intestin.

➤ Vitamines

Le lait maternel contient la quantité exacte de vitamines dont a besoin le bébé. Le lait maternel est riche en vitamine A qui protège contre les infections.

La vitamine A protège également la vue du bébé et aide à protéger le bébé d'autres maladies.

➤ Calcium et sels minéraux

Le lait maternel contient le calcium dont a besoin le bébé en plus d'autres substances comme le phosphore et l'iode qui contribue aussi à la formation des os et des dents. Le calcium contenu dans le lait maternel s'absorbe plus facilement que celui du lait de vache.

➤ Fer

Le fer est présent en petites quantités (0,5 à 1 mg/L) mais son absorption en est accrue grâce à la teneur élevée du lait maternel en lactose et en vitamine C. La teneur en fer du lait maternel suffit aux besoins du bébé. Les bébés nourris au sein ne souffrent pas d'anémie, et n'ont besoin de fer supplémentaire durant leurs premiers mois de la vie.

➤ Enzymes

Il y a 20 enzymes actives dans le lait maternel. Le lait de vache n'en contient que très peu ou pas du tout. Ils aident à digérer les lipides et augmentent la biodisponibilité des autres composants.

I-3- Avantages de l'allaitement maternel

Le lait maternel apporte de nombreux avantages pour l'enfant, pour la mère, pour la famille et pour la communauté toute entière sur le plan de la santé.

I-3-1- Avantages pour le bébé [24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37]

Le lait maternel :

- Sauve la vie des bébés de moins d'un an.
- Contient l'eau et tous les éléments nutritifs en proportions équilibrées et en quantités adéquates pour les six premiers mois : c'est un aliment complet, évolutif et adapté à l'enfant.
- Contient des anticorps qui protègent contre les maladies, notamment les diarrhées et les maladies respiratoires.
- Permet la croissance et le développement normal.
- Est toujours propre, prêt à l'emploi, à la bonne température.
- Est facile à digérer et les éléments nutritifs sont bien absorbés.
- Protège contre les allergies et diminue le risque d'eczéma et du diabète.
- Aide le développement du cerveau, des mâchoires et des structures osseuses du visage.
- Facilite la relation physique mère-enfant : le contact peau à peau fréquent entre la mère et le bébé entraîne un meilleur développement psychomoteur, affectif et social du bébé.
- Participe à l'éducation aux différents goûts (par l'intermédiaire de l'alimentation variée de la mère modifiant le goût du lait maternel).

I-3-2-Avantages pour la mère [7, 11, 18, 24, 33, 37, 38, 39]

- L'allaitement maternel est meilleur pour la santé et le bien-être des femmes. Il réduit les risques d'hémorragie du post-partum. Il réduit également le risque du cancer de l'ovaire et du cancer du sein. Il empêche l'engorgement mammaire par des suctions immédiates et fréquentes.

- L'allaitement maternel est économique et diminue la charge de travail de la mère. Le lait maternel est disponible à tout moment et partout, il est propre, sain et à la bonne température
- Il améliore la relation entre la mère et l'enfant et entraîne l'épanouissement et la satisfaction.
- MAMA (Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée) : A un effet contraceptif efficace à 98 pourcent dans les six premiers mois si l'allaitement est exclusif et si l'aménorrhée persiste.

I-3-3-Avantages pour la famille [24]

- L'allaitement maternel réduit les dépenses : En effet, il n'y a pas de cout lié à l'achat de lait, de pétrole, de gaz ou de bois pour chauffer l'eau, le lait ou les ustensiles. Il évite les dépenses liées aux maladies qu'entraînerait l'allaitement artificiel.
- Il permet d'espacer les naissances par l'effet contraceptif de la Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée.
- Les problèmes émotionnels sont diminués, car il n'y a pas de stress provoqué par les maladies du bébé.
- L'allaitement maternel permet de gagner du temps, car le lait maternel est toujours disponible et prêt.

I-3-4-Avantages pour la communauté et le pays [24]

- L'allaitement au sein permet de faire des économies et peut réduire la demande de devises étrangères (diminution des importations de lait artificiel et des ustensiles nécessaires pour sa préparation, réduction des dépenses nationales relatives à la santé).
- Des bébés sains font une nation saine.
- L'allaitement maternel améliore la survie de l'enfant : Baisse de la morbidité et de la mortalité infantile.
- Il participe à la protection de l'environnement.

II- Conduite pratique et techniques de l'allaitement

II-1- Conduite pratique de l'allaitement [18]

II-1-1 Avant la naissance

La plupart des mères ne connaissent pas ces avantages, surtout les primipares ou les mamans jeunes.

Ainsi, la consultation prénatale est primordiale, surtout au dernier trimestre de la grossesse, afin de préparer la parentalité.

❖ **Conseils pendant la grossesse**

➤ **Préparation des mamelons**

-Aucune préparation n'est nécessaire. Les douleurs pendant la tétée et les crevasses sont souvent dues à une mauvaise succion ou une position inadaptée du bébé.

-En cas de mamelons plats ou invaginés : il n'y a pas de conduite à tenir pendant la grossesse. Le bébé tête l'aréole et non pas le mamelon.

-Un écoulement du lait pendant la grossesse n'a pas de conséquences.

➤ **En cas d'antécédents de chirurgie**

Une femme qui a subi une chirurgie mammaire peut s'inquiéter de sa capacité à produire suffisamment de lait pour son bébé. Généralement, il s'agit d'une chirurgie de réduction mammaire. Si les canaux lactifères et les principaux nerfs n'ont pas été endommagés, la production de lait ne devrait pas être touchée. Une perte de sensation dans l'un des deux seins peut indiquer que les nerfs ont été endommagés et il est possible que le réflexe d'éjection du lait soit moindre dans ce sein. Il sera utile de se faire aider par une personne référente en lactation, et si besoin de prévoir un dispositif d'aide à la lactation en cas de difficulté.

➤ **En cas de tabagisme**

Il est nécessaire de convaincre les mères fumeuses qui veulent allaiter de cesser de fumer, mais les experts estiment que l'allaitement demeure le meilleur choix, même si la mère continue de fumer. Des études ont démontré qu'en cas de tabagisme maternel, la

morbidité était plus élevée chez les enfants nourris avec une préparation pour nourrissons comparativement à ceux allaités (pathologies ORL en particulier).

➤ **En cas d'alcoolisation maternelle**

La consommation d'alcool est déconseillée pendant toute la grossesse. Lors d'un allaitement, l'ingestion d'alcool limite le réflexe d'éjection. En cas de prise d'alcool importante, le risque est un engorgement pouvant persister pendant plusieurs heures, car les seins se remplissent et le lait ne peut pas en sortir. L'alcool passe dans le lait, où il se trouve à un taux similaire à celui présent dans le sang.

➤ **De manière générale, pendant la grossesse en prévision de l'allaitement :**

- Une hygiène de vie simple est recommandée : pas de drogue, limiter les quantités de thé, de café.
- Il est important de mettre les femmes en garde contre l'automédication car certains médicaments sont déconseillés pendant l'allaitement.
- Il suffit d'avoir une alimentation équilibrée. Il est conseillé de ne faire aucun régime pendant l'allaitement (sauf avis médical). Un apport d'environ 2000 calories par jour serait correct. Certains aliments ingérés par la mère peuvent cependant changer le goût du lait, mais c'est un apprentissage du goût.
- La mère doit boire selon sa soif.

II-1-2- L'accouchement et la mise au sein

II-1-2-1-Présentation de l'allaitement à l'accueil en maternité

Pour un meilleur démarrage, une participation active et consciente à l'accouchement est importante. En la valorisant, la femme augmente la confiance qu'elle a en elle. La peau-à-peau du bébé sur sa mère à la naissance est immédiate et prolongée si l'état de l'enfant le permet. Il appartient à l'équipe soignante de se faire discrète dans le respect de la sécurité. La première tétée sera proposée dès que le bébé est prêt. Il est nécessaire de privilégier l'accouchement « respect » en milieu médicalisé, sans excès. La présence du père est importante, s'il le désire.

II-1-2-2- Le démarrage en maternité

Juste après sa naissance, le bébé est particulièrement disposé à téter et à se placer au sein en bonne position. L'idéal est de placer le bébé sur la poitrine de la mère et de laisser le bébé prendre le sein pour avoir une tétée spontanée. Certaines maternités proposent une « tétée de bienvenue » à toutes les femmes (même celles qui n'ont pas envie d'allaiter).

- En cas de césarienne, dans la mesure du possible, le peau-à-peau sera favorisé au plus tôt, éventuellement avec le papa. L'allaitement ne fatigue pas plus. La libération d'ocytocine permet un bien-être et un endormissement rapide. Un aménagement des positions d'allaitement sera proposé : coussins bien placés pour éviter les douleurs au niveau de la cicatrice.
- Si l'enfant est prématuré ou hospitalisé en néonatalogie, un tire-lait sera proposé dès les premières heures. Les premières tétées, ou les premiers contacts avec le sein, seront fonction de l'état clinique de l'enfant et non pas de l'âge gestationnel.
- Les deux ou trois premiers jours sont cruciaux pour la bonne mise en route de l'allaitement. Dès que l'enfant réclame, on le met au sein en prenant soin de bien vider un sein avant de proposer l'autre. La tétée suivante, la mère commencera par le sein que l'enfant n'a pas pris. Une bonne prise en bouche et une bonne position de la mère et de l'enfant sont nécessaires, pour que l'enfant se soit satisfait de l'allaitement.

Plusieurs positions sont proposées, toutes ont les mêmes règles de base : le nez de l'enfant doit être en face du mamelon, la mère et l'enfant sont ventre contre ventre. Le bébé va adopter une légère déflexion de la tête en arrière dès la prise du sein. Chaque mère adoptera celles qui conviennent à elle et son bébé.

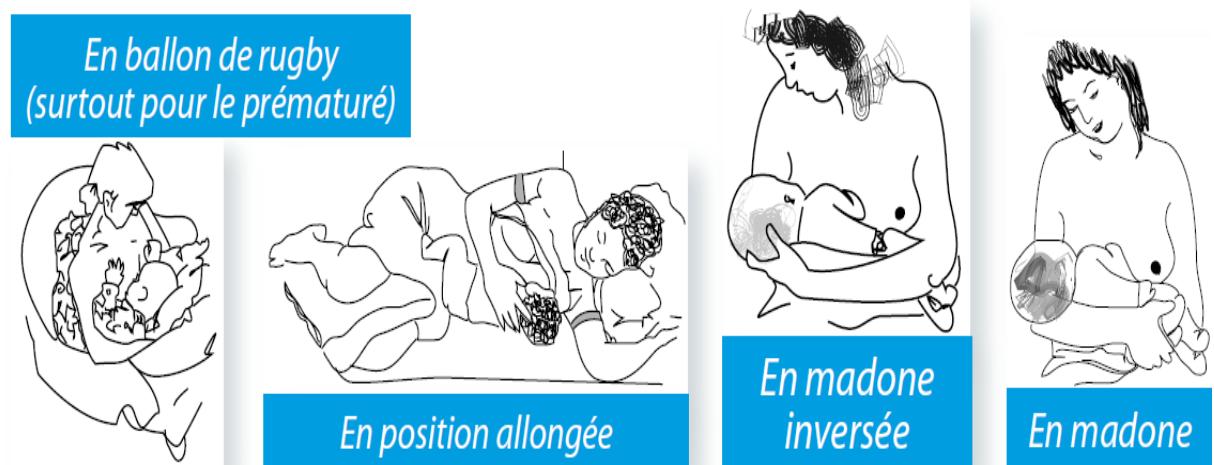


Figure 3 : Positions d'allaitement [40]

II-2- Techniques de l'allaitement

II-2-1- La mise au sein [22]

Elle doit se faire dans les 30 minutes suivant la naissance. Il ne faut jamais séparer le nouveau-né de la mère.

II-2-2-Les techniques de l'allaitement [17, 19, 22]

- Position assise classique la plus courante
- Position allongée sur le côté (femmes césarisées ou épisiotomisées)
- Position face à face

II-2-3-Règles d'or [16, 22]

- Tétées précoces
- Donner le sein à la demande
- Alterner les deux seins
- Donner le sein la nuit
- Durée suffisante des tétées
- Position confortable et correcte
- Bonne hygiène des seins :
 - Lavage quotidien des seins à l'eau et au savon

- Lavage des mains avant la tétée
 - Lavage des mamelons avant et après chaque tétée à l'eau bouillie refroidie
 - Le mamelon doit reposer sur une compresse propre et sèche
- Allaitement maternel exclusif pendant 6 mois
- Diversification progressive vers 5 mois.
- Maintenir l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois si possible

II-3- L'évaluation d'une tétée [16,19, 22,41]

II-3-1- Les signes d'un bon attachement

- Le nez du bébé touche le sein,
- la bouche du bébé est grande ouverte,
- les deux lèvres du bébé sont en éversion, la langue déposée sur la gencive inférieure pendant toute la tétée,
- le menton du bébé cache l'aréole du sein. Au-dessus de la lèvre supérieure du bébé, l'aréole peut être visible. Par contre, la lèvre inférieure masque presque toute l'aréole, la rendant à peine visible,
- le mamelon est attiré jusqu'au palais mou par une combinaison de mouvements d'ondulation et de compression,
- la mère peut entendre son bébé avaler.



Figure 4 : Signes d'un bon attachement [16]



Figure 5 : Bonne prise de sein [16]

II-3-2- Les signes de tétée efficace

- Tétée lente et régulière qui suit le rythme de deux succions pour une déglutition.
- la mère sent que ses seins sont tendus avant la tétée, et plus mous après.

II-3-3- Les signes de prise suffisante de lait maternel

Le bébé reçoit assez de lait lorsqu'il :

- tête au moins 10 fois par 24 heures,
- mouille au moins 6 à 8 couches durant une journée et nuit. Son urine est diluée et de couleur pâle,
- a souvent des selles molles de couleur jaune, 3 à 8 fois en 24 heures. A mesure qu'il grandit, les selles sont moins fréquentes,
- prend du poids, au moins 500 grammes par mois, et est actif, a un bon tonus musculaire et une peau satinée.

III-Les difficultés de l'allaitement maternel [11, 15, 18, 22, 42]

La préparation anténatale à l'allaitement maternel permet d'éviter les difficultés et conditionne en grande partie la réussite de l'allaitement maternel.

Ces difficultés peuvent être liées à la mère ou à l'enfant. Ces problèmes sont souvent mineurs mais s'ils ne sont pas réglés rapidement, peuvent compromettre la poursuite de l'allaitement maternel.

Les principales difficultés auxquelles sont confrontées les mères sont :

III-1-Engorgement mammaire

Les seins sont chauds, durs, douloureux au moment de la montée laiteuse.

Pour éviter l'engorgement mammaire, il faut une bonne prise du sein, une bonne succion, des tétées fréquentes pour une bonne vidange des seins et une bonne position de la mère et du bébé.

III-2-Mamelons fissurés et douloureux

Ils sont souvent secondaires à une mauvaise prise des seins avec mauvaise position.

Ce qui conduit à un échec de l'allaitement maternel pour prévenir et traiter les mamelons ; ainsi :

- Il ne faut jamais interrompre une tétée ou mettre le sein au repos pendant la tétée.
- Il faut mettre le mamelon et l'aréole dans la bouche du bébé.
- Il ne faut pas mettre de crèmes ou de médicaments sur les mamelons.
- Il faut rechercher et traiter un éventuel muguet buccal.

III-3-Mamelons courts et ombiliqués

La préparation des mamelons à l'allaitement pendant la grossesse permet d'éviter ce problème. Généralement, les mamelons s'étirent facilement lors des tétées énergiques. Dans ce cas, la meilleure position pour la tétée est le « face à face » avec la possibilité d'utiliser une tire lait.

III-4-Mastite et abcès du sein

La mastite est secondaire à l'obstruction des canaux galactophores. Le sein touché devient tuméfié, douloureux et s'accompagne de fièvre. Il faut continuer à donner le sein et bien le vider, donner de l'aspirine ou du paracétamol pour lutter contre la fièvre, mettre des compresses imbibées d'eau chaude sur le sein pour atténuer la douleur, les antibiotiques ne sont pas nécessaires à cette phase. Si le sein n'est pas vidé correctement et le canal ou les canaux galactophores ne sont pas désobstrués, le lobule touché s'infecte et un abcès se constitue.

La zone touchée devient le siège d'une inflammation. L'abcès peut se fistuliser dans les canaux et la pression du mamelon fait apparaître de pus.

Le traitement de l'abcès doit être rapide : Il ne faut pas donner le sein malade à l'enfant.

- Incision chirurgicale du lobule atteint
- Antibiotiques par voie générale
- Antalgiques (aspirine, compresses chaudes)
- Vidange correct du sein.

Reprendre l'allaitement au sein dès que possible après guérison.

III-5-Le bébé refuse le sein

Il s'agit d'un problème très sérieux. Il faut s'assurer que :

- L'enfant n'est pas malade.
- L'enfant n'est pas de petit poids de naissance.
- Parfois le bébé refuse le sein du fait de sa séparation de sa mère, et la prise des biberons.
- La présence d'une obstruction nasale ou d'un muguet buccal peut être à l'origine du refus de sein.

III-6-La mère pense qu'elle n'a pas assez de lait

Les raisons qui font croire à la mère qu'elle n'a pas assez de lait sont :

- Les seins semblent vides
- Son bébé pleure trop
- Son bébé réclame beaucoup

Les causes du manque de lait sont nombreuses, liées soit à la mère ou à l'enfant :

- Aliments ou boissons donnés au bébé, ce qui diminue son appétit et le temps de la tétée.
- Les tétées ne sont pas assez fréquentes (<8 par 24h).
- Les tétées de nuit ont été arrêtées trop tôt.
- Les tétées ne durent pas assez longtemps, une mauvaise vidange du sein provoque l'accumulation d'un facteur arrêtant la sécrétion de lait.
- Le bébé n'a pas une bonne prise du sein et tête en mauvaise position.
- Manque de confiance de la mère dans sa capacité de produire du lait.
- La malnutrition maternelle affecte la production du lait.

III-7-Mon lait est léger

Le lait maternel est connu par sa supériorité sur le lait de vache, pour cela il faut informer et rassurer les femmes qui prétendent que leur lait est léger.

III-8-Mon bébé dort beaucoup et ne réclame pas le sein

Normalement le bébé se réveille toutes les 3 à 4 heures pour prendre le sein. Sinon, il faut s'assurer qu'il est en bonne santé, qu'il a une croissance normale. Il faut conseiller à la mère de réveiller l'enfant toutes les 3 à 4 heures pour lui donner le sein.

III-9-Mes seins sont trop petits et ne produisent pas du lait

La production du lait ne dépend pas du volume des seins, mais de la stimulation à la production, en particulier les tétées fréquentes et une bonne vidange.

IV-Situations particulières [15, 22]

IV-1- Situations particulières au bébé

IV-1-1-Les petits poids de naissance et les prématurés

Si le bébé a un bon réflexe de succion, il faut lui donner directement le sein. Sinon, tirer le lait et le lui donner à la cuillère ou par gavage, jusqu'à l'acquisition d'un âge lui permettant de prendre le sein.

IV-1-2-Les jumeaux à terme

-Encourager la mère pour se sentir forte et capable de donner le sein aux 2 jumeaux, et lui rappeler que plus les bébés tétent, plus elle produit du lait.

-S'assurer de la croissance normale des bébés.

IV-1-3-Le bébé porteur d'une fente labio-palatine

-Tirer le lait et le donner à l'enfant à la cuillère ou par gavage.

-Tenter la succion en utilisant une tétine spéciale.

-Alimenter le bébé en position verticale pour éviter les fausses routes.

IV-1-4-Le bébé malade

-L'enfant n'est pas hospitalisé, donc son état n'est pas grave, continuer l'allaitement maternel.

-L'enfant est hospitalisé, il faut hospitaliser la mère aussi et continuer l'allaitement maternel si possible. Sinon tirer le lait et donner à l'enfant par gavage, à la cuillère ou à la tasse.

-Reprendre dès que possible le sein.

IV-1-5-L'ictère physiologique sans gravité

L'ictère au lait de femme peut être grave, mais ne contre indique pas l'allaitement maternel. La présence d'un ictère chez le bébé impose un bilan à la recherche d'une étiologie pour une prise en charge appropriée et pour éviter l'ictère nucléaire.

IV-1-6-Allaitement maternel et les selles du bébé

- Les selles du bébé nourri au sein sont souvent liquides, jaunes d'or, émises en pré ou postprandial, nombreuses, 5 à 6 par 24 heures.
- S'assurer de la bonne croissance et rassurer la mère.
- Parfois une constipation peut persister jusqu'à l'âge de la diversification (5 à 6 mois), ce qui ne nécessite aucun traitement.

IV-2 - Situations particulières à la mère

IV-2-1- Mère césarisée

L'allaitement est possible dès le réveil.

IV-2-2- Mère malade

- Les maladies qui contre indiquent l'allaitement maternel sont rares.
- La contre indication est souvent temporaire. Il faut conseiller à la mère de tirer le lait pendant cette période pour maintenir la production et éviter l'engorgement.

IV-2-3- Allaitement maternel et grossesse

La femme enceinte peut allaiter tout au long de sa grossesse sans problème.

IV-2-4- Allaitement maternel et Ramadan

La production du lait dépend en partie de l'alimentation de la mère, qui doit être en quantité suffisante. Cela paraît difficile pendant le mois de Ramadan, surtout les premiers mois de vie avant toute diversification alimentaire. Donc, il est conseillé à la mère allaitante de ne pas jeûner.

V-Allaitement maternel et Médicaments [22]

La plupart des médicaments passent en petites quantités dans le lait maternel liés aux protéines, donc n'affectent pas le nourrisson. Il faut donner le sein juste avant la prise du médicament. Déconseiller à la mère les excitants à forte dose (café, thé) et l'automédication.

Les médicaments contre indiquant l'allaitement maternel :

- ❖ Antimitotiques
- ❖ Substances Radioactives.

VI- Contre- indications de l'allaitement maternel [11, 15, 22]

- Galactosémie congénitale (rare)
- Intolérance au lactose (exceptionnelle)
- Psychose maternelle grave
- Mère porteuse du virus VIH
- Les maladies maternelles aigues peuvent constituer une contre indication temporaire, reprendre l'allaitement aussitôt après la guérison.

VII- Alimentation de la femme allaitante [22]

L'alimentation de la femme allaitante influe sur la quantité et la qualité du lait produit, les besoins sont augmentés.

La femme allaitante doit bénéficier d'une alimentation en quantité suffisante, diversifiée, équilibrée, riche en protéines, en vitamines et autres éléments nutritifs indispensables.

VIII-Hôpitaux Amis des Bébés (HAB) [43]

L'OMS et l'UNICEF ont fait paraître de concert une déclaration énonçant « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », qui peut servir de cadre pour planifier la modification des méthodes hospitalières.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La modification des méthodes suivies dans les hôpitaux ainsi que la formation du personnel hospitalier et des maternités sont des mesures essentielles pour encourager l'allaitement maternel. Les responsables du Ministère de la santé, les administrateurs

des hôpitaux et les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer pour s'assurer que ces mesures et d'autres encore sont prises, y compris la restriction de l'accès aux hôpitaux des compagnies de vente de préparations pour nourrisson et l'interdiction de la publicité pour des produits de substitution au lait maternel dans les centres de santé et de distribuer gratuitement des échantillons ou des brochures promotionnelles aux mères et au personnel hospitalier.

DEUXIEME PARTIE :

METHODOLOGIE

ET

RESULTATS

METHODOLOGIE ET RESULTATS

I- METHODOLOGIE

I-1- CADRE D'ETUDE

Nous avons réalisé notre étude au sein de l'unité de néonatalogie du Complexe Mère Enfant au Centre Hospitalier Universitaire de Mahajanga du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009.

Etant un centre de référence de la région Boeny Mahajanga, les parturientes référencées peuvent venir de très loin et peuvent déjà voyager pendant 2 jours ou plus. Ceci est dû au problème de transport sur une route en mauvais état et aussi au problème socio-économique.

I-1-1-PRESENTATION DE L'UNITE DE NEONATALOGIE

L'unité de néonatalogie du CHU Mahajanga a existé depuis janvier 2001 au sein de la Pédiatrie et elle a été transférée au sein du CME depuis son ouverture le 22 juin 2007.

Elle occupe presque la moitié du CME. Elle reçoit tous les nouveau-nés issus des mères accouchées au sein de ce complexe et les autres bébés nés ailleurs vrais référés ou auto-référencés.

Les bébés sont référés par les autres formations sanitaires publiques ou privées pour différents problèmes tels que : refus de téter, hyperthermie ou hypothermie, ballonnement abdominal, vomissement, détresse respiratoire, apathie, mouvements anormaux, malformation, prématurité, etc.

I-1-1-1 Le personnel de l'unité de néonatalogie au CME

L'unité de néonatalogie regroupe :

- ⊕ 7 médecins traitant dont un pédiatre chef d'unité et 5 médecins assistant ;
- ⊕ 1 major de l'unité ;
- ⊕ 9 paramédicaux ;
- ⊕ 1 personnel d'appui.

I-1-1-2- La répartition de l'unité de néonatalogie

L'unité est repartie en 3 sous-unités :

1- Unité de soins intensifs « USI » comportant :

- 2 tables chauffantes
- 4 couveuses ;
- 4 lits pour les mères et 1 lit d'isolement pour les bébés sévèrement infectés
- 2 lampes pour photothérapie ;
- 3 armoires dont 2 contenant les médicaments d'urgence et 1 pour les dossiers vierges ;
- 2 aspirateurs ambulants ;
- 1 extracteur d'oxygène ;
- 1 table de bureau pour les personnels ;
- 3 coins d'eau ;
- 6 sources d'oxygène mural ;
- 6 sources de vide (vacuum) ;
- 2 scopes ;
- 5 pousses seringues ;
- 1 réfrigérateur ;
- 1 pèse bébé ;
- 1 toise.

L'USI est réservée pour les nouveau-nés qui sont gravement malades nécessitant des soins intensifs et une surveillance rapprochée.

2-Adaptation Kangourou Intra-Hospitalière « AKIH » possède :

- 9 lits pour mères et bébés ;
- 1 armoire ;
- 1 bureau.

Cette AKIH est destinée pour les bébés de petits poids de naissance ayant besoin de la méthode Kangourou, les bébés sortant de l'USI près pour la sortie à domicile et les bébés nécessitant une surveillance simple.

3- Hospitalisation mère enfant « HME »

Elle comporte 24 lits. Dans les salles réservées pour l’HME, les bébés ne sont pas malades. Ainsi, ils sont avec leurs mères en hospitalisation.

I-2- TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude rétrospective, descriptive des nouveau-nés hospitalisés au sein de l’unité de néonatalogie. Ces nouveau-nés sont issus des mères accouchées uniquement au sein du CME.

I-3- POPULATION D'ETUDE

I-4-1- Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude les nouveau-nés nés au Complexe Mère-Enfant non allaités immédiatement et qui sont hospitalisés dans l’unité de néonatalogie.

I-4-2- Critères d'exclusion

Nous avons exclu tous les dossiers des nouveau-nés référés ou auto-référés, et aussi les bébés ayant été mis au sein précocement. Ces derniers sont au nombre de 1348.

I-4- RECUEIL DE DONNEES

Les données ont été recueillies à partir du registre de tous les nouveau-nés hospitalisés en néonatalogie, des fiches d’observation néonatale et de traitement des nouveau-nés.

La fiche d’observation néonatale contient les renseignements concernant la mère durant la grossesse, le déroulement de l’accouchement et les informations concernant le bébé.

I-5-PARAMETRES ETUDES

Pour chaque patient, nous avons analysé les données suivantes :

I-5-1- Données concernant la mère

- L’âge maternel
- La profession
- La situation matrimoniale

- La parité
- Le déroulement de l'accouchement : le mode d'accouchement, les indications notées de la césarienne, le type d'anesthésie en cas de césarienne et les problèmes maternels liés à l'accouchement par voie basse

I-5-2- Les données concernant le nouveau-né

- ◆ Le sexe
- ◆ Le poids de naissance
- ◆ L'âge en semaine d'aménorrhée (SA)
- ◆ Les problèmes du nouveau-né à la naissance
- ◆ Le régime du nouveau-né à la naissance
- ◆ Le devenir du nouveau-né : le mode de sortie de l'hôpital, les causes de décès

Ces paramètres permettent : - de définir les critères épidémiologiques des mères et des nouveau-nés inclus dans notre étude,

- d'identifier les principaux obstacles à l'allaitement maternel immédiat.

I-6- ANALYSE DES DONNEES

Nous avons utilisé le logiciel SPSS 17.0 pour la saisie et l'analyse des données. Nous avons précisé, pour les variables quantitatives, les valeurs minimales, maximales, moyennes et médianes. Les analyses univariées étudient le lien entre l'âge maternel et le régime, la parité et le régime, le mode d'accouchement et le régime, le type d'anesthésie et le régime, le poids de naissance et le régime enfin l'âge gestationnel et le régime.

Les variables qualitatives ont été exprimées si possible avec un intervalle de confiance à 95%. Le test de Khi2 était réalisé pour préciser les différences significatives ou non des causes de non réalisation de l'allaitement immédiat à la naissance.

II- RESULTATS

Du 01 Janvier 2008 au 31 décembre 2009, nous avons colligé 2482 naissances vivantes au CME, dont 1472 bébés nés par voie basse et 1010 par opération césarienne. Nous retenons dans notre étude 1134 cas de bébés qui n'ont pas reçu l'allaitement maternel immédiat après la naissance, soit 45,68%.

II-1- LES DONNEES RELATIVES DE LA MERÉ

II-1-1- L'âge maternel

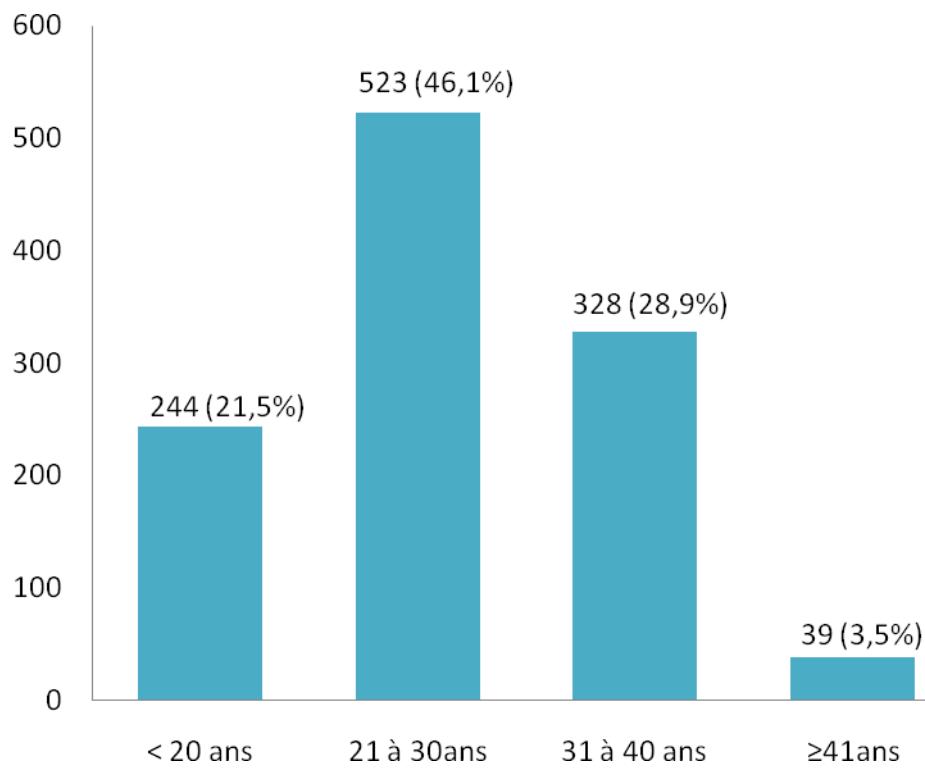
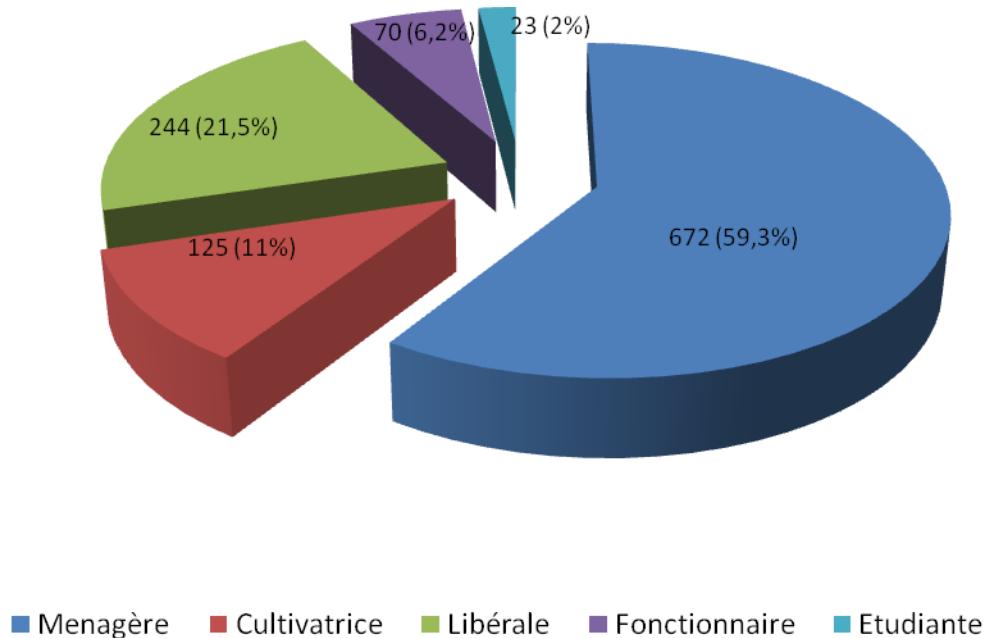


Figure 6: Répartition de l'âge maternel

L'âge maternel varie de 13 ans à 49 ans avec une moyenne de 27,13 ans et une médiane de 27 ans.

II-1-2- La profession de la mère**Figure 7:** Répartition des femmes selon la profession

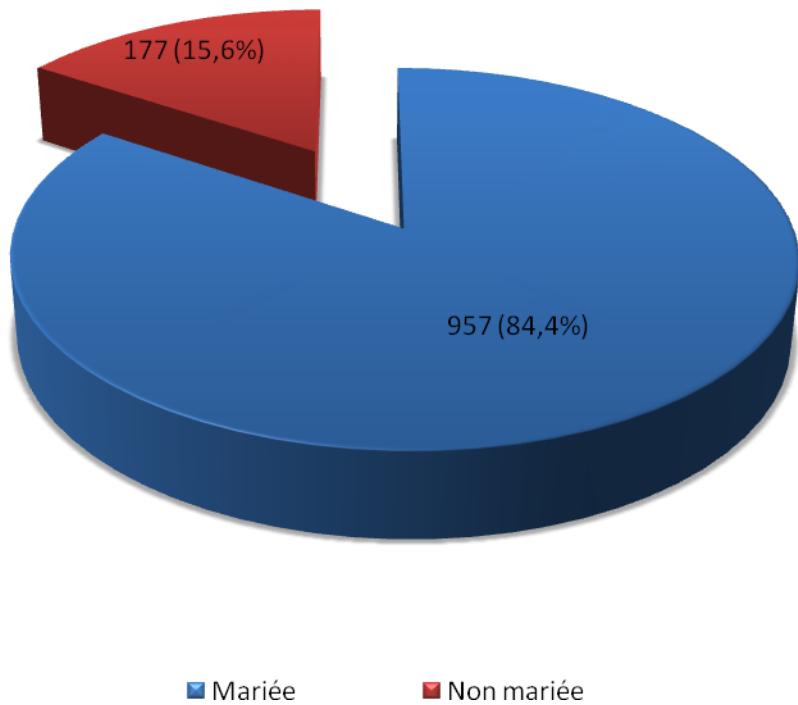
II-1-3-La situation matrimoniale

Figure 8: Répartition des femmes selon la situation matrimoniale

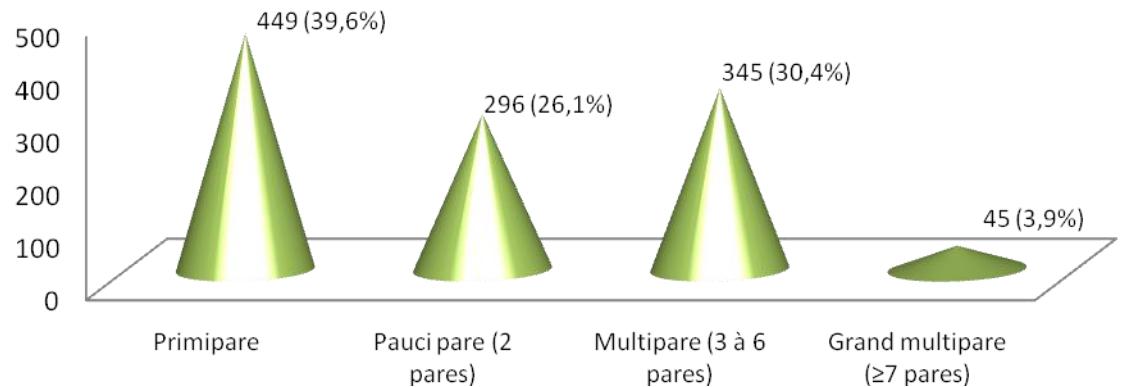
II-1-4-La parité

Figure 9: Répartition des femmes selon la parité

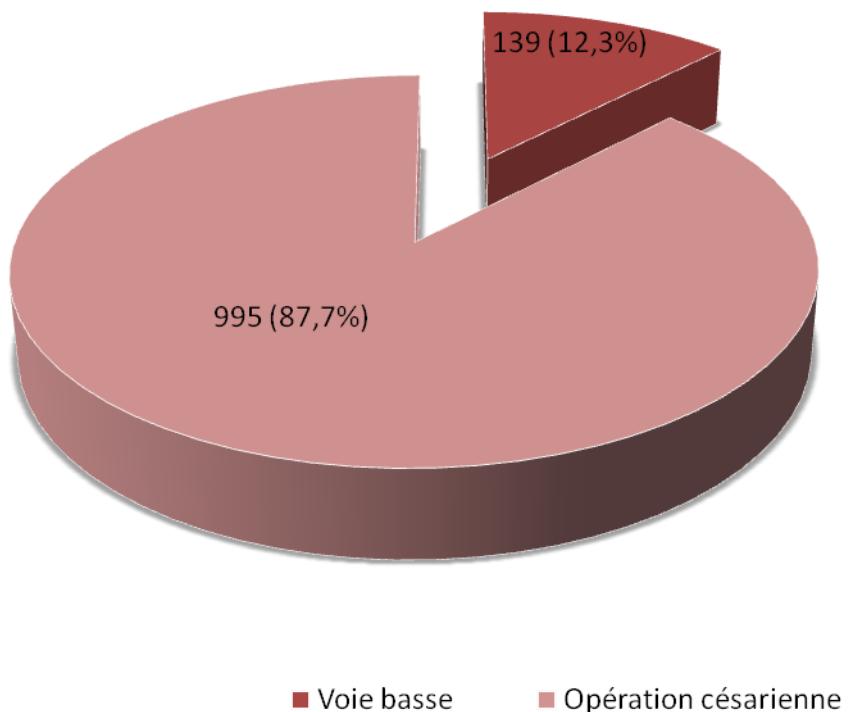
II-1-5- Les modes d'accouchement

Figure 10: Répartition des modes d'accouchement

II-1-6- Les indications notées de l'opération césarienne

Tableau I : Répartition des indications notées de l'opération césarienne

Indications de l'OC	Nombre	Pourcentage (%)
OC programmée	269	27,0
OC décidée en salle de travail	616	61,9
Problème pathologique	110	11,1
Total	995	100

Les problèmes pathologiques sont les problèmes inconnus par les mères mais découverts au moment de l'accouchement entravant le déroulement de l'accouchement normal. Ils sont représentés par l'hypertension artérielle, le diabète, la pré-éclampsie et les présentations anormales et des anomalies du travail.

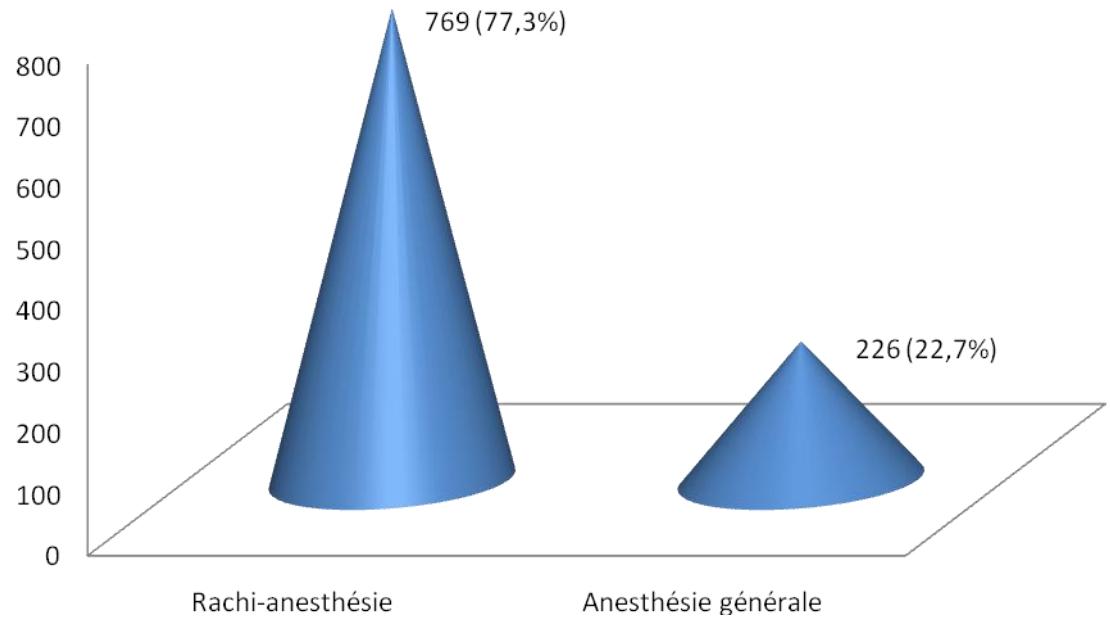
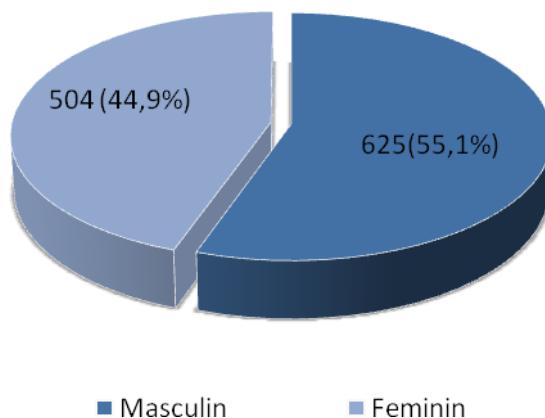
II-1-7- Les types d'anesthésie

Figure 11: Répartition des types d'anesthésie

II-1-8-Les problèmes maternels liés à l'accouchement par voie basse

Tableau II: Répartition des problèmes maternels entravant l'allaitement maternel immédiat (pour les mères ayant accouché par voie basse)

Problèmes maternels	Nombre	Pourcentage (%)
Aucun problème à l'AM	128	92,1
Complication postpartum immédiate	7	5,0
VIH	3	2,2
Agalactie	1	0,7
Total	139	100

II-2- LES DONNEES RELATIVES DE L'ENFANT**II-2-1-Le sexe**

Le sex-ratio est de 1,22.

Figure 12: Répartition des nouveau-nés selon le sexe

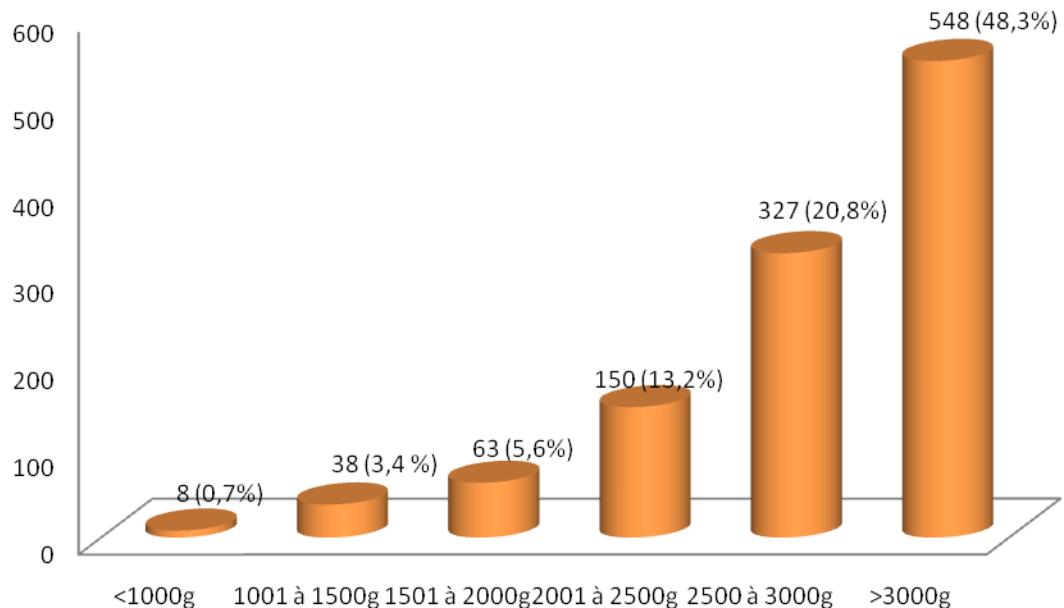
II-2-2- Le poids de naissance

Figure 13: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Le poids des nouveau-nés varie de 530g à 4926 g. Le poids moyen est de 2917,97 g et le poids médian est de 2984 g.

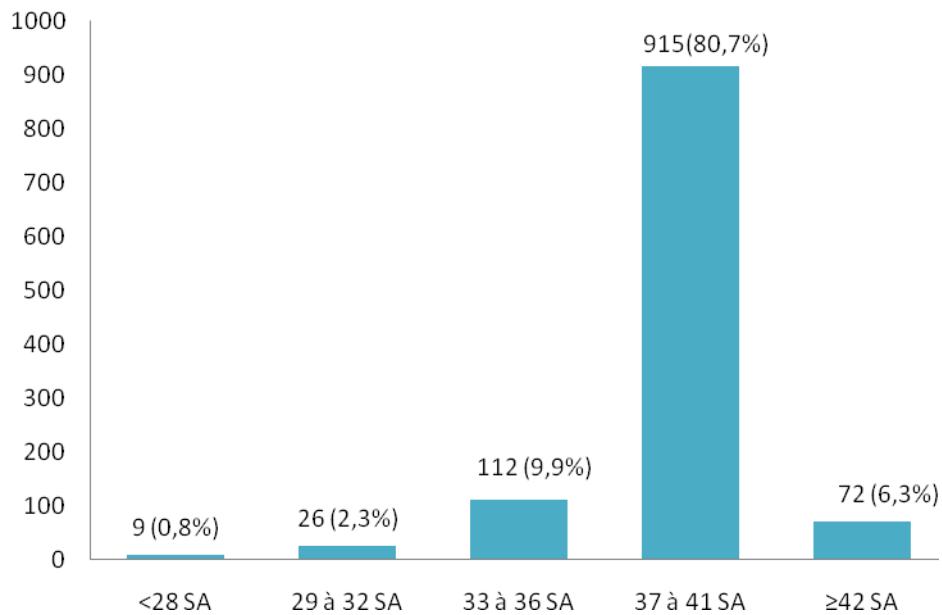
II-2-3- L'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée

Figure 14: Répartition de l'âge des nouveau-nés en semaines d'aménorrhée (SA)

L'âge en semaines d'aménorrhée varie de 22 SA à 44SAj. L'âge moyen est de 38,86 SA et l'âge médian est de 39SA.

Tableau III : Répartition des poids de naissance selon l'âge gestationnel des bébés nés par voie basse et dont les mères n'avaient aucun problème

	Age gestationnel					Total
	< 28 SA	29 à 32 SA	33 à 36 SA	37 à 41 SA	≥ 42 SA	
< 1000g	3	3	1	0	0	7
1001 à 1500g	3	9	10	1	0	23
1501 à 2000g	0	5	22	8	0	35
2001 à 2500g	0	0	6	18	0	24
2501 à 3000g	0	0	2	14	1	17
>3000	0	0	0	19	3	22
Total	6	17	41	60	4	128

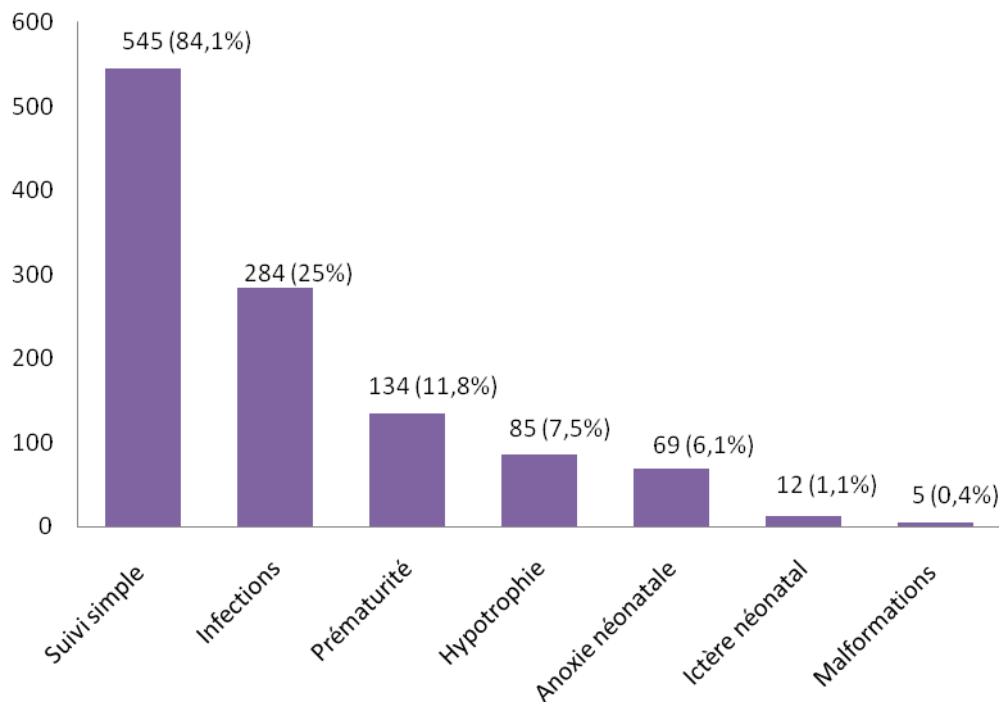
II-2-4- Les problèmes du nouveau-né à la naissance

Figure 15: Répartition des problèmes du nouveau-né à la naissance

Tableau IV: Corrélation entre les problèmes à la naissance et le mode d'accouchement

	Modes d'accouchement	
	Voie basse	OC
Suivi simple post natal	11 (7,9%)	534 (53,7%)
Infections	27 (19,4%)	257 (25,8%)
Prématurité	58 (41,7%)	76 (7,6%)
Problèmes à la naissance	Hypotrophie	26 (18,7%)
	Anoxie néonatale	15 (10 ,8%)
	Ictère néonatal	0 (0,0%)
	Malformations	2 (1,4%)
Total	139 (100%)	995 (100%)

Tableau V : Pathologies à la naissance selon les problèmes maternels (pour les mères ayant accouché par voie basse)

Pathologie	Problèmes maternels				
	Aucun problème	Complication			Total
		VIH +	post-partum	Agalactie	
Suivi simple	0 (0%)	3(27,3%)	7 (63,6%)	1 (9,1%)	11 (100%)
Prématurité	61 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	61 (100%)
Hypotrophie	23 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
Infections	26 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	26 (100%)
Anoxie néonatale	16 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (100%)
Malformations	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
Total	128 (100%)	3(100%)	7 (100%)	1 (100%)	139 (100%)

Tableau VI: Répartition des problèmes de non allaitement immédiat chez les bébés ayant un poids >2000g et un âge gestationnel >33 SA nés par voie basse (dont les mères n'ont pas de problèmes)

Problèmes	Nombre	Pourcentage (%)
Infections	26	41,26
Hypotrophie	18	28,57
Anoxie néonatale	16	25,39
Malformations	2	3,17
Problème inconnu	1	1,58
Total	63	100

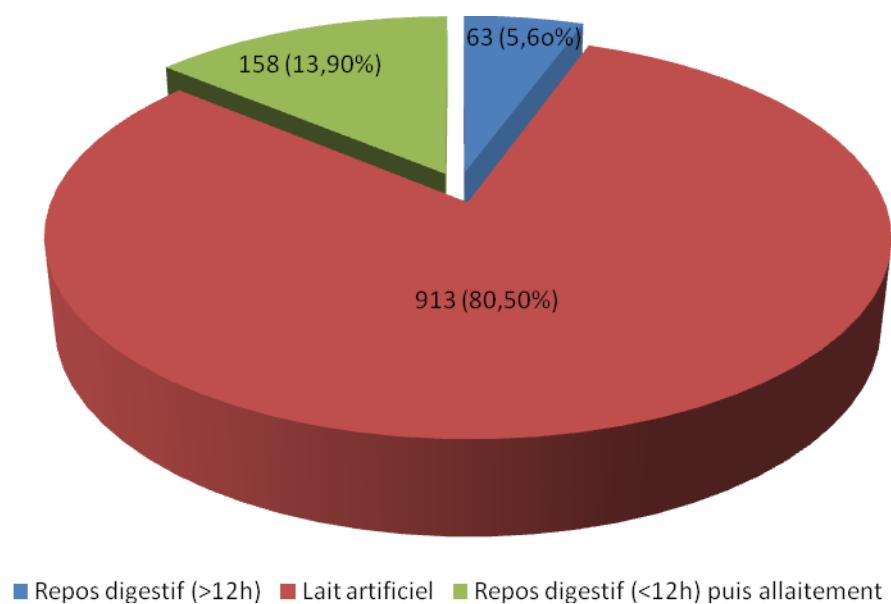
II-2-5-Régime à la naissance

Figure 16: Répartition des nouveau-nés selon le régime à la naissance

Tableau VII : Corrélation entre âge maternel et régime du bébé à la naissance

	Régime du bébé à la naissance				Total
	Repos digestif	Lait artificiel	Repos digestif puis allaitement		
< 20 ans	18 (7,4%)	185 (75,8%)	41 (16,8%)		244 (100%)
21 à 30 ans	25 (4,8%)	433 (82,8%)	65 (12,4%)		523 (100%)
Age de la mère					
31 à 40 ans	18 (5,5%)	264 (80,5%)	46 (14%)		328 (100%)
≥ 41 ans	2 (5,1%)	31 (79,5%)	6 (15,4%)		39 (100%)
Total	63 (5,6%)	913 (80,5%)	158 (13,9%)		1134 (100%)

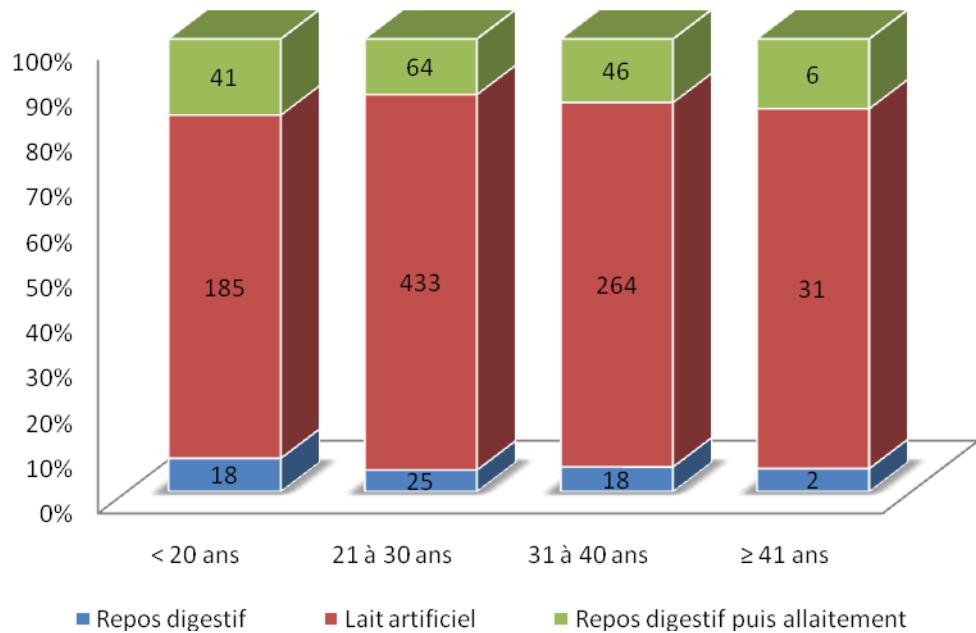
**Figure 17:** Corrélation entre âge maternel et régime du bébé à la naissance

Tableau VIII : Corrélation entre parité et régime du bébé à la naissance

		Régime du bébé à la naissance			Total
		Repos digestif	Lait artificiel	Repos digestif puis allaitement	
	Primipare	20 (4,5%)	363 (80,8%)	66 (14,7%)	449 (100%)
	Paucipare	20 (6,8%)	244(82,4%)*	32 (10,8%)	296 (100%)
Parité	Multipare	18 (5,2%)	279 (80,9%)	48 (13,9%)	345 (100%)
	Grande multipare	5 (11,4%)	27 (61,4%)	12 (27,3%)	44 (100%)
	Total	63 (5,6%)	913 (80,5%)	158 (13,9%)	1134 (100%)

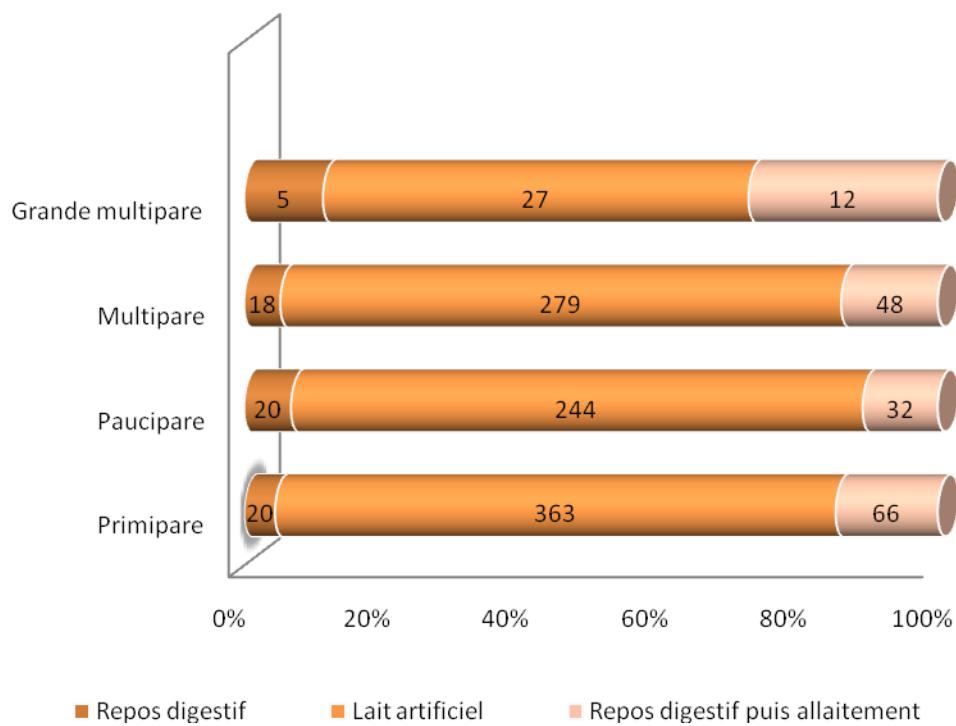
p < 0,05**Figure 18:** Corrélation entre parité et régime du bébé à la naissance

Tableau IX: Corrélation entre mode d'accouchement et régime du bébé à la naissance

	Régime du bébé à la naissance				Total
	Repos digestif	Lait artificiel	Repos digestif puis allaitement		
Mode d'accouchement					
Voie basse	30(21,6%)	59 (42,4%)	50 (36,0%)	139 (100%)	
OC	33 (3,3%)	854(85,8%)*	108 (10,9%)	995 (100%)	
Total	63 (5,6%)	913 (80,5%)	158 (13,9%)	1134(100%)	

p< 0,05

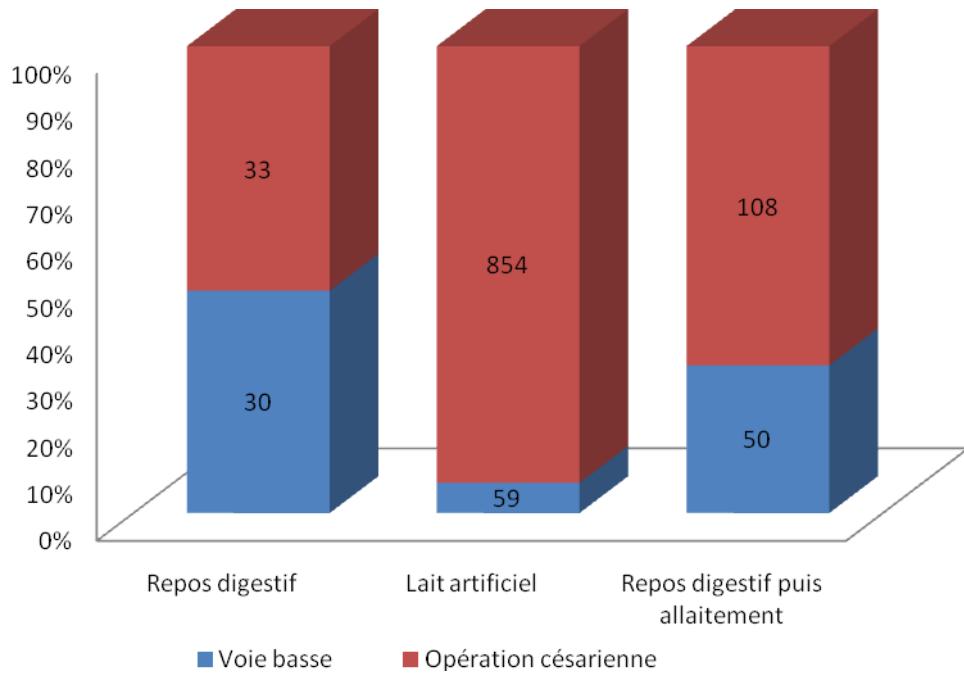
**Figure 19:** Corrélation entre mode d'accouchement et régime du bébé à la naissance

Tableau X : Corrélation entre type d'anesthésie et régime du bébé à la naissance

Types d'anesthésie	Régime du bébé à la naissance				Total
	AG	Repos digestif	Lait artificiel	Repos digestif puis allaitement	
AG	11 (4,9%)	161 (72,1%)	54 (23,9%)	226 (100%)	
Rachi-anesthésie	22 (2,9%)	693(90,1%)*	54 (7%)	769 (100%)	
Total	33 (3,3%)	858 (85,5%)	108 (10,9%)	995 (100%)	

p < 0,05

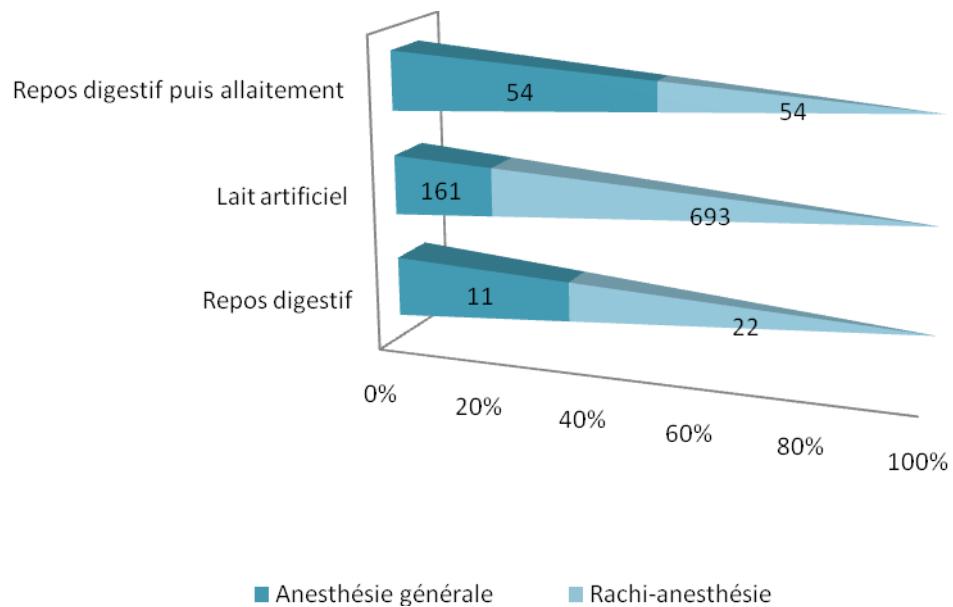
**Figure 20:** Corrélation entre type d'anesthésie et régime du bébé à la naissance

Tableau XI : Corrélation entre poids de naissance et régime du bébé à la naissance

	Régime du bébé à la naissance				Total
	Repos digestif	Lait artificiel	Repos digestif puis allaitement		
< 1000 g	7 (87,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)	8 (100%)	
1001 à 1500g	17 (44,7%)	1 (2,6%)	20 (52,6%)	38 (100%)	
1501 à 2000 g	12 (19%)	28 (44,4%)	23 (36,5%)	63 (100%)	
Poids de naissance					
2001 à 2500 g	9 (6%)	118 (78,7%)	23 (15,3%)	150 (100%)	
2501 à 3000 g	8 (2,4%)	275 (84,1%)	44 (13,5%)	327 (100%)	
> 3000 g	10 (1,8%)	491(89,6%)*	47 (8,6%)	548 (100%)	
Total	63 (5,6%)	913 (80,5%)	158 (100%)	1134 (100%)	

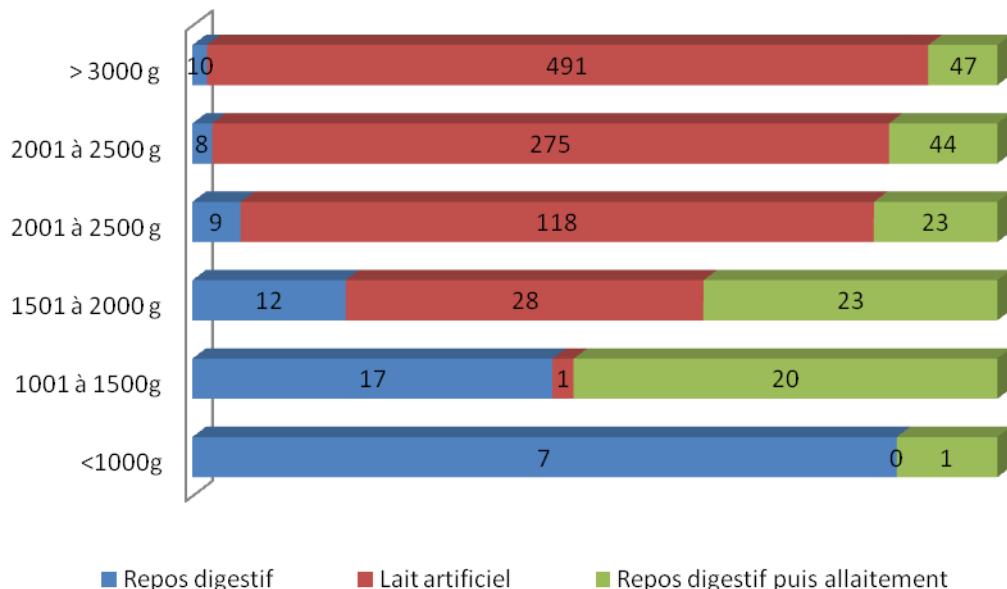
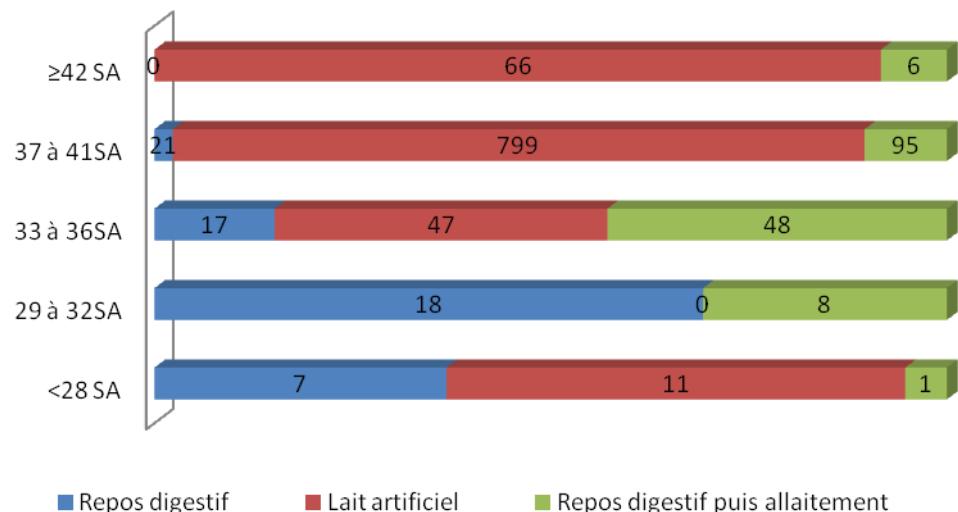
p< 0,05**Figure 21:** Corrélation entre poids de naissance et régime du bébé à la naissance

Tableau XII : Corrélation entre âge gestationnel et régime du bébé à la naissance

		Régime du bébé à la naissance			Total
		Repos digestif	Lait artificiel	Repos digestif puis allaitement	
Age gestationnel	< 28 SA	7 (77,8%)*	11 (1,1%)	1 (11,1%)	9 (100 %)
	29 à 32 SA	18 (69,2%)	0 (0%)	8 (30,8%)	26 (100%)
	33 à 36 SA	17 (15,2%)	47 (42%)	48 (42,9%)	112 (100%)
	37 à 41 SA	21 (2,3%)	799 (87,3%)	95 (10,4%)	915 (100%)
	≥42 SA	0 (0%)	66 (91,7%)*	6 (8,3%)	72 (100%)
Total		63 (5,6%)	913 (80,5%)	158 (13,9%)	1134(100%)

p < 0,05**Figure 22:** Corrélation entre âge gestationnel et régime du bébé à la naissance

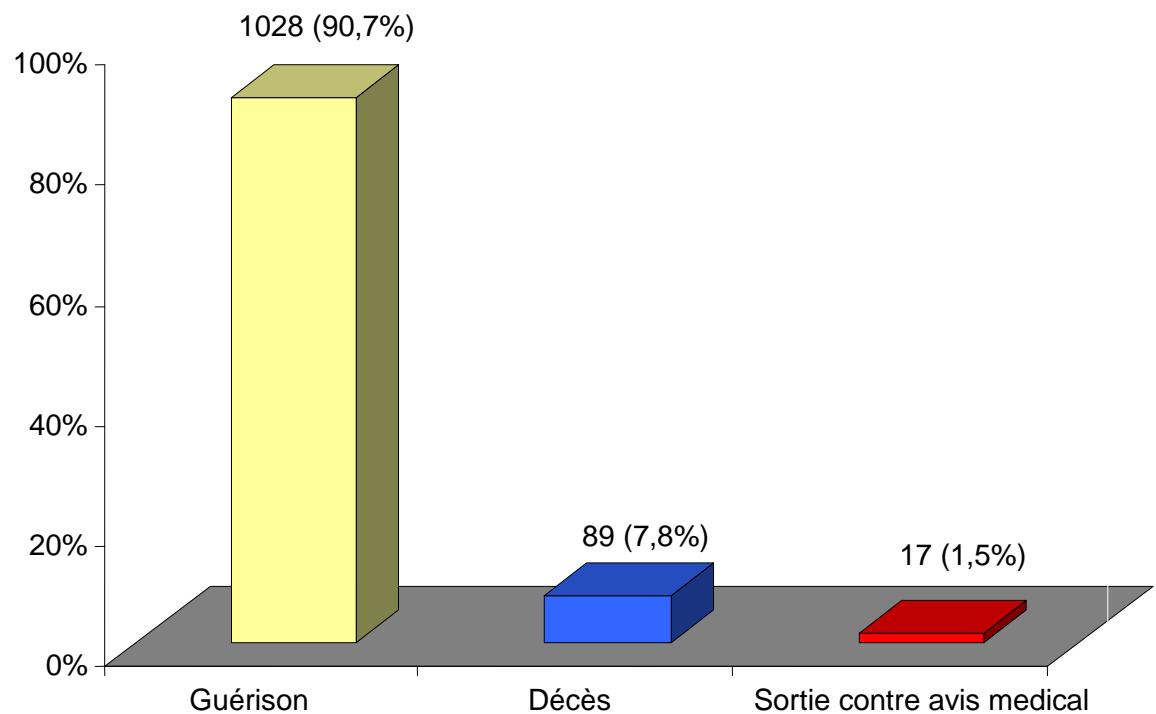
II-2-6- Le devenir du nouveau-né

Figure 23: Répartition des modes de sortie de l'hôpital

Tableau XIII: Répartition des causes de décès

CAUSES DE DECES	NOMBRE	POURCENTAGE (%)
Prématurité	57	64,2
Infections	9	10,1
Anoxie néonatale	18	20,2
Malformations	2	2,2
Hypotrophie	2	2,2
Ictère néonatal	1	1,1
Total	89	100

TROISIEME PARTIE :

DISCUSSION

DISCUSSION

I-Epidémiologie

La fréquence hospitalière des nouveau-nés n'ayant pu bénéficier l'allaitement maternel immédiat dans notre étude est de 45,68%. Cette étude permet de comparer la prévalence de l'allaitement maternel immédiat du CHU de Mahajanga (2008-2009), estimée à 54,32% à d'autres.

Tableau XIV : Prévalence de l'allaitement immédiat [44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52]

Lieu d'étude	Auteur	Année	Prévalence
Suède	Jacks B	2002	99%
Colombie-Britannique	Levitt C	1995	85%
Madagascar (EDS)	Rakotonirina SC	2008	72%
Estrie-Canada	Linda B	1997	69,1%
Brésil	Beloma C	2008	67,7%
Notre étude (CHU Mahajanga)		2008-2009	54,32%
France	Jacks B	2002	50%
Mali	Mariko S	2006	44%
Guinée	Diallo O	2005	40%
Ghana	Schubert JW	2003	40%
Niger	République du Niger	2008	28,3%

Ces taux de prévalence montrent que la mise au sein dans l'heure qui suit la naissance varie d'un pays à un autre. Une proportion importante de nouveau-nés dans le monde ne bénéficie pas un allaitement maternel précoce.

Notre étude montre que la prévalence de l'allaitement maternel immédiat est élevée par rapport aux études menées en Afrique. Elle est encore plus élevée par rapport à la France, mais plus basse par rapport à l'EDS 2008 à Madagascar, Brésil, Colombie-

Britannique et la Suède qui est le 1^{er} pays pratiquant l'allaitement où le taux est le plus haut dans le monde.

L'enquête démographique sanitaire de Madagascar en 2008 a noté un taux de 24% d'introduction d'aliments autre que le lait maternel avant de débuter l'allaitement [46].

Une enquête menée au Mali en 2001 montre que 63% des mères (soit 2 mères sur trois) dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de santé ont donné des liquides ou des aliments semi-solides à leur enfant avant d'initier l'allaitement [53].

Au Guinée, une étude réalisée en 2005 montre que parmi les enfants allaités, 72 % ont reçu divers aliments avant de débuter l'allaitement [50].

II-Caractéristiques des femmes

II-I-L' âge, la profession et la situation matrimoniale

L'âge maternel varie de 13 ans à 49 ans avec une moyenne de 27,13 ans et une médiane de 27 ans. Notre étude montre que 523 femmes (46,1%) étaient âgées de 21 à 30 ans. Les femmes âgées de 31 à 40ans représentent 28,9% (328 femmes), 21,5% (244) pour celles de moins de 20 ans et 3,5% (39) pour celles de plus de 41 ans [Fig. 6].

TRIAA BENHAMMADI I, dans son étude réalisée à la maternité de Max Fourestier de Nanterre en 2007 sur les déterminants du choix du mode d'allaitement, a trouvé que 38,9% des femmes qui n'ont pas allaité appartenaient à la tranche d'âge de 25 à 29 ans. 19,4% des femmes étaient âgées de 35 à 39 ans, 13,9% de 20 à 24 ans et 5,6% de 40 à 44 ans [54].

L'âge maternel n'interfère pas dans le fait que ces nouveau-nés n'ont pas reçu l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance. La fréquence élevée des femmes âgées de 21 à 30 ans relate de l'âge idéal pour concevoir.

La plupart des femmes de notre étude sont sans profession, soit 672 femmes (59,3%). 244 femmes (21,5%) exercent une profession libérale ; 70 (6,2%) seulement sont des fonctionnaires d'état. Les cultivatrices sont au nombre de 125 (11%) et les étudiantes au nombre de 23 (2%) [Fig. 7].

TRIAA BENHAMMADI I a trouvé que les ouvrières et des employées (profession libérale) étaient les moins susceptibles à l'allaitement suivies des ménagères [54].

Notre étude a montré que 957 femmes (84,4%) sont mariées et 177 (15,6%) sont célibataires [Fig.8].

La profession et la situation matrimoniale n'ont pas d'influence sur la décision de ne pas donner le sein au nouveau-né à la naissance. Leur connaissance permet d'évaluer le pouvoir d'achat des mères ; puisque le lait artificiel coûte cher.

II-2-La parité

Notre étude a montré que 449 femmes (39,6%) étaient des primipares, 345 (30,4%) des multipares, 296 femmes (26,1%) des paucipares et 45(3,9%) des grandes multipares [Fig.9].

TRIAA BENHAMMADI I a montré dans son étude que 44,4% des femmes qui n'allaitaient pas sont des paucipares. Les primipares sont de l'ordre de 33,3% et le reste des multipares [54].

La parité semble ne pas influencer la mise au sein précoce des nouveau-nés.

II-3-L'accouchement

Notre étude a montré que 995 femmes (87,7%) ont accouché par opération césarienne et 139 (12,3%) par voie basse [Fig.10].

Les causes de la césarienne sont de 3 groupes : Dans 66,9% des cas, l'opération césarienne est décidée en urgence. La césarienne programmée représente 27% ; celle dû à un problème pathologique, 11,10% [Tab I]

77,3% de ces césariennes sont effectuées sous rachi-anesthésie et 22,7% sous anesthésie générale [Fig. 11].

SOFIA A, dans son étude effectuée à Marovoay en 2004 sur les femmes et l'allaitement maternel exclusif, affirme que l'accouchement par opération césarienne retarde la mise au sein dans 66,66% des cas [55].

RAJAOBELINA N V, dans son étude réalisée au CHU Mahajanga en 1995 sur Hôpitaux Amis des Bébés « Pour une politique d'allaitement maternel exclusif » conclut que l'opération césarienne tarde l'heure de la première tétée de 10 à 16 heures quand la mère est en bonne santé et de 20 à 24 heures quand la santé de la mère est altérée [56].

La littérature [57] affirme que l'allaitement maternel est possible dès le réveil après une opération césarienne. Toutefois l'anesthésique utilisé lors de la césarienne peut avoir une incidence directe au début de l'allaitement. Quand elle est locorégionale (rachi-anesthésie ou péridurale), la mère reste consciente pendant la naissance. Elle peut donc allaiter son bébé immédiatement après. Elle aura simplement besoin qu'on l'aide à mettre le bébé au sein. Après une anesthésie générale, il faut attendre quelques heures avant que la maman soit suffisamment éveillée pour allaiter. Que cela ne les empêche pas de rattraper le temps perdu.

Dans notre étude, la majorité des opérations césariennes est effectuée en urgence. Parmi les obstacles que peut engendrer la césarienne, il y a le retard de la montée laiteuse et l'immaturité de succion surtout pour la césarienne programmée. Dans le cas où une césarienne est programmée, qu'elle soit de première intention ou itérative, la femme va donner naissance sans avoir eu la moindre contraction. Or, durant un accouchement physiologique se met en place la sécrétion, tant par la mère que par l'enfant, de différentes hormones, et notamment la prolactine qui démarre le processus de production lactée. Une femme qui donne naissance par césarienne sans avoir eu une seule contraction n'aura bien évidemment pas de sécrétion naturelle de prolactine, ce qui peut induire une mise en route plus lente du processus de lactation, la production du lait n'étant alors induite que par la succion de l'enfant [58].

Il est alors d'autant plus important de procéder à une tétée précoce (et donc de séparer la mère de son bébé le moins longtemps possible après la césarienne), et si possible de pratiquer la césarienne le plus tard possible durant la grossesse, afin que le bébé soit le plus mature possible et ait un bon réflexe de succion [58].

Les césariennes programmées étant le plus souvent pratiquées à 38 ou 39 semaines, cela peut être trop tôt pour certains bébés qui pourront ne pas avoir un réflexe de succion efficace et ce d'autant plus quand la date de terme n'est pas certaine [58].

Les femmes accouchées par voie basse, 128 (92,1%) n'avaient aucun problème à l'allaitement. 7 femmes (5%) ont eu des complications en post-partum immédiat. Le VIH qui est une contre-indication à l'allaitement maternel concerne 3 femmes (2,2%). Une femme (0,7%) a présenté une agalactie [Tab. II]

L'opération césarienne induit une séparation mère-enfant pour surveillance post-opératoire, surtout de la mère.

Le mode d'accouchement influe de manière significative au fait que ces nouveau-nés n'ont pas reçu l'allaitement maternel précoce.

Il semble que l'accouchement par voie vaginale puisse avoir une influence positive sur le comportement d'allaitement [59].

III-Caractéristiques des nouveau-nés

III-1-Le sexe

Dans notre étude, le sex-ratio est de 1,22.

DIALLO O, dans son étude réalisée au Guinée en 2005 a trouvé un pourcentage presque égal entre les deux sexes des nouveau-nés qui n'étaient pas allaités à la naissance [50].

Le sexe n'est pas un facteur déterminant dans notre étude.

III-2-Le poids de naissance

Le poids des nouveau-nés varie de 530 g à 4926 g. Le poids moyen est de 2917,97 g et le poids médian est de 2984 g.

Notre étude a montré que 548 (48,3%) nouveau-nés ont un poids supérieur à 3000g, 327 (20,8%) un poids compris entre 2501g et 3000g, 150 (13,2%) un poids entre 2001g et 2500g, 63 (5,6%) un poids entre 1501g et 2000g, 38(3,4%) un poids entre 1001g et 1500g et 8 (0,7%) un poids inférieur à 1000g [Fig.13].

La plupart des nouveau-nés compris dans notre étude ont un poids acceptable pour l'initiation à l'allaitement dès la naissance.

Parmi les 128 bébés nés par voie basse et dont les mères n'avaient aucun problème, 63 ont un poids supérieur à 2000g et un âge gestationnel supérieur à 33 SA. 65 bébés ont un poids très faible [Tab.III]. Le réflexe de succion pour ces derniers étant faible entravant l'allaitement immédiat. Ceci est confirmé par SIGNATE SY H et GOLDMAN S [60].

III-3-L' âge gestationnel

L'âge en semaines d'aménorrhée varie de 22 SA à 44 SA. L'âge moyen est de 38,86 SA et l'âge médian est de 39SA. 915 bébés (80,70%) sont nés à terme et 72 (6,30%) ont dépassé le terme théorique. Le reste étant des prématurés moyens, 112 bébés (9,9%) ; des grands prématurés, 26 bébés (2,3%) et des très grands prématurés ,9 bébés (0,8%) [Fig.14].

La plupart des bébés de notre étude ont un réflexe de succion bien développé et sont donc capable de téter immédiatement le sein après l'accouchement. Ceci est confirmé par ASTURC M et al [61].

La mise en place de l'allaitement est souvent plus difficile chez l'enfant né un peu avant terme que chez l'enfant né à terme, en raison de son immaturité [60, 62].

Pour PETERS, les taux d'initiation de l'allaitement sont plus faibles chez les enfants prématurés [59].

III-4-Les problèmes du nouveau-né à la naissance

545 nouveau-nés (48,10%) n'ont pas présenté de problèmes à la naissance. Les bébés malades représentent 51,90% (589 bébés) : infection (25%), prématurité (11,8%), hypotrophie (7,5%), anoxie néonatale (6,1%), ictere néonatale (1,1%) et malformation congénitale (0,4%) [Fig.15].

Parmi les 139 bébés nés par voie basse, 58 (41,70%) sont nés prématurés ; 27 bébés (19,40%) présentent une infection, 26 (18,7%) sont hypotrophes ; 15 bébés (10,8%) souffrent d'anoxie néonatale ; 11 ont bénéficié d'un suivi simple et 2 bébés (1,4%) sont nés avec une malformation congénitale.

Parmi ceux dont les mères ont subi une opération césarienne, 534 bébés (53,7%) n'ont présenté aucun problème; 257 (25,8%) sont hospitalisés pour infection, 76 (7,6%) pour prématurité, 59 (5,9%) pour hypotrophie, 54 (5,4%) pour anoxie néonatale, 12 (1,2%) pour ictère néonatal et 3(0,3%) pour malformations congénitales [Tab. IV].

11 bébés nés par voie basse (7,9%) ne sont pas malades, par contre 7 mères (63,6%) ont eu des complications en post-partum et 3 bébés (27,3%) sont issus de mères séropositives au VIH [Tab. V].

Les problèmes à l'allaitement immédiat chez les 63 bébés, nés par voie basse sans aucun problème maternel, ayant un poids de naissance supérieur à 2000g et un âge gestationnel supérieur à 33 SA sont : l'infection (41,26%), l'hypotrophie (28,57%), l'anoxie néonatale (25,39%), les malformations (3,17%). Nous avons noté un cas (1,58%) de problème indéterminé [Tab.VI].

III-5- Le régime du bébé à la naissance

Notre étude a montré que 913 bébés (80,5%) ont reçu du lait artificiel à la naissance. 158 bébés (13,9%) ont été mis sous repos digestif en moins de 12 heures ; ils sont allaités par la suite par du lait maternel ou artificiel. 63 bébés (5,6%) ont été mis sous repos digestif de plus de 12heures [Fig.16].

Notre étude a montré que l'allaitement artificiel est le régime le plus utilisé quel que soit l'âge avec une légère prédominance pour la tranche d'âge de 21 à 30 ans (344 nouveau-nés). L'âge maternel n'a pas d'influence sur l'alimentation du bébé à la naissance ($p =0,493$).

Le lait artificiel est le plus utilisé quelle que soit la parité de la femme avec une proportion légèrement élevée pour les paucipares. La fréquence des nouveau-nés mis sous repos digestif avant toute alimentation est élevée pour les grandes multipares.

Pour ces dernières, la grossesse est souvent à risque vu leur grand âge. La parité influe sur le type de régime du bébé à la naissance ($p = 0,024$).

La plupart des bébés nés par opération césarienne (854 bébés) ont été mis sous lait artificiel dès la naissance. Une proportion importante des bébés nés par voie basse étaient sous repos digestif avant toute alimentation. Ces différentes proportions s'expliquent par le fait que l'opération césarienne conduisait à une séparation mère-enfant pour surveillance post-opératoire. Les bébés nés par voie basse étaient pour la plupart malades. Le mode d'accouchement est un facteur influençant le régime du nouveau-né ($p = 0,000$).

Pour l'opération césarienne, quoi que le lait artificiel et le régime prédominant, la fréquence des bébés mis sous allaitement artificiel immédiat est très élevée pour la rachi-anesthésie (90,1%) que pour l'anesthésie générale (71,2%). Une proportion importante de ces derniers (23,9%) était sous repos digestif avant toute alimentation. Les bébés peuvent avoir une réaction indésirable à l'anesthésie à la mère, entraînant une période d'inactivité ou de lenteur après l'accouchement. [63]. Celle-ci diffère probablement selon le type d'anesthésie ($p = 0,000$).

Le régime des bébés à la naissance est fonction du poids. Le repos digestif plus de 12 heures concerne les nouveau-nés de très faible poids de naissance (87,5% pour les poids < 1000 g) ; repos digestif moins de 12 heures puis allaitement pour les poids entre 1001 à 1500g (52,6%) ; l'allaitement artificiel pour les plus de 1500 avec une fréquence élevée (89,6%) pour les poids de naissance > 3000 g ($p = 0,000$).

Selon la littérature, les nouveau-nés de très faible poids ont des difficultés d'alimentation du fait de leur succion inefficace. Ce qui explique le repos digestif pour ces derniers [60].

Le régime diffère selon l'âge gestationnel. Le repos digestif prédomine pour les prématurés avec une proportion très importante pour les moins de 28 SA (77,8%) ; le lait artificiel pour les bébés d'âge gestationnel supérieur ou égal à 37 SA. La maturité des bébés explique ces différences. Le lait artificiel n'est pas supporté par les nouveau-nés immatures.

III-6- Le devenir du bébé

Notre étude a montré que 1028 bébés (90,70%) sont guéris, 89 bébés (7,80%) sont décédés et 17 bébés sortis contre avis médical [Fig.23].

Une étude longitudinale au Ghana estime que 22 % des vies de nouveau-nés pourraient être sauvées si l'allaitement était démarré dans l'heure qui suit la naissance [64].

Pour ce qui est des causes de décès, 57 bébés (64,2%) étaient des prématurés, 18 (20, 2%) des bébés souffrant d'anoxie néonatale, 9 (10,1%) des infections, 2 (2,2%) des hypotrophies, 2 (2,2%) des malformations congéniales et 1 (1,1) d'ictère néonatal.

SUGGESTIONS

SUGGESTIONS

Pour promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel exclusif, nous proposons les suggestions ci-après.

1- Pour les professionnels de santé :

- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de la façon de le mettre en pratique.
- Promouvoir systématiquement l'allaitement maternel lors des consultations prénatales.
- Privilégier l'accouchement par voie basse et son déroulement dans des meilleures conditions.
- Opter pour la rachi-anesthésie dans le cas où la femme doit accoucher par opération césarienne
- Aider les mères à commencer l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement.
- Montrer aux mères comment allaiter leur enfant et comment poursuivre l'allaitement même si elles doivent être séparées de leur enfant.
- Donner aux nouveau-nés du lait maternel exclusivement, sans aucun autre aliment ou boisson, sauf pour des raisons médicales.
- Faciliter la cohabitation des mères et des enfants, 24 heures sur 24.
- Encourager l'allaitement maternel chaque fois que c'est possible.
- Ne pas donner aux enfants allaités des tétines artificielles.
- Expliquer aux mères l'importance de donner leur lait aux bébés qui en ont besoin.

2- Pour les autorités :

- Disposer d'une politique écrite sur l'allaitement naturel qui devra être systématiquement portée à la connaissance de tous les prestataires de services de santé.
- Former l'ensemble du personnel de santé afin qu'il soit à même de mettre la dite politique en vigueur.
- Encourager la création de groupes d'appui à l'allaitement maternel et assurer que les mères prennent contact avec eux à leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.
- Développer le lactarium déjà mis en place dans l'unité de Néonatalogie du CME depuis Novembre 2010.

- Assurer la formation des accompagnants et des consultants en lactation.
- Veiller au respect du code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- Mettre en place des salles de surveillance et ou de réveil, permettant au couple mère-enfant de rester ensemble.

3- Pour le reste de la population :

- Encourager les femmes enceintes à effectuer des consultations prénatales régulières pour un meilleur déroulement de leur accouchement.
- Encourager les futurs parents s'informer davantage sur le pratique de l'allaitement maternel le plutôt possible surtout si la femme doit accoucher par opération césarienne.
- Encourager les femmes allaitantes à faire des dons de lait.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'allaitement maternel est généralement reconnu comme le mode d'alimentation idéal du nouveau-né et des nourrissons en général. Ses bienfaits s'expriment tant à court terme qu'au long terme. Plusieurs organismes nationales et surtout internationales (OMS, UNICEF, ...) plaident pour l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, âge selon lequel le nouveau-né doit bénéficier une alimentation complémentaire en plus du lait maternel. Quoique l'allaitement maternel est accepté par la plupart des femmes, la mise au sein du nouveau-né dans l'heure suivant la naissance reste un défaut dans de nombreux hôpitaux.

Notre étude au CHU Mahajanga montre que 45,68% des bébés nés au Complexe Mère-Enfant n'ont pas bénéficié l'allaitement maternel à la naissance. Ces nouveau-nés ont d'abord soit reçu du lait artificiel (80,5%), soit mis sous repos digestif avant de recevoir du lait maternel.

La plupart de ces bébés sont nés par opération césarienne (87,7%). L'accouchement par voies basse représente 12,3%.

Un certain nombre de problèmes à l'allaitement maternel immédiat a été retrouvé ; mais la majorité des nouveau-nés pouvaient recevoir le lait maternel dès la naissance. L'obstacle majeur est la séparation mère-enfant.

Les facteurs qui influencent le type de régime des nouveau-nés à la naissance sont la parité, le mode d'accouchement, le type d'anesthésie, le poids de naissance et l'âge gestационnel.

Afin de promouvoir le droit de chaque femme à allaiter et de chaque nouveau-né à être allaité, les autorités et les professionnels de santé doivent fournir des efforts. La population entière doit également participer à la promotion, au soutien et à la protection de l'allaitement maternel. Le développement du lactarium du service de néonatalogie du CME, ainsi que les dons de lait des femmes allaitantes pourraient aider à sauver des vies.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIE

- 1-TURK D. Allaitement maternel. Epidémiologie et impact sur la santé publique. Journées nationales de pédiatrie ; progrès en pédiatrie. 2004:103-17.
- 2- OWEN CG, WHINCUP PH, GILG JA, COOK DG. Effect of breastfeeding in infancy on blood pressure in later life: Systematic review and Meta-analysis. BMJ 2003;327:1189-95.
- 3- WINIKOF B, LAUKARAN V. Breastfeeding and bottle feeding controversies in the developing world. Evidence from a study in four countries. Social science and Medicine, 2003;29(7).
- 4-DURONGDEJ S. Educational strategies in promotion of breastfeeding - Evaluation of Bangkok breastfeeding promotion project, 2006.
- 5- VALDES V, PERES A, LABBOK M, PUGH E, ZAMBRANO IS. The impact of hospital and clinic-based breastfeeding promotion program in middle class urban environment. Journal of tropical pediatrics, vol.39, 2003.
- 6-GELBERT-BANDINO N, SIMON-GHEDIRI MJ, SALINIER C, DEBRUGE E. L'allaitement au sein. Esperance medical, 2003, vol 10 (97):419-26.
- 7-TRYGGVADOTTIR L, TULINIUS H, EYFJORD JE, SIGURVINSSON T. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in women. Icelandic cohort study. Am, J. Epidemiol, 2001,154:37-42.
- 8- EGO A., DUBO JP, DJAVADZADEH-AMINI M., DEPINOV MP., CODACCIONI X. –Les arrêts prématurés d'allaitement maternel-archives de pédiatrie(Paris), 2003, vol 10, n°1,11-18.
- 9- BACHRACH VR, SCHWARZ E, BACHRACH LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: A meta-analysis. Archives of pediatrics and adolescent medicine, 2003, 157(3):237-43.
- 10 - Module pratique pour le personnel de santé des Hôpitaux Amis des Bébés. Information, Education Communication. Juillet 2001.
- 11- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Paris. ANAES. Mai 2002 177p. Disponible sur le site: <http://www.anaes.fr>. Consulté le 03/06/2010.
- 12- LINKAGES project. Facts for feeding: birth, initiation of breastfeeding, and the first seven days after birth. Washington, Academy for Educational Development. 2003.

13-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. L'allaitement maternel au Québec. Lignes directrices. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2001:71p.

14- La santé vient en mangeant et en bougeant : le guide nutrition de la naissance à trois ans. Saint-Denis: INPES, 2006:144p.

<http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/890.pdf>. Consulté le 03/06/2010

15- Module pratique pour le personnel de santé des Hôpitaux Amis des Bébés. Problèmes sur l'allaitement maternel et leurs solutions, Juillet 2001.

16- Module pratique pour le personnel de santé des Hôpitaux Amis des Bébés. Bases anatomo-physiologiques et pratique de l'allaitement maternel, Juillet 2001.

17- VINTHER T, HELSING E. Allaitement maternel : comment favoriser sa réussite ? Un guide pratique pour les professionnels de santé. Information pour l'Allaitement (IPA), 2004.

18- BRANGER B, METIVIER C, DUFOUR A, CONEAU P, GODON N, ORTAIS D et al. Livret Allaitement Maternel à destination des professionnels. Commission « allaitement maternel » commission des puéricultrices. Réseau « sécurité naissance-naître ensemble » des pays de la Loire. 2009:3-13.

19- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. L'allaitement maternel. Concepts fondamentaux : Document d'auto-apprentissage Toronto (Canada), Octobre 2006: <http://www.rnao.org/bestpractices>. Consulté le 3/06/10.

20- DELMAS A. Anatomie humaine. Descriptive, topographie et fonction. Tome 2.

21- GREMMO-FEGER G. Lactation humaine. Nouvelles données anatomo-physiologiques et implications cliniques. Paris, Médecine et enfance, 2006 : 503-509.

22- République algérienne démocratique et populaire. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière ; Direction de la population. Allaitement maternel. ANDS 2008. <http://www.sante.dz/tout-savoir.pdf>. Consulté le 10/01/11.

23-LAURENT C. Le lait maternel, aspects pratiques. Co-naître, 2002.

<http://www.co-naître.net/articles/laitmaternelCL.pdf>. Consulté le 05/06/2010

24- Module pratique pour le personnel de santé des Hôpitaux Amis des Bébés. Plaidoyer, Juillet 2001.

25- ASDAGHI P. Promouvoir l'allaitement maternel. Paris, Revue Prescrire, 2008,28 (297): 510-20.

- 26- WILLIAMS RD. Breastfeeding best bet for babies, U.S. Food and drug administration. <http://www.fda.gov/fdac/features/895brstfeed.htm>. Consulté le 03/06/2010
- 27- American Academy of pediatrics. Breastfeeding Policy Statement. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics vol 115, n° 2, February 2005.
<http://aappolicy.aapublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496>
- 28- Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Les Synthèses du Programme National Nutrition Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Février 2005
- 29- ZIEGLER AG, SCHMID S, HUBER D, HUMMEL M, BONIFACIO E. Early infant feeding and risk of developing type 1 diabetes-associated auto antibodies. JAMA 2003,290:1721-8.
- 30-MORO G, ARSLANDGLU S, STAHL B, JELINEK J, WAHN U, and BOEHM G.A mixture of pediatric oligosaccharides reduced the incidence of dermatitis during the first six months of age. Arch Dis child, 2006,91:814-9.
- 31- PALMER B. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a commentary JHL. 2008,14(2):93-8.
- 32- HORDWOOD LJ. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years, Arch dis child foetal neonatal.2001,84:23-7.
- 33- DERG, BATTY G, and DEARY J. Effect of breastfeeding on intelligence in children. Prospective study sibling pairs analysis and Meta analysis. BMJ. 2006, 333:945-51.
- 34- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Genève, Organization Mondiale de la Santé, 2001:10p.
- 35- QUIGLEY MA, KELLY YJ, SACKER A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom millennium cohort study. Pediatrics, vol. 119, n° 4, 2007:837-42.
- 36- KRAMER MS, ABOUD F, MIRONOVA E. Breastfeeding and child cognitive development. *Archives of General Psychiatry*, vol. 65, n°5, 2008:578-84.
- 37- TURCK D, GHISOLFI J, BOCQUET A, BRESSON JL, GOULET O, BRIEND A et al. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch. Pédiatrie, 2005, 12:145-65.

38-JERNSTORM H, LUBINSKI J, LYNCH HT, GHADRIAN P, NEUHAUSEN S, ISAACS C et al. Breastfeeding and risk of breast cancer in BRCA2 mutation carriers. *J. Matl Cancer. Int.* 2004, 96: 1094-8.

39-BONGIOVANNI A, SAMAM'H M A, AL'SARABI RH, MASRI SD, ZEHNER ER, HUFFMAN SL. Promoting the lactation amenorrhea method (LAM) in Jordan increases modern contraceptive use in the extended postpartum period-Linkages Project Washington. Academy for educational development, 2005.

40- ANDREA EASTMAN. Positions d'allaitement.

<http://www.lllfrance.org/allaitement-information/aa/55-positions.htm>. Consulté le 03/06/2010

41-L'allaitement maternel. Des petits gestes qui rapportent gros.

http://biblio.hmr.qc.ca/publications_pdf/A/allaitement_maternel_sfe017.pdf. Consulté le 05/06/2010

42- Campus National de Gynécologie Obstétrique. Allaitement et complications. Item 24 - Module 2, 2006. <http://www.esculape.com/gynecologie/allaitement-complications.pdf>. Consulté le 03/06/2010.

43-OMS. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité-Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 1989-ISBN9242561304

44-JACKS B. L'allaitement maternel en France et en Suède. Pourquoi ces grandes différences ? Seizièmes rencontres franco-africaines de pédiatrie. *Bull Soc Pathol Exot*, 2003, 96,1 :58-68.

45- LEVITT C, HANVEY L, AVARD D, CHANCE G, KACZOROWSKI J. Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'une survie d'obstétrique, Ottawa, Santé Canada, Institut canadien de la santé infantile, 1995.

46- Institut national de la statistique (INSTAT) et IFC Macro. 2010. Enquête Démographique de Santé à Madagascar 2008-2009. Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro. Avril 2010

47- BELL L, ST-CYR-TRIBBLE D, PAUL D. Le point sur l'allaitement. Québec, L'infirmier du Québec, 2001, vol 9, n°1:13-22.

48- BELOMA C, CORDOVA L, REGINA E. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel. L'expérience du Brésil. Saint-Denis. La Santé de L'Homme, 2010 :35

- 49- MARIKO S, DIOP M, SAMAKE S, MOUSSA TRAORE S. Santé de la Reproduction et Survie des Enfants dans certaines zones d'Intervention *Keneya Ciwara* de l'USAID à partir des données de l'EDSM-IV, Mali 2006. Juillet 2008:55-69. <http://measuredhrs.com/pubs/pdf/fr213/fr213.pdf>. Consulté le 03/01/2011
- 50- DIALLO O. Allaitement maternel et état nutritionnel des enfants et des femmes. EDSG-III Guinée, 2005:153. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR162/FR162-GN05.pdf>. Consulté le 16/12/2010.
- 51- SCHUBERT JW, MARTIN LH. Seeing is believing: mobilizing community support for breastfeeding in Ghana. Nutrition 2006;2:5-7.
- 52-République du Niger. Stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Octobre 2008.
<http://www.iyn.org/files/Strategie Nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant.pdf>. Consulté le 29/12/2010
- 53- Nutrition au Mali. Questions et Réponses
<http://www.malinut.net/doc/02hki.pdf>. Consulté le 05/06/2010.
- 54-TRIAA BENHAMMADI I. Les déterminants du choix du mode d'allaitement. Etude prospective auprès de 111 femmes à la maternité de Max Fourestier de Nanterre. Thèse de Doctorat en Médecine, Paris 2009. <http://www.bichallarib.documents/3423-triaa.pdf>. Consulté le 03/11/2010
- 55-SOFIA AHMED. Les femmes et l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Marovoay. Thèse de Doctorat en Médecine, Mahajanga 2004, n° 784.
- 56-RAJAOBELINA NV. Hôpitaux Amis des Bébés : Pour une politique d'allaitement maternel exclusif. Thèse de Doctorat en Médecine, Mahajanga 1997, n° 213.
- 57-MOHRBACHER N, STOCK J. Allaitement maternel après césarienne. Feuillet 12 de la Lèche League France.
<http://www.lllfrance.org/Feuillets-de-LLL-France/Allaitement-maternel-apres-une-cesarienne.html>. Consulté le 24/04/2010
- 58- L'Association Césarine. Allaiter après une césarienne.
<http://www.cesarine.org/apres/hopital/>. Consulté le 24/04/2010
- 59- PETERS E, WEHKAMP KH, FELBERBAUM RE. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. European Journal of Public Health, 2005.
- 60-SIGNATE SY H, GOLDMAN S. Soins essentiels aux nouveau-nés. Manuel technique de base. <http://basics.org/documents/Manuel-technique-debase-SENN.pdf>. Consulté le 30/12/2010

61- ASTURC M, BARBIER C, LEJEUNE C, BLANCHARD E, KAMEL A, MARIA B et al. L'allaitement maternel en Ile de France. Expériences et Ressources.
<http://www.ile-defrance.sante.gouv.fr/sante/allaitement.pdf>. Consulté le 03/01/2011

62- BOIES E, VAUCHER Y. Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine. Copyright Academy of Breastfeeding Medicine, Inc, 2004:1-5.

63- Les risques de césariennes. <http://www.news-medical.net/article/Medical-News-Twets.aspx>. Consulté le 08/01/2011

64- EDMOND KM, ZANDOH C, QUIGLEY MA, MENGA-ETEGO S, OWUSU-AGYEI S, KIRKWOOD BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics 2006;117 (3):380-86

ANNEXES

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Faculté, des mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine générale.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires,

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui ce passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes,

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient,

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception,

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité,

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leur enfant l'instruction que j'ai reçu de leur père,

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Les 10 conditions pour les hôpitaux Amis des bébés

Tout établissement qui fournit des services de maternité et des soins aux nouveau-nés devrait :

- 1.** Avoir une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel soignant.
- 2.** Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- 3.** Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- 4.** Aider les mères à débuter l'allaitement dans la demi-heure suivant la naissance.
- 5.** Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation même si elles sont séparées de leur nourrisson.
- 6.** Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- 7.** Pratiquer la cohabitation. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
- 8.** Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- 9.** Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 10.** Encourager la formation de groupes de soutien à l'allaitement maternel et en informer les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

1. Interdire la promotion de ces produits auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux mères.
3. Interdire la promotion de ces produits dans les établissements de soins de santé.
4. Interdire le recours à des infirmières payées par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
6. Interdire la promotion écrite ou illustrée qui idéaliserait l'alimentation artificielle, y compris des photos de bébés sur les étiquettes des produits.
7. S'assurer que les professionnels de la santé reçoivent une information scientifique qui se limite aux faits.
8. Exiger que toute information sur les aliments commerciaux pour bébés, y compris l'étiquette, mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
9. Interdire la promotion des produits inadéquats pour les bébés, comme le lait concentré sucré.
10. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité et que les conditions climatiques et d'entreposage du pays dans lequel ils sont utilisés sont pris en compte.

Nom et prénom : MOHAMED EL'HAD BACAR OUSSENI

TITRE DE LA THESE : Profil épidémio-clinique des nouveau-nés non allaités immédiatement au CHU de Mahajanga

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE, MAHAJANGA 2009 N° 1157

Format : 21 x 29,7
Nombre de pages : 68
Nombre de références bibliographiques : 64
Nombre de pages bibliographiques : 6
Nombre de figures : 23
Nombre de tableaux : 14

Mots clés : Profil épidémio-clinique_ Nouveau-né _ Allaitement maternel immédiat

RESUME

L'allaitement maternel quasi-immédiat, dans l'heure qui suit la naissance, n'est pas toujours pratiqué. Notre étude a pour but d'analyser le profil épidémiologique et clinique des nouveau-nés qui n'ont pas reçu le lait maternel à la naissance. C'est une étude rétrospective descriptive, effectuée sur une période de 2 ans, du 01/01/2008 au 31/12/09 au service de néonatalogie du CME de Mahajanga. La fréquence des nouveau-nés issus des mères accouchées au CME n'ayant pas reçu immédiatement le sein est de 45,68%. La plupart des mères sont âgées de 21 à 30 ans (46,1%), ménagères (59,3%), mariées (84,4%) et multipares (60,4%). L'accouchement par césarienne représente 87,7%, sous rachi-anesthésie (77,3%) et sous anesthésie générale (22,7%). 69,1% des nouveau-nés ont un poids supérieur à 2500 g. Les bébés à terme représente 80,7%. 51,9% des bébés avaient des problèmes à la naissance [infection (25%), prématurité (11,8%), hypotrophie (7,5%) et autres (7,6%)]. Ainsi, 80,5% des bébés ont reçu du lait artificiel et le reste (19,5%) mis sous repos digestif avant de recevoir ou non une alimentation. Il est nécessaire d'éduquer les mères à la pratique de l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement

MEMBRES DE JURY

PRESIDENT : Pr RALISON Andrianaivo

JUGES : Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel

: Pr RAVOLAMANANA Ralisata Lisy

DIRECTEUR, RAPPORTEUR : Dr RABESANDRATANA Norotiana

Adresse: Mohamed El'had Bacar Oussenai, Lot 200 Plle 777 Ambalavola Mahajanga