

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un but - Une foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

TITRE

**LA PRATIQUE ALLAITEMENT MATERNEL
EXCLUSIF DES ENFANTS DE 0-6 MOIS AU
CENTRE DE SANTE COMMUNAUTAIRE DE
NIAMANA (ASACONIAM)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 14/11/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : M. Abdoulaye OUATTARA

Jury

| | | |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Président : | M. Abdoul Aziz DIAKITE, | <i>Professeur</i> |
| Membre : | M. Issa Souleymane GOITA, | <i>Maître-Assistant</i> |
| | Mme Leila MAIGA, | <i>Pédiatre</i> |
| Co-directeur : | M. Souleymane SIDIBE, | <i>Maître-Assistant</i> |
| Directrice : | Mme. Lala N'Drainy SIDIBE, | <i>Maître de conférences</i> |

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je cherche protection auprès d'Allah contre Satan le maudit.

Louange à Allah, nous demandons son aide et son pardon. Nous cherchons refuge auprès d'Allah contre le mal de nos âmes et nos mauvaises œuvres. Ce travail est d'abord la volonté de Dieu, le tout puissant, le miséricordieux, le clément par qui nous sommes et pour qui nous devrions être. Je vous rends grâce de m'avoir permis d'en arriver là aujourd'hui. Je vous remercie mon Dieu et vous prie de continuer à m'assister et à me donner la force et le courage nécessaire à la réalisation de mes ambitions.

Je dédie cette thèse :

- A mon pays, le Mali**
- A toutes les personnes qui ont perdu la vie durant cette période d'instabilité au Mali**
- A toutes les mamans**
- A mon père Moussa OUATTARA**

Ce travail est sans doute le fruit de vos sacrifices, de vos engagements et surtout de votre combativité pour ma réussite. A mon tour je vous dédie cette thèse qui est le résultat de vos encouragements. Comme père, vous avez été le meilleur, vous avez su m'entourer d'attention, m'inculquer les valeurs nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Vous serez toujours un exemple à suivre pour vos qualités humaines, votre persévérance, votre courage, et votre perfectionnisme. Votre amour bienveillant et votre dévouement m'ont assuré une éducation fondée sur la probité l'intégrité et la dignité. Vous avez toujours souhaité pour nous les meilleures études. A vous, toute mon affection et ma gratitude éternelle. Vous m'avez toujours fait confiance et je n'espère ne jamais vous décevoir. Que ce travail puisse vous donner une légitime fierté. Qu'Allah le tout puissant vous accorde une longue vie et une bonne santé ; Amen

- A ma très chère mère Aminata COULIBALY**

Aucun mot, aucune dédicace, ne saurait exprimer mon respect, ma considération, ma reconnaissance et l'amour éternel pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction et mon bien être. Je ne pourrais jamais exprimer l'amour que j'ai pour vous, ni la gratitude et la reconnaissance envers les innombrables et immenses sacrifices que vous avez déployés pour mon éducation. Vous m'avez guidé pour atteindre mes objectifs.

Votre générosité exemplaire et votre présence constante, ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Je suis fier de vous avoir comme Maman, qu'Allah le tout puissant vous accorde la longévité et une bonne santé afin que je puisse vous rendre un minimum de ce que je vous dois.

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

☐ A mes frères et sœurs

Salimata, kadidiatou, Adama, et Moustapha

Que Dieu puisse vous donner santé, bonheur, courage et surtout réussite. Que ce modeste travail soit un exemple pour vous ; demeurons fortement unis.

☐ A ma chère épouse Aminata DIALLO

Je ne saurais point te remercier comme il se doit. Tu es le soleil de ma vie, tu es sans pareil. Tu n'as jamais cessé de me soutenir et de m'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs. Ta présence à mes côtés a toujours été la source de mes forces pour affronter mes différents obstacles. Ton amour ne m'a procuré que confiance et stabilité. Tu as partagé avec moi les meilleurs moments de ta vie. Je te remercie de ne m'avoir jamais déçu. Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude, mon amour et mon respect pour toi. Que Dieu nous garde ensemble pour toujours. Amen !!!

☐ A ma fille SITAN F OUATTARA

MA fille quand tu es venu au monde tu as donné à ma vie un goût de miel. Tu en as fait un arc-en-ciel, tu es ma vie, mon soleil et ma plus belle richesse merci ma fille que Dieu te bénisse ; Amen !!!

☐ A mes tantes et tontons : Awa COULIBALY, Sayon SAMAKE, Sitan F COULIBALY, Bahawa COULIBALY, Rokia OUATTARA Seyni COULIBALY, Alpha OUATTARA, Drissa COULIBALY, feu Salif SOGOBA

Merci toutes et à tous ; ce travail est le plus beau cadeau que je vous offre. Que Dieu vous donne tous longue vie pleine de santé et de bonheur.

☐ A mes cousines et cousins : Kadidiatou OUATTARA, Aichata OUATTARA, YACOUBA OUATTARA, LAMINE COULIBALY

L'amour familial que vous m'avez manifesté a été un atout considérable pour l'accomplissement de ce travail. Soyez-en remerciés infiniment.

☐ A ma Belle famille

Toute ma reconnaissance et toute ma gratitude pour l'amour, et l'affection que vous m'avez offerts. Que cette thèse soit la vôtre.

☐ A mes amis : Rokiatou SYLLA Sinaly CISSE, Boubacar SIDIBE , Sinaly CISSE, Aliou TOUNKARA

Ce travail est le fruit de votre soutien indéfectible ; demeurons fortement unis pour toujours.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) du Mali ;

A **Dr Aminata KODIO**

Pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous suis reconnaissante pour toute l'aide que vous m'avez apportée. Vous m'avez encouragé pour que je puisse toucher au but. Que Dieu vous apporte satisfaction tout au long de votre vie.

A tout le personnel du **CENTRE DE SANTE DE NIAMANA**

Pour l'accueil dans le service et tout l'enseignement que vous m'avez procuré ; pour la bonne collaboration et l'amitié indéfectible. Acceptez mes sincères remerciements.

Au personnel du **CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNEVI**

En reconnaissance de votre chaleureuse sympathie, trouvez ici toute ma profonde gratitude. Que Dieu vous garde dans son amour et vous renouvelle toute sa bonté.

A tout le personnel du **CENTRE DE SANTE DE YIRIMADIO**

Votre compréhension, soutien, gentillesse et encouragements ne m'ont pas manqué.

A mon cher tonton **Seyni COULIBALY**

Pour votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre humanisme qui font de vous un homme à envier.

A **Dr M'PE COULIBALY**

Pour vos conseils et l'amour que vous avez manifesté à mon égard ; ceci est l'expression de ma reconnaissance.

A tous ceux que j'ai malheureusement oublié ; exercice difficile que de remercier tout le monde sans omettre personne ! Ne m'en portez point rigueur, je vous porte tous dans mon cœur.

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maitre et président du jury

Professeur Abdoul Aziz DIAKITE

- ✚ Professeur titulaire de pédiatrie à la FMOS ;**
- ✚ Chef de service de la pédiatrie générale du CHU Gabriel Touré ;**
- ✚ Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie ;**
- ✚ Spécialiste en hématologie pédiatrique**
- ✚ Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales.**

Cher Maitre,

Vous nous avez fait un immense honneur et un grand privilège en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Nous avons été très sensibles à votre gentillesse, votre modestie et l'amabilité de votre accueil. Votre disponibilité, votre humilité, l'étendue de vos connaissances, votre rigueur scientifique et votre brillant parcours forcent notre admiration.

Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer notre profonde reconnaissance, notre haute considération et notre grand respect.

A notre Maître et Membre du Jury

Docteur Issa Souleymane GOITA

- ✚ Maître-assistant à la FMOS/ USTTB**
- ✚ Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire**
- ✚ Titulaire d'un Diplôme Universitaire de drépanocytose à la FMOS de l'USTTB ;**
- ✚ Titulaire d'un Diplôme Universitaire en gestion et analyse des données de santé à L'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Sciences de la Santé et de l'Education (IFRISSE) de Ouaga (Burkina Faso)**

Cher Maître,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de juger ce travail. Ceci témoigne de votre constante disponibilité et de votre désir ardent à parfaire la formation des générations futures. Nous sommes très fiers de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de cette thèse.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre haute considération et de notre profonde admiration.

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

A notre Maître et Membre du Jury

Docteur Leila MAIGA

 **Pédiatre**

 **Praticienne hospitalière à la clinique périnatale Mohamed VI de Bamako**

Chère Maître,

Nous avons beaucoup apprécié la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Cela démontre l'intérêt que vous portez non seulement à ce travail mais aussi votre souci constant dans l'encadrement des étudiants. Votre simplicité et votre générosité nous ont beaucoup marquées tout au long de ce travail.

En espérant que par ce travail nous allons combler vos attentes, veuillez recevoir cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directeur de Thèse,

Docteur Souleymane SIDIBE

- ✚ Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire**
- ✚ Maître-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie;**
- ✚ Membre du Bureau de recherche de la faculté de médecine**
- ✚ Vice-président du réseau des médecins de famille et communautaire(REMEFAC)**
- ✚ Chargés de la santé de la reproduction au CSCOM-U de Banconi**

Cher Maître,

Les mots ne seront jamais assez forts pour exprimer avec exactitude la profonde admiration que nous avons à votre égard, de par vos immenses qualités humaines, votre grande gentillesse et votre simplicité.

La rigueur, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir ont aussi forcé notre admiration. Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire.

Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité.

Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre grande reconnaissance.

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

A notre Maître et Directeur de Thèse,

Professeur Lala N'Drainy SIDIBE

Spécialiste en pédiatrie

Maître de conférences en pédiatrie a la faculté de médecine et d'odontostomatologie

Praticienne hospitalière au CHU Gabriel Touré

Chère Maître,

C'est tout à notre honneur que vous ayez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre grande disponibilité, votre simplicité et votre sens aigu du travail bien accompli font de vous un encadreur symbole de la perfection.

Nous avons été très marqués par votre aptitude intellectuelle, votre compétence professionnelle ainsi que votre modestie. Votre humanisme fait de vous une mère et une formatrice exemplaire.

Permettez-nous, chère Maître, de vous exprimer notre plus grand respect, notre admiration ainsi que notre éternelle reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique

AM : Allaitement maternel

AME : Allaitement maternel exclusif

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Anti-retro viral

CMDT : Compagnie malienne de développement du textile

CPN : Consultation prénatale

CREDOS : Centre de recherche d'études et de documentation pour la survie de l'enfant

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

EDS : Enquête démographique et de santé

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

IMC : Indice de masse corporelle

IST : Infections sexuellement transmissibles

MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PCR : Polymerase Chain Reaction

PEV : Programme élargi de vaccination

PRODESS : Programme de développement socio sanitaire

RN6: Route Nationalen°6

TTT: Traitement

UNICEF: United Nations International Children Education Fund

USAC : Unité de soins, d'accompagnement et de conseil

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

| | |
|---|------------------------------------|
| Tableau I : Répartition des mères selon l'âge | 24 |
| Tableau II : Répartition des mères selon le statut matrimonial..... | 24 |
| Tableau III : Répartition des mères selon le niveau d'instruction..... | 25 |
| Tableau IV : Répartition selon la profession..... | 25 |
| Tableau V : Répartition selon l'ethnie | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau VI : Répartition selon la parité | 25 |
| Tableau VII : Répartition selon la voie d'accouchement..... | 26 |
| Tableau VIII: Répartition selon la profession du conjoint..... | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau IX : Répartition selon l'avis du conjoint sur l'allaitement maternel | 29 |
| Tableau X : Répartition selon la prise décision de l'allaitement maternel..... | 31 |
| Tableau XI : Répartition selon le délai de la première mise au sein après l'accouchement | 31 |
| Tableau XII : Répartition selon la fréquence des tétées..... | 32 |
| Tableau XIII : Répartition selon l'administration de liquides ou aliments pendant les six premiers mois de vie | 32 |
| Tableau XIV : Répartition selon la raison d'administration des liquides ou aliments..... | 33 |
| Tableau XV : Répartition selon le soutien lors de l'allaitement..... | 33 |
| Tableau XVI : Répartition en fonction du canal qui a servi de conseils reçus sur l'allaitement maternel..... | 34 |
| Tableau XVII : Répartition selon la cohabitation avec un grand parent (la mère ou la belle-mère)..... | 34 |
| Tableau XVIII : Répartition selon la taille du ménage | 35 |
| Tableau XIX : Répartition selon l'argent de popote par jour..... | 35 |
| Tableau XX : Répartition selon l'existence d'obstacles au cours de l'allaitement maternel ... | 36 |
| Tableau XXI : Répartition d'enfants de 0 à 6 mois selon le type de difficultés rencontrées au cours de l'allaitement maternel | 36 |
| Tableau XXII : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de l'âge..... | 37 |
| Tableau XXIII : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction du statut matrimonial..... | 37 |
| Tableau XXIV : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'instruction..... | 38 |

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

| | |
|---|------------------------------------|
| Tableau XXV : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la profession | 38 |
| Tableau XXVI : Tableau 27 : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la parité | 39 |
| Tableau XXVII : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la voie d'accouchement | 39 |
| Tableau XXVIII : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de l'âge de l'enfant | 40 |
| Tableau XXIX : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de sexe de l'enfant..... | 40 |
| Tableau XXX : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de statut vaccinal de l'enfant..... | 41 |
| Tableau XXXI : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de profession du conjoint | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau XXXII : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction d'ethnie du mari | Erreur ! Signet non défini. |
| Tableau XXXIII : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de l'avis du conjoint | 41 |
| Tableau XXXIV : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction du délai de la première mise au sein après l'accouchement..... | 42 |
| Tableau XXXV : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de fréquence des tétées | 42 |
| Tableau XXXVI : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de soutien lors de l'allaitement maternel..... | 43 |
| Tableau XXXVII : Répartition la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de canal qui a servi de conseils sur l'allaitement. | 43 |
| Tableau XXXVIII : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la cohabitation avec un grand parent..... | 44 |
| Tableau XXXIX : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de l'argent de popote par jour | 44 |
| Tableau XXXX : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de difficultés rencontrées lors de l'allaitement maternel | 45 |
| Tableau XXXXI : Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de type de difficultés | 45 |

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Anatomie et histologie de la glande mammaire | 8 |
| Figure 2 : Mécanisme de production de lait par le sein..... | 11 |
| Figure 3 : Excellentes positions de l'enfant et de sa mère | 12 |
| Figure 4: Répartition selon l'âge | 26 |
| Figure 5 : Répartition selon sexe..... | 27 |
| Figure 6 : Répartition selon statut vaccinal | 28 |
| Figure 7: Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois. | 30 |

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Table des matières

| | | |
|--------|---|----|
| 1 | Objectif | 5 |
| 1.1 | Objectif général : | 5 |
| 1.2 | Objectifs spécifiques : | 5 |
| 2 | GÉNÉRALITÉ..... | 7 |
| 2.1 | DÉFINITIONS DES TERMES :..... | 7 |
| 2.2 | Anatomie et histologie | 7 |
| 2.3 | Physiologie de la lactation..... | 8 |
| 2.4 | La production du lait | 10 |
| □ | La montée laiteuse :..... | 10 |
| 2.5 | Caractéristiques des tétées | 11 |
| 2.6 | Les problèmes dus à l'allaitement à la demande :..... | 13 |
| 2.7 | Les bénéfices de la mise au sein précoce et de l'allaitement à la demande sont entre autres :13 | |
| 2.7.1 | Bénéfices pour l'enfant | 13 |
| 2.7.2 | Bénéfices pour la mère | 13 |
| 2.7.3 | Bénéfices économiques | 14 |
| 2.8 | Conservation du lait maternel | 14 |
| 2.9 | Incidents et solutions relatives à la pratique de l'allaitement maternel exclusif..... | 14 |
| 2.10 | L'allaitement maternel et la prise des médicaments | 16 |
| 2.11 | Allaitement et grossesse | 16 |
| 2.12 | Allaitement et contraception..... | 16 |
| 2.13 | Situations particulières | 17 |
| 2.13.1 | Allaitement maternel et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 17 | |
| 2.13.2 | Allaitement maternel et hépatites | 18 |
| 2.13.3 | Allaitement maternel et tuberculose | 18 |
| 2.14 | Moyens de promotion de l'Allaitement maternel | 19 |

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

| | | |
|-------|--|----|
| 3 | MÉTHODOLOGIE..... | 21 |
| 3.1 | Type d'étude et période d'étude : | 21 |
| 3.2 | Population de l'étude : | 21 |
| 3.2.1 | Critères d'inclusion : | 21 |
| 3.2.2 | Critères de non-inclusion : | 21 |
| 3.2.3 | Méthode d'échantillonnage : | 21 |
| 3.3 | Techniques et outils de collecte des données : | 21 |
| 3.4 | Variables mesurées : | 21 |
| 3.5 | Traitement et analyse des données : | 22 |
| 3.6 | Considérations éthiques : | 22 |
| 4 | RÉSULTATS | 24 |
| 4.1 | Analyse descriptive | 24 |
| 4.1.1 | Caractéristiques sociodémographiques | 24 |
| 4.1.2 | Enfants des mères enquêtées | 26 |
| 4.1.3 | Conjoints des mères enquêtées | 29 |
| 4.1.4 | Allaitement maternel et liquide donné durant les six premiers mois de vie de l'enfant. 30 | |
| 4.1.5 | Les difficultés rencontrées lors de l'allaitement maternel..... | 33 |
| 4.2 | Analyse analytique | 37 |
| 5 | COMMENTAIRES ET DISCUSSION | 47 |
| 5.1 | Limite de l'étude : | 47 |
| 5.2 | Caractéristiques socio démographiques et les antécédents | 47 |
| 5.3 | Les aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons : | 48 |
| 5.4 | Allaitement exclusif : | 48 |
| 5.5 | Perceptions qui entravent l'allaitement maternel : | 49 |
| 6 | CONCLUSION | 51 |
| 7 | RECOMMANDATIONS | 53 |

**La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire
de niamana (ASACONIAM)**

8 REFERENCES 55

INTRODUCTION

Introduction

L'allaitement maternel exclusif signifie qu'aucun autre aliment ni liquide n'est ajouté (sauf les médicaments) y compris l'eau, même en saison chaude, puisque le lait maternel est un aliment complet et répond aux besoins du nourrisson aussi bien en nutriments qu'en eau. Le lait maternel exprimé, c'est-à-dire provenant de la mère, d'une banque de lait ou d'une nourrice est considéré dans cette catégorie d'allaitement [1-2]. En effet, l'OMS considère l'allaitement comme la meilleure manière de nourrir les jeunes enfants et de leur garantir la meilleure santé possible. Les institutions nationales et internationales de santé publique ont érigé des politiques (biopolitiques) quand ils affirment, comme l'OMS, que « l'allaitement est le moyen idéal d'apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé. L'allaitement maternel présente de nombreux avantages pour la santé de l'enfant et celle de sa mère. C'est la façon optimale de nourrir les nouveau-nés. L'allaitement maternel favorise la croissance physique et affective de l'enfant, privilégie le lien mère-enfant, renforce l'immunité de l'enfant et réduit les coûts liés à l'achat de lait artificiel et au recours aux soins [3-4]. L'allaitement optimal est tellement déterminant qu'il pourrait sauver chaque année la vie de 820 000 enfants de moins de cinq ans [5]. L'allaitement exclusif au sein diminue la mortalité infantile imputable aux maladies courantes de l'enfance, comme les diarrhées ou les pneumonies, et il accélère la guérison en cas de maladie. Il contribue à la santé et au bien-être des mères, aide à espacer les naissances, réduit le risque de cancer ovarien ou mammaire, augmente les ressources de la famille et du pays. C'est un moyen sûr et écologique d'alimenter l'enfant. Le lait maternel est donc sain, stérile, toujours à bonne température ; en plus de sa composition parfaite pour la santé, dont les effets se mesurent jusqu'à l'âge adulte, allaiter contribue également à consolider les liens mère enfant [6].

Les croyances culturelles, souvent sous l'influence des belles-mères, incitent les mères à faire ingérer à l'enfant des décoctions de plantes médicinales pour le rendre plus fort et plus sain ou à lui donner de l'eau à cause de la chaleur. De même la croyance que l'allaitement devrait être arrêté immédiatement quand on est devenu enceinte rapportés dans une étude menée en Tanzanie [7].

Dans le monde, de 2012 à 2019, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de 0 à 5 mois est passé de 37% à 44% et de 35,5% à 43,6% en Afrique [8]. Au Mali, entre 2001 et 2018 le pourcentage d'enfants derniers nés de moins de 6 mois exclusivement allaités a augmenté passant de 25% à 40% [9]. Des études ont montré que l'AME est associé à

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

plusieurs facteurs qui sont entre autres : les caractéristiques liées à la mère, le soutien de l'entourage, l'état de santé de l'enfant et le système/service de santé [10,11].

L'objectif de notre étude était de comprendre l'idéologie des parents sur les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois au cscom de Niamana.

Hypothèse de recherche : La pratique de l'allaitement maternel exclusif est liée ou influencée par les caractéristiques socio démographies et les connaissances des mères d'enfants de 0 à 6 mois.

OBJECTIFS

1 Objectif

1.1 Objectif général :

Étudier la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois au centre de santé de Niamana.

1.2 Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des mères d'enfants de 0 à 6 mois ;
- Décrire les aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons avant l'âge de 6 mois ;
- Déterminer la fréquence de l'allaitement maternel exclusif ;
- Décrire les facteurs qui influence l'adhésion à l'allaitement maternel exclusif ;
- Décrire les facteurs qui entravent à l'allaitement maternel exclusif

GENERALITES

2 GÉNÉRALITÉ

2.1 DÉFINITIONS DES TERMES [12,13,14] :

Allaitement maternel : Le bébé reçoit le lait de sa mère (pris directement au sein ou tiré et donné ultérieurement)

Allaitement maternel exclusif : le bébé ne reçoit que le lait de sa mère (pris directement au sein ou tiré et donné ultérieurement) et aucun autre aliment ou boisson à l'exception des vitamines, minéraux ou médicaments qui seront prescrits par le médecin.

Alimentation mixte : Le bébé reçoit à la fois le lait de sa mère et un lait infantile adapté à son âge.

Allaitement prédominant : La source prédominante de l'alimentation de l'enfant est le lait maternel. Cependant, l'enfant peut aussi recevoir de l'eau ou d'autres liquides (eau sucrée, aromatisée), des jus de fruits, la solution de Réhydratation Orale, Les vitamines en goutte ou en sirop, les minéraux et les médicaments et les liquides familiaux (en quantité limitée). A l'exception du jus de fruit et de l'eau sucrée, aucun liquide d'alimentation de base n'est inclus dans la définition.

Alimentation de substitution : Le bébé reçoit uniquement un lait infantile adapté à son âge.

Aliment de complément : Tout aliment fabriqué industriellement ou confectionné localement pouvant convenir comme complément du lait maternel ou du lait artificiel pour nourrisson, quand le lait maternel ou le lait artificiel ne suffisent plus pour satisfaire aux besoins nutritionnels du nourrisson (à partir de six mois).

Allaitement maternel précoce : Allaitement maternel initié dans les trente minutes suivant l'accouchement.

Sevrage : Processus d'introduction des aliments solides pendant la poursuite de l'allaitement maternel.

Ablactation : Arrêt complet de l'allaitement maternel.

2.2 Anatomie et histologie [15]

La fonction biologique du sein est de produire du lait maternel afin de nourrir un nouveau-né. Chaque sein contient une glande mammaire (elle-même composée de quinze à vingt compartiments séparés par des tissus graisse). Chacun des compartiments de la glande mammaire est constitué de lobules et de canaux. Le rôle de lobules est de produire le lait en période d'allaitement. Les canaux transportent le lait vers le mamelon.

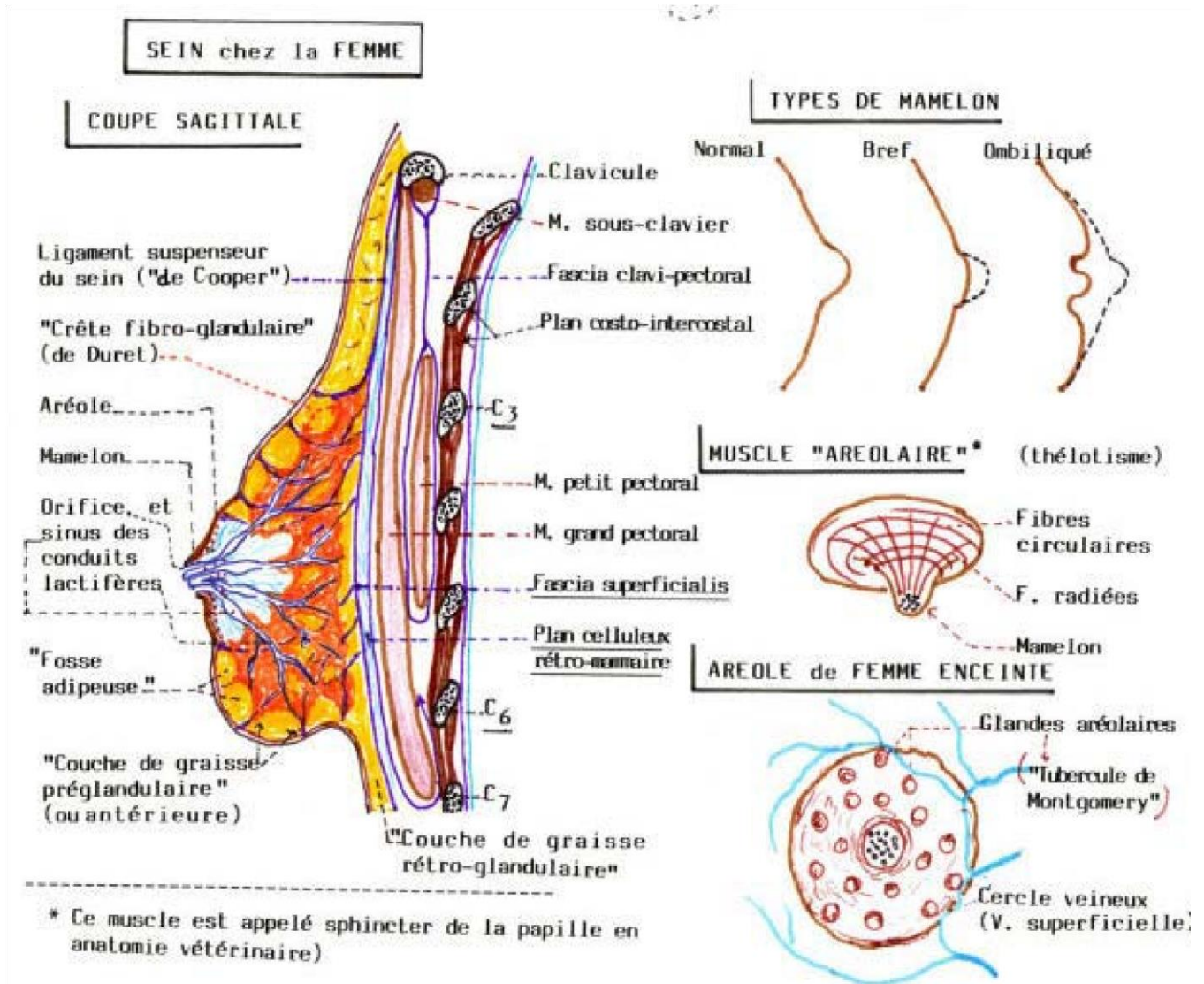


Figure 1 : Anatomie et histologie de la glande mammaire [16].

2.3 Physiologie de la lactation [15]

La lactation est la sécrétion et l'éjection du lait par les glandes mammaires. La prolactine élaborée par l'adénohypophyse, est la principale hormone qui stimule la lactation et est sécrétée en réaction à l'hormone de libération de prolactine sécrétée par l'hypothalamus. Même si les taux de prolactine augmentent à mesure que la grossesse évolue, il ne se produit aucune sécrétion lactée parce que les œstrogènes et la progestérone inhibent l'action de la prolactine. Après la naissance, cette inhibition est éliminée en raison d'une diminution des taux d'œstrogènes et de progestérone dans le sang de la mère. Le stimulus le plus important dans le maintien de la sécrétion de prolactine durant la lactation est l'action de succion exercée par le nouveau-né. La succion déclenche la formation d'influx nerveux par des récepteurs situés dans les mamelons. Ces influx sont dirigés vers l'hypothalamus et inhibent la production de

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

l'hormone d'inhibition de la prolactine ou accroissent la sécrétion de l'hormone de libération de la prolactine, ce qui stimule l'adénohypophyse à libérer d'avantage de prolactine. Les suctions déclenchent également la formation d'influx nerveux qui se rendent jusqu'à la neurohypophyse en passant par l'hypothalamus. Ces influx stimulent la libération d'ocytocine par la neurohypophyse. Cette hormone provoque la contraction des cellules myoépithéliales entourant les alvéoles, ce qui entraîne la compression des alvéoles et l'expulsion du lait. La compression pousse le lait dans des canaux qui aboutissent aux mamelons d'où il peut être aspiré par la succion. Ce processus est appelé éjection du lait. Bien que l'éjection du lait ne se produise pas avant une période allant de 30 secondes à une minute après le début de l'allaitement, le bébé reçoit quand même, pendant cette période de latence, du lait qui était entreposé dans les sinus lactifères. L'ocytocine, par l'intermédiaire d'un cycle de rétroaction positif, stimule également les contractions du muscle lisse de l'utérus chez la parturiente au cours du travail et de l'accouchement. Chez les mères qui allaitent, l'action de l'ocytocine aide l'utérus à reprendre plus rapidement sa forme d'avant la grossesse par rapport aux mères qui n'allaitent pas. L'ocytocine contribue également à la compression des vaisseaux placentaires rompus à la naissance, ce qui réduit la perte de sang chez la mère. Vers la fin de la grossesse et durant les jours qui suivent la naissance, les glandes mammaires secrètent un liquide trouble, le colostrum. Le colostrum et le lait maternel contiennent des anticorps qui protègent l'enfant durant les premiers mois de sa vie. Après la naissance, le taux de prolactine commence à revenir à la normale. Toutefois, chaque fois que la mère allaite son enfant, des influx nerveux provenant des mamelons et se rendant à l'hypothalamus déclenchent la libération de prolactine et la sécrétion, durant environ une heure, d'une quantité dix fois plus importante de prolactine par l'adénohypophyse. La prolactine agit sur les glandes mammaires pour assurer la production du lait pour la prochaine séance d'allaitement. Lorsque cette production de prolactine est inhibée par un traumatisme ou une maladie, ou si la mère cesse d'allaiter, les glandes mammaires perdent en quelques jours leur capacité de sécréter du lait. Normalement, la sécrétion de lait décroît considérablement après une période variant entre sept et neuf mois. Cependant, elle peut se poursuivre pendant plusieurs années si l'allaitement se poursuit.

2.4 La production du lait [17]

✚ La montée laiteuse :

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

✚ Le maintien de la production de lait :

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

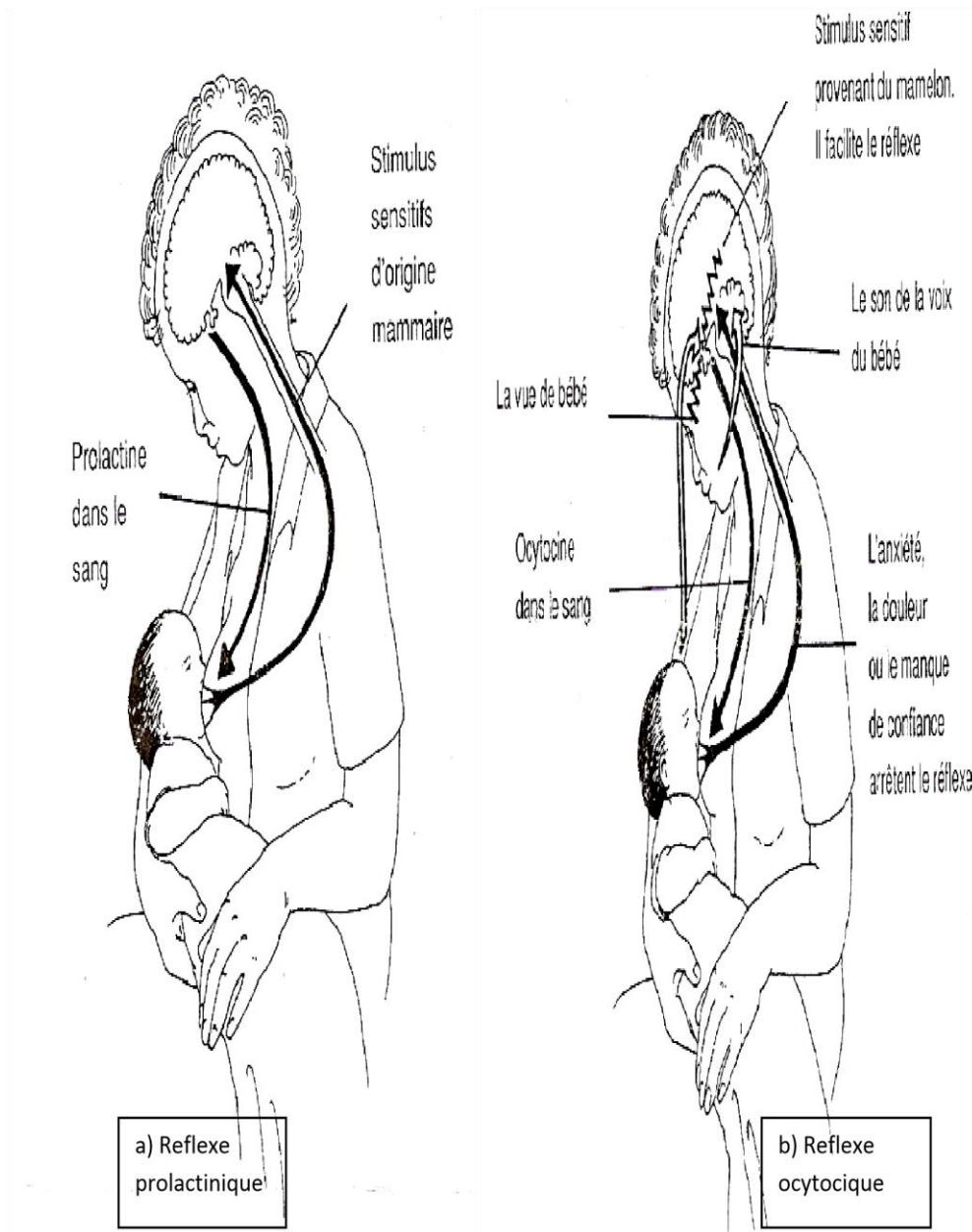


Figure 2 : Mécanisme de production de lait par le sein.

2.5 Caractéristiques des tétées [17,18] :

✚ Position du bébé : Signes Indiquant que le bébé est en bonne position de téter : Tout son corps est près de sa mère et lui fait face. Sa bouche est près du sein. Son menton touche le sein. Sa bouche est largement ouverte. Sa lèvre inférieure est tournée vers l'extérieur. L'aréole est plus visible au-dessus de sa lèvre supérieure qu'au-dessous de sa lèvre inférieure. Le bébé tète lentement et prend des gorgées profondes. Le bébé est détendu et content. Il est satisfait à la fin de la tétée. La mère ne ressent pas de douleurs au mamelon. Vous entendez le bébé déglutir.



Figure 3 : Excellentes positions de l'enfant et de sa mère [16].

✚ **Signes d'une tétée efficace [18]** : La femme entend le bébé avaler, au début très vite, puis plus lentement au fur et à mesure qu'il se rassasie.

✚ **La durée des tétées [17]** : La durée de la tétée varie beaucoup d'un bébé à l'autre. La plupart des enfants ont fini de téter 5 à 10 minutes, mais certains aiment y consacrer plus de temps, parfois 20 à 30 minutes. Les bébés qui tètent lentement prennent la même quantité de lait que ceux qui tètent rapidement. Si vous retirez du sein à un bébé qui tète lentement avant qu'il ait fini, il ne prendra pas suffisamment de lait de fin de tétée, qui est riche en énergie et donc nécessaire à sa croissance.

✚ **La fréquence des tétées [18]** : Une femme doit allaiter son bébé sur demande, jour et nuit. Normalement les nourrissons en bonne santé tètent 8 à 12 fois toutes les 24 heures. L'estomac du nourrisson est de petite taille et doit être rempli souvent. Quelquefois même plus que toutes les deux heures pendant les premiers jours et les premières semaines de son existence. La mère doit surveiller son enfant pour détecter toute indication de faim. Lorsque le bébé a faim, il se tourne vers la mère la bouche ouverte pour commencer à téter. Autres indications possibles : le bébé est plus alerte ou suce ou tète les doigts ou les mains. Les fluctuations des schémas d'allaitement d'un nourrisson sont normales. Les séances d'allaitement sont plus rapprochées à certaines heures qu'à d'autres. Lorsqu'il traverse une

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

poussée de croissance, il demandera davantage d'allaitement. Les poussées de croissance se produisent généralement aux alentours de trois semaines, six semaines, trois mois et six mois.

✚ **Allaitement à la demande [17]** : Il faut laisser la mère prendre son enfant et le nourrir chaque fois qu'il pleure ou qu'elle ressent le besoin de le nourrir. C'est ce qui s'appelle « allaité à la demande ». Au début, le bébé réclame le sein à n'importe quel moment : parfois un petit nombre de fois pendant un ou deux jours ou pendant plusieurs jours. Chaque bébé à son propre rythme et ce rythme n'est acquis qu'après une ou deux semaines. Évitez que le bébé ne tète qu'à des heures fixes. L'allaitement en serait perturbé.

2.6 Les problèmes dus à l'allaitement à la demande :

L'enfant ne réclame pas le sein assez souvent. Certains enfants sont calmes et ne pleurent pas lorsqu'ils ont faim. Pensez-y si un enfant ne prend pas de poids assez rapidement.

2.7 Les bénéfices de la mise au sein précoce et de l'allaitement à la demande sont entre autres :

- Des suctions fréquentes, aussitôt après la naissance, stimulent la production de prolactine ce qui facilite la montée laiteuse.
- Allaiter à la demande évite de nombreux problèmes tels que l'engorgement et ses conséquences.

2.7.1 Bénéfices pour l'enfant [20]

Les anticorps de la famille des immunoglobulines aident à protéger l'organisme de l'enfant contre les différentes agressions virales auxquelles le corps est confronté durant les premiers mois. Ces anticorps aident aussi dans le développement du système immunitaire et son renforcement. Le lait maternel contient des éléments immunitaires appelés « mucines » qui contiennent beaucoup de protéines et des «hydrates de carbone » et ce sont des substances qui adhèrent aux bactéries et aux virus et l'éliminent complètement sans effets secondaires, comparés aux médicaments. Le lait maternel aide au développement correct du système digestif. Il donne à l'enfant un équilibre psychique et aide au sommeil, c'est le meilleur calmant pour l'enfant. Le lait maternel diminue le risque d'allergie pour l'enfant et peut même en prévenir.

2.7.2 Bénéfices pour la mère

La mère qui donne le sein à son enfant est moins exposée au cancer du sein [21]. L'allaitement maternel favorise le retour à la taille normale du vagin après qu'il fut dilaté 20 fois pendant l'accouchement. Ainsi, il protège la mère contre le cancer du vagin et de l'endomètre [20].

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

L'allaitement aide la nouvelle mère à perdre du poids et la protège de l'obésité [23]. C'est aussi un calmant naturel et pour la mère et pour l'enfant.

2.7.3 Bénéfices économiques

En dehors des avantages médicaux pour la santé de la mère et de l'enfant, la famille et la société réalisent une économie conséquente sur :

- Le cout direct de l'achat de lait infantile, d'eau minérale et de biberons
- Le cout de l'entretien des biberons (lavage et stérilisation)
- Les frais médicaux suites aux pathologies infectieuses « évitables » par l'allaitement
- le cout d'une contraception maternelle durant les 6 premiers mois après l'accouchement.

2.8 Conservation du lait maternel [23]

Le lait maternel doit être conservé dans les conditions d'hygiène rigoureuses.

Ces conditions sont :

- À température ambiante de 32°C ; le colostrum est conservé 12 à 24 heures. Le lait maternel de 6 à 8 heures
- Au réfrigérateur : jusqu'à 5 jours ;
- Dans le compartiment congélateur du réfrigérateur : jusqu'à 2 semaines;
- Dans un congélateur : jusqu'à 6 mois.

❖ Quelques précautions pour le succès de l'allaitement exclusif

Pour le succès de l'allaitement maternel exclusif il est important d'adopter un certain nombre de conditions qui sont entre autres : La mise au sein précoce ; l'enfant doit prendre le lait le jour et la nuit ; l'enfant doit être dans une position correcte au cours de l'allaitement ; ne donne à l'enfant aucun autre aliment ; donner le second sein dès que le premier est vide ; laisser le bébé téter autant qu'il veut ; si la mère s'absente pour une longue période, elle doit exprimer son lait en quantité suffisante et veiller à le garder dans les conditions optimales de propreté, à chaque demande, prélever la quantité nécessaire dans un bol ou tasse propre au moyen d'une cuillère.

En cas d'utilisation ultérieure du lait, celui-ci peut être conservé au réfrigérateur (48 h maximum pour une température inférieure ou égale à 4°C), ou au congélateur (maximum 4 mois à 18°C) [24].

2.9 Incidents et solutions relatives à la pratique de l'allaitement maternel exclusif

➤ **Crevasses** : Elles sont favorisées par une technique d'allaitement inadéquate. Négligées, elles peuvent être à l'origine d'un engorgement unilatéral, puis d'une lymphangite. Leur diagnostic repose sur les éléments suivants : douleurs unilatérales, centrées sur le mamelon,

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

rendant la tétée très douloureuse ; absence de fièvre ; à l'examen : érosion superficielle à l'inspection du mamelon. Leur traitement : nettoyage et séchage du mamelon après chaque tétée ; une application de crèmes grasses et ou cicatrisantes.

➤ **Engorgement mammaire** : Il peut être uni- ou bilatéral. La forme bilatérale, contemporaine de la montée laiteuse, est la conséquence d'un asynchronisme entre la lactogènes, déjà opérationnelle, et les mécanismes d'éjection du lait, encore inefficaces. L'engorgement régresse habituellement en deux ou trois jours. Le diagnostic repose sur les éléments suivants : les deux seins sont durs, tendus et douloureux ; Fièvre modérée à 38°C. Le traitement : douches chaudes sur les seins ; massage circulaire des seins avant les tétées ; pansements antiphlogistiques type Osmogel ; rassurer la femme.

➤ **Lymphangite mammaire** : Conséquence d'un engorgement mal pris en charge. Elle se manifeste par des signes mammaires très importants : Elle survient 5 à 10 jours après l'accouchement ; Le début est brutal, avec fièvre à 39-40°C ; À l'examen on note un placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein, avec une traînée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse ; Le lait recueilli avec un coton est propre, sans trace de pus. Une lymphangite régresse en 24 à 48 h si elle est correctement traitée, mais il existe une évolution possible vers une galactophorite si la guérison est incomplète. Le traitement repose sur : la suspension temporaire de l'allaitement avec le sein douloureux ; le lait doit être tiré et jeté pour bien vider le sein (à l'aide d'un tire lait), l'allaitement doit être poursuivi avec l'autre sein ; Donner de l'aspirine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien ; pansements antiphlogistiques type Osmogel. L'antibiothérapie est controversée. En principe inutile, elle est prescrite par certains pour enrayer une évolution vers une galactophorite. C'est une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement type pénicillines M. (Bristopen) pendant 7 jours.

➤ **Galactophorite** : C'est une infection des canaux galactophores, le plus souvent par un staphylocoque. Le risque est l'évolution vers un abcès mammaire. Le diagnostic repose sur les éléments suivants : Il s'agit d'un accident plus tardif, au moins 15 jours après l'accouchement ; le début est progressif sur plusieurs jours ; fièvre modérée à : 38 à 38.5°C ; douleur de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre. Signe de Budin : le lait recueilli sur un coton est mélangé de pus. Le traitement repose sur : Une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque type pénicillines M (Bristopen, Orbénine), pendant 8 jours ; Suspension de l'allaitement jusqu'à la guérison clinique ; le lait est tiré et jeté ; c'est souvent l'occasion d'un arrêt définitif.

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

➤ **L'abcès du sein** : Il complique une galactophorite insuffisamment traitée. Le diagnostic repose sur les éléments suivants : fièvre progressivement croissante, atteignant 39 à 40°C, parfois oscillante ; Majoration des douleurs mammaires ; le sein est volumineux, rouge, tendu, très douloureux ; dans ce contexte la palpation d'une tuméfaction fluctuante est souvent difficile. En cas de doute, il convient de réaliser une échographie. Le traitement repose sur : l'hospitalisation est nécessaire, il faut réaliser un bilan préopératoire ainsi qu'une consultation d'anesthésie ; le traitement est chirurgical : avec une incision et un drainage ; l'antibiothérapie n'est qu'un traitement adjuvant ; l'allaitement doit être temporairement interrompu [25].

2.10 L'allaitement maternel et la prise des médicaments [26]

L'utilisation de pilule contraceptive contenant des œstrogènes provoque une réduction de la production de lait chez la mère. Cependant, les pilules à base de progestérone sont indiquées chez les femmes allaitantes. Il existe quelques médicaments qui augmentent la production de lait : la chlorpromazine (Largactil®) la metoclopramide (Primperan®). La plupart des médicaments d'usage courant, comme les antibiotiques, l'aspirine, presque tous les contraceptifs, n'est pas dangereux pour le bébé. En réalité, seul un très petit nombre de médicaments est dangereux pour le bébé.

2.11 Allaitement et grossesse [17]

Il n'existe aucune contre-indication médicale à poursuivre l'allaitement en cas de nouvelle grossesse.

2.12 Allaitement et contraception

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple afin de lui permettre de choisir la méthode de régulation des naissances la plus appropriée.

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode naturelle pendant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.

Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées ou si la femme le souhaite, il faut conseiller une autre contraception (consultation postnatale conseillée dans les 6 premières semaines du post-partum). Si ce choix se porte sur une contraception hormonale, celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du postpartum.

Les œstroprogestatifs ne sont pas recommandés car ils pourraient réduire la production de lait. Les micros progestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

utilisés sans inconvénients ni pour l'allaitement, ni pour le nouveau-né. Toutefois la contraception hormonale ne doit pas être débutée avant l'installation de la lactogénèse de stade II (montée laiteuse). Les progestatifs ne seront pas utilisés avant la sixième semaine du post-partum.

La pose d'un dispositif intra-utérin est possible, sans risque particulier, dès la quatrième semaine du post-partum, même en l'absence de retour de couches.

Les préservatifs ou les spermicides peuvent être utilisés en sachant que leur efficacité contraceptive est moindre [27].

2.13 Situations particulières

2.13.1 Allaitement maternel et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [28]

Parmi les enfants infectés par le VIH à travers le monde, 30 à 35 % ont été contaminés par le lait maternel. La durée de l'allaitement est le principal facteur de risque de transmission du VIH lors de l'allaitement. Le risque est plus élevé en cas de virémie élevée de la mère. Certaines lésions du sein (mastite, abcès, lésions du mamelon), et la présence d'une candidose buccale chez l'enfant, sont des facteurs de risque indépendants.

En 2006, l'OMS a recommandé de fournir des ARV aux femmes enceintes VIH positives au troisième trimestre de la grossesse (à partir de la 28e semaine) pour éviter la transmission du VIH à l'enfant. À l'époque, on n'avait pas assez de données sur l'effet protecteur des ARV pendant l'allaitement. Depuis, plusieurs essais cliniques ont démontré leur efficacité pour la prévention de la transmission pendant l'allaitement. Les recommandations de 2009 veulent promouvoir l'utilisation des ARV à un stade plus précoce de la grossesse, à partir de la 14e semaine et jusqu'à la fin de la période de l'allaitement. L'OMS recommande désormais de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge d'un an, à condition que la mère VIH-positive ou l'enfant prenne des ARV pendant cette période, ce qui réduira le risque de transmission et améliorera les chances de survie de l'enfant.

Pour Daisy Mafubelu, sous-directeur général de l'OMS chargé de la santé familiale et communautaire, « avec ces nouvelles recommandations, nous envoyons un message clair indiquant que, si l'accès aux ARV existe, l'allaitement maternel est une bonne option pour chaque enfant, même lorsque la mère est VIH positive ».

2.13.2 Allaitement maternel et hépatites [27]

✚ Hépatite B

Le dépistage de l'antigène HBs fait partie des examens de routine lors des Consultations Périnatales. Le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant au cours de l'allaitement maternel est tout à fait négligeable par rapport à celui que comporte l'exposition au sang et aux liquides organiques de la mère au moment de l'accouchement. Le portage du virus de l'hépatite B par la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel, même en cas de réplication virale active (présence de l'antigène Hbe et d'ADN viral circulant), sous réserve que la séroprophylaxie et la première injection vaccinale soient réalisées dès les premières heures de vie. Deux schémas vaccinaux sont possibles : Naissance, 1 mois, et 6 mois ou Naissance, 1 mois, 2 mois et 12 mois.

✚ Hépatite C

Il n'est pas prouvé que le risque de transmission du virus de l'hépatite C de la mère à l'enfant soit augmenté par l'allaitement maternel.

La conférence de consensus française de 1997 conclut : « la transmission par le lait maternel semble exceptionnelle bien que la présence de l'ARN du virus de l'hépatite C, recherché par PCR dans le colostrum ou le lait maternel, ait été rapportée... ». En cas d'infection maternelle, l'ARN viral n'est retrouvé dans le lait maternel que dans moins d'un tiers des cas, et sa concentration dans le lait est environ 100 fois plus faible que dans le sérum. Les deux dernières conférences de consensus américaine et européenne, et les recommandations de l'ANAES de 2002 ne contre-indiquent pas l'allaitement maternel lorsque la mère est porteuse du virus de l'hépatite C.

2.13.3 Allaitement maternel et tuberculose [29]

Les recommandations du programme global pour la vaccination et l'immunisation pour les enfants dans les situations où, ils sont à risque d'infection avec le *Micobacterium tuberculosis*, est de les immuniser avec le BCG le plus tôt possible après la naissance. Bien que certaines études aient montré une protection contre toute forme de tuberculose par le BCG, il y'a un consensus général sur la protection dans la première année contre la méningite tuberculeuse et la miliaire.

En cas de tuberculose pulmonaire active, la mère doit être séparée de l'enfant pendant la période de contagiosité (en général pendant les 2 premières semaines de traitement). Pendant cette période, elle peut tirer son lait et celui-ci peut être donné à l'enfant.

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Aucun effet secondaire n'a été rapporté chez l'enfant en cas de traitement de la mère par les antituberculeux de 1^{ère} intention : isoniazide, rifampicine, streptomycine, éthambutol et pyrazinamide sont considérés comme compatibles avec l'allaitement par l'Académie américaine de Pédiatrie.

2.14 Moyens de promotion de l'Allaitement maternel [30]

En 1981 l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté par 118 pays le code international de commercialisation de substituts du lait maternel qui régleme la vente des substituts du lait maternel. Ce code doit être retranscrit par chaque pays dans sa loi nationale.

En 1991 l'OMS et L'UNICEF prennent conscience des freins à l'allaitement maternel qui existent dans les maternités et adressent aux personnels des établissements une déclaration conjointe qui énonce les 10 conditions pour la réussite de l'allaitement maternel. Deux ans plus tard est mise en place l'Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB) (Baby Friendly Hospital Initiative) qui consiste en la délivrance des labels « Hôpital Amis des Bébé » aux établissements hospitaliers qui acceptent de se conformer à une charte qui reprend ces 10 conditions et à ne pas distribuer des substituts de lait. Donc tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés doivent :

- 1) Adopter une politique d'allaitement maternel formulé par écrit.
- 2) Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
- 3) Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.
- 4) Aider les mères à commencer d'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.

METHODOLOGIE

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Type d'étude et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période de 2 mois, allant du 12 décembre 2022 au 12 février 2023.

3.2 Population de l'étude :

L'étude a concerné les mères d'enfants de 0 à 6 mois vivant à Niamana.

3.2.1 Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude les mères d'enfants de 0 à 6 mois : résidentes à Niamana pendant une période de 6 mois ou plus, acceptant de participer à l'étude.

3.2.2 Critères de non-inclusion :

Nos critères de non-inclusion étaient : les mères qui n'ont jamais allaité leurs enfants ;

3.2.3 Méthode d'échantillonnage : Nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage aléatoire simple

Calcul de la taille de l'échantillon :

Nous avons calculé la taille de l'échantillon à partir de la formule de Schwartz : $n = t^2 \times P(1-P) / i^2$.

n= taille de l'échantillon

t= niveau de confiance à 95% (valeur type 1,96)

P= prévalence

i= marge d'erreur à 5% (0,05)

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois au Mali était de 40%

P= 40%

La taille de l'échantillon $n = (1,96)^2 \times 0,40 \times 0,60 / (0,05)^2$

Soit $n = 368,7$

Ceci nous donne un échantillon minimal de 369 mères d'enfants de 0 à 6 mois.

3.3 Techniques et outils de collecte des données :

Les données ont été collectées à travers un entretien individuel avec les participantes un questionnaire individuel structuré adressé aux mères d'enfants de 0 à 6 mois, a servi d'outils de collecte des données. L'outil a été préalablement testé afin de s'assurer de la compréhension des cibles sur le questionnaire et d'apporter d'éventuelles corrections.

3.4 Variables mesurées :

Les variables mesurées étaient entre autres :

➤ Allaitement maternel exclusif ;

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

- Allaitement maternel dès l'accouchement ;
- Caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, profession, ethnie, résidence, statut matrimonial, niveau d'étude, le nombre de grossesse, état de santé de l'enfant à la naissance, voie d'accouchement ;
- L'alimentation du nourrisson ;
- Attitude des mères sur l'AME ;
- La connaissance de la mère sur l'allaitement.
- Les pratiques de l'allaitement maternel

3.5 Traitement et analyse des données :

Nous avons effectué un dépouillement manuel afin de classer les données selon les cibles et de corriger les insuffisances de remplissage. Les données collectées ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 20. Nous avons fait les analyses suivantes : uni variée portant sur les proportions et moyennes avec leurs intervalles ; bi variée entre l'AME et les autres variables (avec les tests de Chi2 et le test de Fischer exact pour tester la différence entre les proportions.

3.6 Considérations éthiques :

Une lettre a été adressée au médecin et au président du centre pour obtenir leur autorisation pour la réalisation de l'étude. Les mères enquêtées ont été informées sur le but de l'enquête et sur la manière de procéder. Le consentement verbal éclairé des enquêtées a été demandé et des dispositions ont été prises pour éviter tout incident pouvant survenir au cours de l'enquête. La confidentialité et l'anonymat des données ont été garantis.

RESULTATS

4 RÉSULTATS

L'enquête a concerné 369 mères d'enfants de 0 à 6 mois au centre de santé de Niamana.

4.1 Analyse descriptive

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

🇨🇲 Mères enquêtées

Tableau I : Répartition des mères selon tranche d'âge

| Age(en année) | Effectifs | Pourcentage |
|---------------|-----------|-------------|
| (15-25) | 151 | 40,9 |
| (26-35) | 145 | 39,3 |
| (36-45) | 73 | 19,8 |
| Total | 369 | 100 |

La tranche d'âge : 15 à 25 représentait 40,9% des cas

Tableau II : Répartition des mères selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------|-----------|-------------|
| Mariée | 333 | 90,2 |
| Célibataire | 35 | 9,5 |
| Veuve | 1 | 0,3 |
| Total | 369 | 100 |

La majorité des enquêtées était mariée soit 90,2 %.

Tableau III : Répartition des mères selon le niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------|------------|-------------|
| Non scolarisée | 119 | 32,2 |
| Primaire | 207 | 56,1 |
| Secondaire | 11 | 3,0 |
| Supérieure | 32 | 8,7 |
| Total | 369 | 100 |

La majorité des répondantes avait un niveau primaire soit 56,1%, les non scolarisés représentaient 32,2%.

Tableau IV : Répartition des mères selon la profession

| Profession | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------|------------|-------------|
| Ménagère | 205 | 55,6 |
| Commerçante | 111 | 30,1 |
| Fonctionnaire | 39 | 10,5 |
| Tailleur | 6 | 1,6 |
| Etudiante | 8 | 2,2 |
| Total | 369 | 100 |

Les ménagères ont représenté 55,6% des cas

Antécédents obstétricaux

Tableau V : Répartition des mères d'enfants selon la parité

| Parité | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------|------------|-------------|
| Primipare(1) | 65 | 17,5 |
| pauci pare(2-3) | 167 | 45,3 |
| Multipare(4-6) | 105 | 28,5 |
| Grande multipare(sup a 6) | 32 | 8,7 |
| Total | 369 | 100 |

La majorité des mères (45,3%) était paucipares et 8,7% était des grands multipares

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau VI : Répartition des mères d'enfants selon la voie d'accouchement

| Voie d'accouchement | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------------|------------------|--------------------|
| Voie basse | 328 | 88,9 |
| Césarienne | 41 | 11,1 |
| Total | 369 | 100 |

La majorité a accouchée par voie basse soit 88,9%.

4.1.2 L'âge des enfants des mères enquêtées

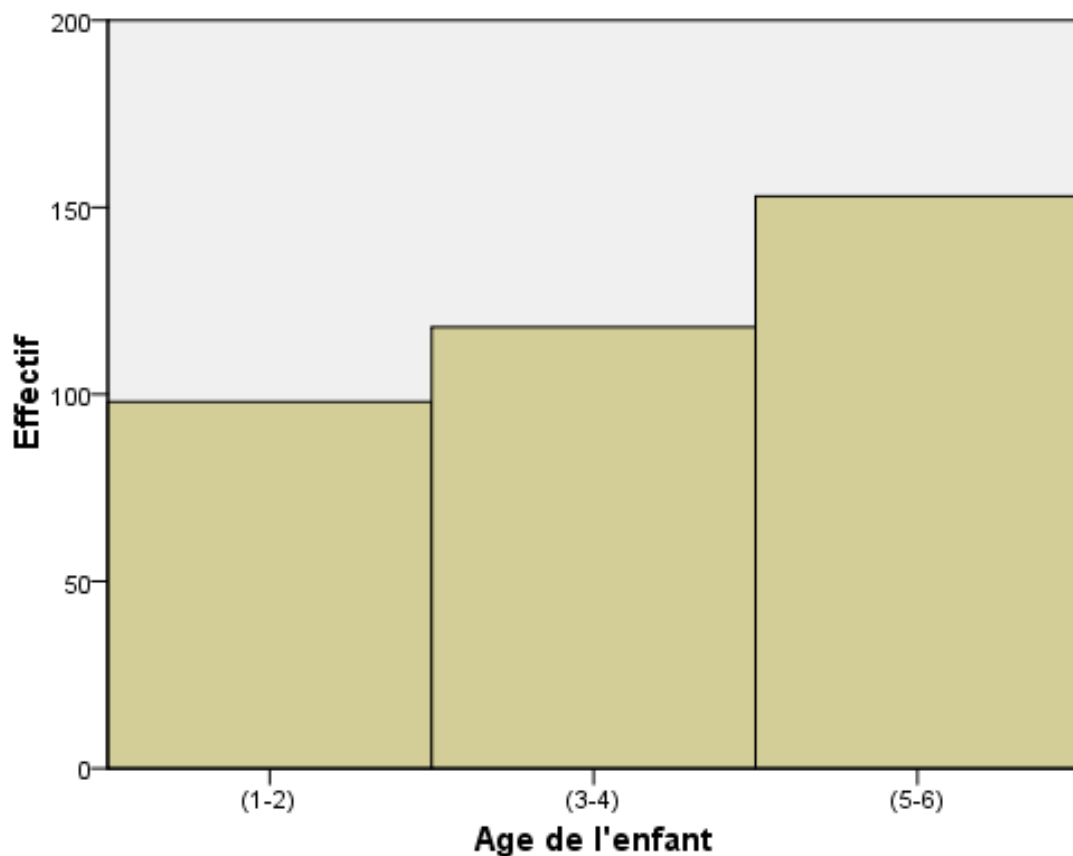


Figure 4: Répartition des enfants selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de (5- 6 mois) représentait 41,4% des enfants

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

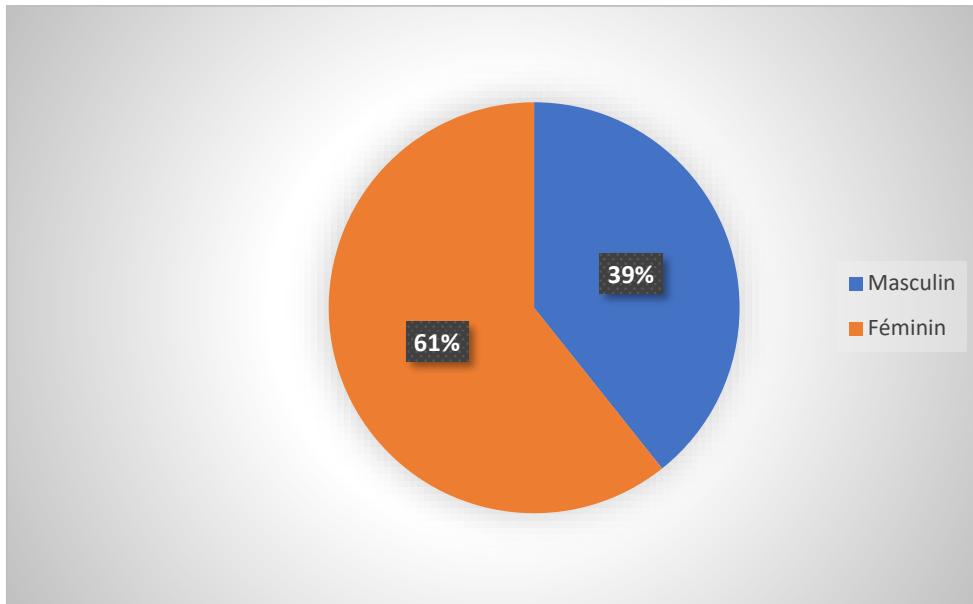


Figure 5 : Répartition des enfants selon sexe

Près de 61% des enfants étaient de sexe féminin, avec un sexe ratio F/M

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

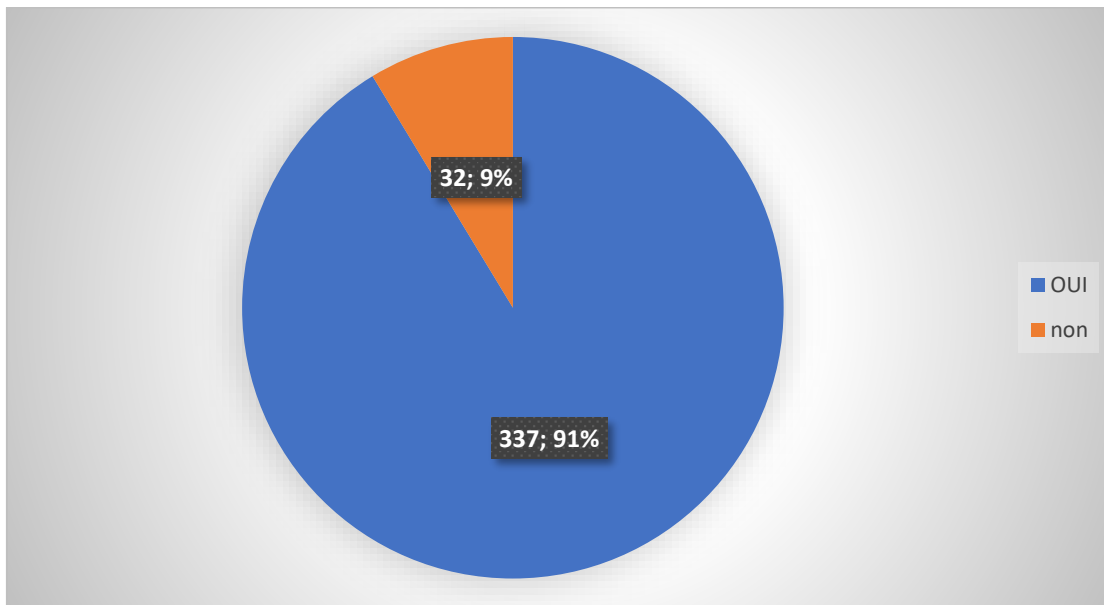


Figure 6 : Répartition selon statut vaccinal des enfants

Les enfants qui avaient un calendrier vaccinal à jour représentaient 91%.

4.1.3 Conjointes des mères enquêtées

Tableau VII : Répartition selon l'avis du conjoint sur l'allaitement maternel

| L'avis du conjoint | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------|------------|-------------|
| Pour | 26 | 7,0 |
| Neutre | 335 | 90,8 |
| Contre | 8 | 2,2 |
| Total | 369 | 100 |

La majorité des conjoints qualifiaient l'allaitement maternel favorable soit 90,8%

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

4.1.4 Allaitement maternel et liquide donné durant les six premiers mois de vie de l'enfant.

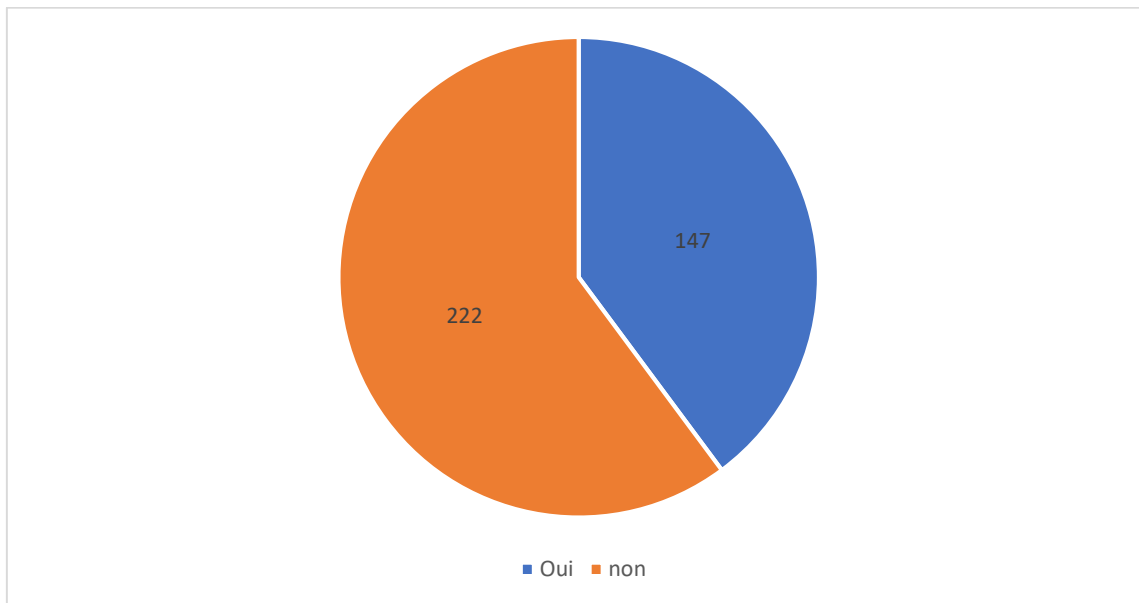


Figure 7: Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois.

Sur les 369 mamans que nous avons interrogées, 147 personnes ont pratiqués l'allaitement maternel exclusif soit 39,8%

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau VIII : Répartition des mères selon la prise décision de l'allaitement maternel

| Prise de décision de l'AM | Effectifs | Pourcentage |
|----------------------------------|------------------|--------------------|
| au moment de l'accouchement | 78 | 21,1 |
| dans les suites de couche | 274 | 74,3 |
| à la sortie de la maternité | 15 | 4,1 |
| Autres | 2 | 0,5 |
| Total | 369 | 100 |

La majorité des enquêtées ont pris la décision de l'allaitement maternel dans les suites de couche soit 74,3%

Tableau IX : Répartition des mères selon le délai de la première mise au sein après l'accouchement

| Délai | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Inferieur à 30mn | 52 | 14,1 |
| 30 mn à 3h | 269 | 72,9 |
| Supérieur à 3h | 48 | 13,0 |
| Total | 369 | 100 |

Le délai de la première mise au sein après l'accouchement était de 30mn à 3h soit 72,9%

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau X : Répartition mères selon la fréquence des tétées

| Fréquence des tétées | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Plus de 8 fois | 160 | 43,4 |
| À la demande | 209 | 56,6 |
| Total | 369 | 100 |

La fréquence des tétées à la demande était de 56,6%

Tableau XI : Répartition des mères selon l'administration de liquides ou aliments pendant les six premiers mois de vie

| Liquides ou aliments | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Eau | 203 | 55,0 |
| Tisane | 19 | 5,1 |
| Rien | 147 | 39,9 |
| Total | 369 | 100 |

L'eau était le liquide le plus administré pendant les six premiers mois de vie soit 55%

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XII : Répartition des mères selon la raison d'administration des liquides ou aliments

| Raison | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| pas assez de lait | 112 | 50,2 |
| lait de mauvaise qualité | 2 | 0,9 |
| lait artificiel meilleur | 109 | 48,9 |
| Total | 223 | 100 |

L'insuffisance de lait maternel était la raison la plus représentée soit 50,2%

4.1.5 Les difficultés rencontrées lors de l'allaitement maternel

Tableau XIII : Répartition des mères selon le soutien lors de l'allaitement

| Soutien | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Conjoint | 253 | 68,6 |
| Personnel de santé | 84 | 22,8 |
| Aucune personne | 32 | 8,6 |
| Total | 369 | 100 |

Dans notre population d'étude 68,6% ont confirmé avoir eu le soutien de leurs conjoints

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XIV : Répartition des mères en fonction du canal qui a servi de conseils reçus sur l'allaitement maternel

| Canal | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------|------------------|--------------------|
| Médias | 230 | 62,3 |
| Lors des CPN | 40 | 10,8 |
| Au cours des CPON | 51 | 13,8 |
| Post partum | 48 | 13,1 |
| Total | 369 | 100 |

Parmi les mères enquêtées, 62,3% affirment que les médias étaient leurs sources d'information.

Tableau XV : Répartition des mères selon la cohabitation avec un grand parent (la mère ou la belle-mère)

| Cohabitation avec un grand parent | Effectifs | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Oui | 221 | 59,9 |
| Non | 148 | 40,1 |
| Total | 369 | 100 |

Près de 59,9% des enquêtées cohabitaient avec leur mère ou belle mère

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XVI : Répartition des mères selon la taille du ménage

| Taille du ménage | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| (1-5) personnes | 196 | 53,1 |
| (6-10) personnes | 65 | 17,6 |
| (11-15) personnes | 93 | 25,2 |
| (16-20) personnes | 15 | 4,1 |
| Total | 369 | 100 |

L'effectif des membres de famille était entre 1-5 personne dans 53,1%

Tableau XVII : Répartition des mères selon le revenu familial

| Argent de popote | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------|------------------|--------------------|
| 1000f | 46 | 12,5 |
| 2000 | 92 | 24,9 |
| 3000 | 163 | 44,2 |
| 4000f | 68 | 18,4 |
| Total | 369 | 100 |

La majorité des mamans enquêtées avait un revenu familial de 3000f/jour comme soit 44,2%

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XVIII : Répartition des mères selon l'existence d'obstacles au cours de l'allaitement maternel

| Difficultés rencontrées | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| Oui | 105 | 28,5 |
| Non | 264 | 71,5 |
| Total | 369 | 100 |

Parmi les mères enquêtées 28,5% affirme avoir eu des difficultés lors de l'allaitement maternel contre 71,5%

Tableau XIX : Répartition des mères selon le type de difficultés rencontrées au cours de l'allaitement maternel exclusif

| Types de difficultés | Effectifs | Pourcentage |
|---|------------------|--------------------|
| Seins douloureux | 41 | 39,0 |
| Engorgement mammaire | 2 | 1,9 |
| Quantité insuffisante de lait maternel | 57 | 54,3 |
| Profession | 5 | 4,8 |
| Total | 105 | 100 |

Dans notre étude la quantité insuffisante de lait maternel était le type de difficulté rencontré dans 54,3%

4.2 Analyse analytique

Tableau XX : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de l'âge des mères

| Age des mères (en année) | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|--------------------------|-------------------------------|---------------|-------|
| | Oui | Non | |
| (15-25) | 63 | 88 | 151 |
| (26-35) | 41 | 104 | 145 |
| (36-45) | 43 | 30 | 73 |
| Total | 147 | 222 | 369 |
| Ki2=19,383 | | p=0,00 | |

Il existe une relation statistiquement significative entre l'âge de la mère et la pratique de l'AME (p= 0,000).

Tableau XXI : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction du statut matrimonial des mères

| Statut matrimonial | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|--------------------|-------------------------------|---------------|-------|
| | Oui | Non | |
| Mariée | 132 | 201 | 333 |
| Célibataire | 15 | 20 | 35 |
| Veuve | 0 | 1 | 1 |
| Total | 147 | 222 | 369 |
| Ki2=0,801 | | p=0,67 | |

Dans notre étude il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le statut matrimonial et la pratique de l'AME (p=0,67).

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XXII : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau d'instruction des mères

| Niveau d'instruction | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|----------------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| Primaire | 74 | 133 | 207 |
| Secondaire | 5 | 6 | 11 |
| Supérieure | 16 | 16 | 32 |
| non scolarisée | 52 | 67 | 119 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 : 3,70

p : 0,29

Dans notre étude il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et la pratique de l'AME (p=0,29).

Tableau XXIII : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la profession

| Profession des mères | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|----------------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| Ménagère | 90 | 115 | 205 |
| Commerçante | 44 | 67 | 111 |
| Fonctionnaire | 12 | 27 | 39 |
| Tailleur | 1 | 5 | 6 |
| Étudiant | 0 | 8 | 8 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :9,39

p :0,04

Les ménagères ont plus pratiqué l'AME que les autres P :0,04

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XXIV : Tableau 27 : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la parité

| Parité | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|-------------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| Primipare | 24 | 41 | 65 |
| pauci pare | 65 | 102 | 167 |
| Multipare | 42 | 63 | 105 |
| Grande multipare | 16 | 16 | 32 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :1,66 p : 0,6

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la parité de la mère et la pratique de l'AME (p= 0,64).

Tableau XXV : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la voie d'accouchement

| Voie d'accouchement | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|---------------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| Voie basse | 123 | 205 | 328 |
| Césarienne | 24 | 17 | 41 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :6,72 p : 0,00

Il existe une relation statistiquement significative entre la voie d'accouchement de la mère et la pratique de l'AME (p= 0,00).

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XXVI : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de l'âge des enfants

| Age de l'enfant | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|-------------------|-------------------------------|-----------|------------|
| | Oui | Non | |
| (1-2) mois | 33 | 65 | 98 |
| (3-4) mois | 45 | 73 | 118 |
| (5-6) mois | 69 | 84 | 153 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :3,46 **p : 0,17**

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'âge des enfants et la pratique de l'AME (p= 0,17).

Tableau XXVII : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de sexe des enfants

| Sexe des enfants | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|------------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| M | 56 | 89 | 145 |
| F | 91 | 133 | 224 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :0,14 **p : 0,70**

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le sexe des enfants et la pratique de l'AME (p= 0,70).

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XXVIII : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de statut vaccinal des enfants

| Statut vaccinal | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|-----------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| Oui | 145 | 192 | 337 |
| Non | 2 | 30 | 32 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :16,49

p : 0,00

Il existe une relation statistiquement significative entre le statut vaccinal de l'enfant et la pratique de l'AME (p= 0,00).

Tableau XXIX : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de l'avis du conjoint

| Avis du conjoint | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|------------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| Pour | 121 | 14 | 26 |
| Neutre | 134 | 201 | 335 |
| Contre | 1 | 7 | 8 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :2,93

p : 0,23

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'avis du conjoint et la pratique de l'AME (p= 0,23)

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XXX : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction du délai de la première mise au sein après l'accouchement

| Délai | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|-------------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| Inferieur a 30mn | 22 | 30 | 52 |
| 30mn à 3 h | 104 | 165 | 269 |
| Supérieur à 3h | 21 | 27 | 48 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :0,59 p : 0,73

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le délai de la première mise au sein et la pratique de l'AME (p= 0,73).

Tableau XXXI : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de fréquence des tétées

| Fréquence des tétées | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|---------------------------|-------------------------------|-----------|------------|
| | Oui | Non | |
| plus de 8 fois/24h | 77 | 83 | 160 |
| A la demande | 70 | 139 | 209 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :8,09 p : 0,004

Il existe une relation statistiquement significative entre la fréquence des tétées et la pratique de l'AME (p= 0,004).

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XXXII : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de soutien lors de l'allaitement maternel

| Soutien | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|--------------------|--------------------------------------|------------|--------------|
| | Oui | Non | |
| Conjoint | 103 | 150 | 253 |
| Personnel de santé | 42 | 42 | 84 |
| Aucune personne | 2 | 30 | 32 |
| Total | 147 | 222 | 369 |
| Ki2 :18,76 | p : 0,00 | | |

Il existe une relation statistiquement significative entre le soutien du conjoint et la pratique de l'AME (p= 0,00)

Tableau XXXIII : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de canal qui a conseillé.

| Canal | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------|--------------|
| | Oui | Non | |
| Médias | 99 | 131 | 230 |
| Lors des CPN | 5 | 35 | 40 |
| Au cours des CPON | 24 | 27 | 51 |
| au moment de l'accouchement | 19 | 29 | 48 |
| Total | 147 | 222 | 369 |
| Ki2 :14,5 | p : 0,002 | | |

Il existe une relation statistiquement significative entre les conseils donnés sur l'allaitement dans les médias et la pratique de l'AME (p= 0,002).

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XXXIV : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la cohabitation avec un grand parent.

| Cohabitation avec un grand parent | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|--|--------------------------------------|------------|--------------|
| | Oui | Non | |
| Oui | 92 | 129 | 221 |
| Non | 55 | 93 | 148 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :0,73 **p :0,3**

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la cohabitation et la pratique de l'AME (p= 0,3).

Tableau XXXV : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de revenu familial par jour

| Revenu familial En franc CFA | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------|--------------|
| | Oui | Non | |
| 1000 | 23 | 23 | 46 |
| 2000 | 48 | 44 | 92 |
| 3000 | 52 | 111 | 163 |
| 4000 | 24 | 44 | 68 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :12,69 **p : 0,05**

Il existe une relation statistiquement significative entre l'argent de popote et la pratique de l'AME (p= 0,051)

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Tableau XXXVI : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de difficultés rencontrées lors de l'allaitement maternel

| Difficultés rencontrées | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|-------------------------|-------------------------------|------------|------------|
| | Oui | Non | |
| Oui | 33 | 72 | 105 |
| Non | 114 | 150 | 264 |
| Total | 147 | 222 | 369 |

Ki2 :4,33 **p : 0,37**

Les difficultés rencontrées ne sont pas associées de manière statistiquement significative à la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Tableau XXXVII : Répartition de la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de type de difficultés

| Types de difficultés | Allaitement maternel exclusif | | Total |
|---|-------------------------------|-----------|-----------|
| | Oui | Non | |
| Seins douloureux | 17 | 24 | 41 |
| Engorgement mammaire | 1 | 1 | 2 |
| Quantité insuffisante de lait maternel | 13 | 44 | 57 |
| Profession | 2 | 3 | 5 |
| Total | 33 | 72 | 105 |

Ki2 :4,37 **p : 0,22**

Il n'existe pas une relation statistiquement significative entre le type de difficultés et la pratique de l'AME (p= 0,05).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1 Limite de l'étude : Cette étude est la première faite dans ce centre de santé communautaire dans le domaine de l'allaitement maternel, notre étude a été menée à distance de la pratique d'allaitement maternel par ces mères.

Nos questions étant posées en partie à un long délai de l'évènement, certaines réponses qui nécessitaient beaucoup de précision étaient difficiles à obtenir à cause de l'oubli. C'est dans l'optique de minimiser ce biais que nous avons d'ailleurs posé beaucoup de questions liées.

5.2 Caractéristiques socio démographiques et les antécédents

L'âge moyen des femmes enquêtées était de 25,33 ans ($\pm 8,05$) et les mariées étaient majoritaires avec 90,1%. Ces résultats étaient proches de ceux trouvés par Traoré. M et al en 2014 au Mali, qui trouve une moyenne d'âge des mères de 26,86 ans ($\pm 6,44$) et les femmes mariées étaient prédominantes (91,9%) [31]. Ceci était différent de celui de Mecheri Touati.D et al en Algérie en 2014 où la moitié des mères avait un âge inférieur à 30 ans et l'âge moyen était de $29,8 \pm 4,9$ ans [32]. Cette différence pourrait s'expliquer par des facteurs socioculturels tels que la précocité de l'âge du mariage des filles au Mali.

Nous avons observé que 55,6% des mères étaient ménagères. Ce résultat était différent de celui de Sacko.K et al au Mali en 2017 ayant observé 60% [33]. La profession ménagère des mères était favorable à la pratique de l'allaitement maternel exclusif, le contraire est démontré par Maiga S et al au Mali en 2020, où la profession ménagère n'était pas favorable à l'AE [34]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre enquête a eu lieu en milieu où la majorité des mères interrogées était des ménagères.

Un peu plus de la moitié des mères ou nourrices avaient un niveau primaire (56,1%), 3% avaient un niveau secondaire et 8,6% un niveau supérieur. Ces résultats étaient différents de ceux trouvés par Moyen E. et al à Brazzaville en 2015 qui ont trouvé que 36% étaient des étudiantes et 72% de niveau secondaire [35]. Cela pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation des jeunes filles au Mali.

Les paucipares étaient majoritaires (45%). Ces résultats étaient différents de ceux de Mecheri Touati.D et al en Algérie en 2014 qui trouve 60% de multipares et 40% de primipares [32]. Ceux-ci étaient différents de ceux de Bouanene. I et al en Tunisie en 2010 où 24,6% étaient des primipares [36].

Environ 88,9% des enquêtées avaient accouché par voie basse. Ce résultat était différent de ceux de Mecheri Touati.D et al en Algérie en 2014 qui ont trouvé un taux d'accouchement par voie basse de 78% [32].

5.3 Les aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons :

Dans notre étude la majorité des nourrissons avait reçu le lait maternel à la naissance et un faible taux de 14,1% des mères avaient donné le sein aussitôt (dans les 30 minutes) après l'accouchement. Ce résultat était différent de ceux de Ben Slama. F et al au Maroc en 2010 qui ont trouvé que, 20% des femmes donnaient le sein aussitôt après l'accouchement [37]. De même il est moins pratiqué par certaines études réalisées par Amin.T et AlGhwass.M respectivement en Arabie Saoudite (11,2 %) et en Égypte en 2011 (10,4 %) [38, 39]. Cette faible proportion de l'allaitement maternel dans les 30mn qui ont suivi l'accouchement dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les mères n'étaient pas informées ou aidées par les agents de santé dans la pratique de la mise au sein précoce de l'enfant.

L'eau était le liquide le plus administré pendant les six premiers mois de vie soit 55,0% et 5,1% ont administré la tisane. Nos résultats étaient différents de Sacko K au Mali en 2017 qui a trouvé que 89% des nourrissons a reçu une alimentation inappropriée majoritairement à base d'eau et de lait artificiel représentant 46% des cas, de plante médicinale chez 32% et l'eau seule chez 12% [33].

5.4 Allaitement exclusif :

L'OMS et l'UNICEF conseillent un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, tout en reconnaissant que certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas la suivre [40, 41].

Ainsi l'OMS et l'UNICEF font la promotion de l'allaitement maternel avec la diffusion des « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel », dans le cadre de l'Initiative « Hôpitaux amis des bébés » (IHAB) [42].

Par ailleurs, le rôle crucial de l'allaitement est au cœur de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [43,44].

Le Mali, dans sa stratégie Nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), a défini l'Initiative Hôpitaux Amis de Bébé (IHAB) comme composante essentielle de la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Elle s'inscrit dans le programme de développement socio sanitaire

(PRODESS) qui, en matière d'allaitement maternel exclusif, s'est fixé un objectif de 80% de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois conformément à la recommandation de l'OMS [45]. L'étude a montré que le taux d'AE des nourrissons de 0 à 6 mois était de 39,8%. Ce résultat était proche de ceux de l'EDS VI au Mali en 2018 qui était d'environ 40% au niveau national et de ceux de l'étude d'AkéTanoS.O. P et al à Abidjan en

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

2014 qui trouve que l'allaitement exclusif est pratiqué chez 39,6% des enfants [46, 47]. Notre résultat était supérieur à ceux d'Amin. T, et AlGhwass.M respectivement en Arabie Saoudite et Égypte en 2011 qui ont trouvé respectivement des proportions de 12,2 % et 9,7% [38,39]. Ce faible taux d'AE pourrait s'expliquer par une insuffisance de sensibilisation, la méconnaissance des avantages de l'allaitement et les pesanteurs socio culturelles.

5.5: Les facteurs qui influence l'adhésion à l'allaitement maternel exclusif

Nos résultats montraient une association statistiquement significative entre l'allaitement exclusif et l'âge des mères, la profession des mères, voie d'accouchement, statut vaccinal de l'enfant, fréquences des tétées, le soutien lors de l'allaitement, les conseils sur l'allaitement maternel avec des *p value inférieure à 0,05*. En effet, nous avons trouvé l'association entre l'AME et l'âge des mères. Ce résultat est similaire de ceux trouvés par Sangho. H et al, où les mères ayant l'âge inférieur à 30 ans avaient plus pratiqué l'AME que les autres [48] et d'Al Ghwass et al en Égypte, où les mères de moins de 20 ans ont plus allaité que les autres [49]. Dans notre étude les enfants vaccinés avaient plus de chance d'être allaités exclusivement que ceux non vaccinés cela pourrait s'expliquer le fait que la plupart des informations concernant le couple mère enfant se passe dans les lieux de vaccinations, dont les mères d'enfant ont plus accès aux informations

Une bonne connaissance des avantages de l'AME et des conseils reçus sur l'AME favoriseraient la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Ce résultat est conforté par le fait que le soutien lors de l'allaitement était favorable à la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Cependant en Tanzanie, Melina Mgongo a trouvé que les mères ayant reçu des conseils après l'accouchement avaient plus de chance de pratiquer l'AME que celles n'ayant pas reçu de conseils.

CONCLUSION

6 CONCLUSION

Le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant à Niamana est de 39,8%. Aussi une faible proportion des mères (14,1%) a allaité leurs enfants dans les moins de 30 minutes qui ont suivi l'accouchement et la majorité de ces dernières ont allaité leurs enfants à la demande (56,6%). La tisane et l'eau ont été, les principaux aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons avant l'âge de 6 mois.

Nos résultats ont montré une association entre l'AME et les facteurs tels que l'âge des mères, la profession des mère, voie d'accouchement, statut vaccinal de l'enfant, fréquences des tétées, le soutien lors de l'allaitement, les conseils sur l'allaitement maternel avec des **p** **valué** inférieur à **0,05**. Ces facteurs ainsi identifiés sont modifiables. Leur prise en charge permettra d'améliorer la pratique de l'allaitement maternel exclusif dans le quartier de Niamana.

RECOMMANDATIONS

7 RECOMMANDATIONS

Nous formulons des recommandations suivantes :

Au centre de santé communautaire de Niamana

Renforcer les capacités des agents qui interviennent dans la prise en charge du couple mère enfant.

Au personnel médico-sanitaire

Renforcer les activités de sensibilisation en faveur de l'allaitement maternel exclusif lors des consultations prénatales, consultations postnatales et lors des séances de vaccination,

Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans les trente minutes suivant l'accouchement ;

Encourager les mères à faire des consultations prénatales au cours de la grossesse.

A la Communauté :

Apporter un soutien constant aux mères pendant toute la période de l'allaitement

Fréquenter des centres de santé communautaire pour accoucher et faire les consultations prénatales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

8 REFERENCES

1. **Demmouche A., Beddek F, Moulessehou S.** Les déterminants du choix de l'allaitement chez une population de l'ouest de l'Algérie (ville de Sidi Bel Abbes). *Antropo*, ISSN-e 1578-2603, 2013 ; 30 : 61-69
2. **Rigourd V, Aubry S, Tasseau A et al.** Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *J de pédiatr et puéricult*, avr, 2013 ; 26 : p 90-9.
3. **Traoré M et al.** « Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako », *Santé Publique* 2014 ; 26 (2) : p 259-265.
4. **Organisation Mondiale de la Santé**, Daniel Epstein, Responsable de Communication, Genève. Allaitement maternel : Communiqué de presse 30 juil. 2013.
5. **Organisation Mondiale de la Santé**, Centre des médias, Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, fév 2018.
6. **Nathalie Gr.** « Allaiter sur le web ». Entre biopouvoir et rituels numériques, *Les Cahiers du numérique*, 2013 ; 9(3) : p 63-81. <http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dunumerique-2013-3-page-63.htm>.
7. **Shirima R, Gebre-Medhin M, Greiner T.** Information and socioeconomic factors associated with early breastfeeding practices in rural and urban Morogoro, Tanzania. *Acta Pædiatr* 2001; 90: 936–942. Stockholm. ISSN 08035253.
8. **GIOVE F. UNICEF.** L'allaitement maternel exclusif : une nécessité absolue | UNICEF France. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/l-allaitement-maternel-exclusif-une-necessite-absolue/2022>.
9. **EDS VI.** Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019.
10. **Dennis CL.** Breastfeeding initiation and duration. A literature review 1990-2000. 2002; 31(1):12-32.
11. **Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R.** Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health*. 2006 Apr; 16(2):1 62-7.
12. **UNICEF/WHO.** Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part 1, Definitions Conclusions of a consensus meeting. In Washington, DC, USA; 6-8 November 2007: Pages 21.

- 13.WHO.** Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-to-Child Transmission of HIV. An assessment tool for research 2003 [Consulté le 10/02/15]. Pages34. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_01_12/RHR_01_12_chap3_4.en.html.
- 14.WHO.** Department of Child and Adolescent Health and Development. What are the options: Using formative research to adapt global recommendations on HIV and infant feeding to the local context. NLM classification 2010; WC 503. 2. Pages 58.
- 15.ANATOMIE DU SEIN INSTITUT NATIONAL DU CANCER :**<https://www.e-cancer.fr>
- 16.INFO ALLAIT.** Ressources Internet sur l'allaitement [En ligne]. 2007 Décembre [consulté le 11/01/2015]. Consultable à l'URL : <http://www.infoallait.org>.
- 17.SAVAGEKING F. & BENOIST B.** Aider les mères à allaiter; WHO/CHD/96; WHO/AFRO/NUT/96.1 Genève ; 1996 : P192.
- 18. INFO REPORTS.** Réponses aux questions sur l'allaitement, Guide à l'intention des prestataires de services ; Mali 2006 Mars n°5 : Pages 2.
- 19. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.** Les Synthèses du Programme National Nutrition Santé : Allaitement maternel ; les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.
- 20. Burby L.** 101 reasons to breastfeed your child. 2005 Février: <https://www.promom.org> .
- 21. Jernstorm H.** Breastfeeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst. 2004; 96: pages 1094-8.
- 22.Lovelady.** The effect of weight loss in overweight lactating women on the growth of their infants. N Eng J Med 2000; 342: pages 449-53.
- 23.BELLIOT M.C, CACHIA H, MACHINOT S.** Cahiers de puériculture Diététique infantile ; Masson 1986 : P13-18.
- 24.Savage King F, Benoist B.** Aider les mères à allaiter. Genève, 1996: pages192.
- 25.Triaa Ben hammadi I.** Les déterminants du choix du mode d'allaitement ; Thèse de Médecine Université Paris Diderot-Paris7, 2009 : pages 173.
- 26.INFO Population Reports Meilleur allaitement.** vies plus saines. 2006 Mars : Pages13.
- 27.Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Paris. ANAES 2002 (Mai). Pages 18.

- 28. OMS.** VIH : Nouvelles recommandations sur la prévention et le traitement. Consultable à l'URL : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/fr/index.html.
- 29. WHO.** Update: Breastfeeding and Maternal tuberculosis 1998 (Feb); (23): pages 1-2.
- 30.OMS.** Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement. WHO/CHD/98.9, 1999.
- 31.**Traoré M. et al. Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako. S.F.S.P. Cairn.info. 2014 ; 26 (2) : 259 - 65. ISSN 0995-3914.
- 32.**Mecheri- Touati D., BensalemA.,Oulamara H. Allaitement et facteurs associés à Constantine. Nutrition clinique et métabolisme. 2014 ; 28 : 67 – 240.
- 33.**Sacko.K et al. Pratique de l'Allaitement Maternel au CHU Gabriel Touré de Bamako. Health Sciences. Diseases. July – August 2019 ; 20 (4) :43-47.
- 34.**Amed Coulibaly, Odile Ake Tano, Joseph Bénie Bi Vroh, Youssouf Traoré et N'cho Simplicie Dagnan. Facteurs socioprofessionnels et pratique de l'allaitement exclusif par les primipares à abidjan (côte d'ivoire). S.F.S.P. cairn.info. 2014 ; 26 (4) : 555 - 562 issn 0995-3914.
- 35.**Moyen E.MoignyGaju Y.,Kambourou J. et Al. : Conduite de la diversification alimentaire chez le nourrisson à Brazzaville. Médecine d'Afrique Noire. 2015; 62, (4) : 191-197.
- 36.**Bouanene I., EL Mhamdi S., Sriha A., Bouslah A. l'allaitement maternel. EMHJ. 2010 ; 16 (8) : 12 – 28.
- 37.**Ben Slama F.,Ayari I. ,Ouzini F., Belhadj O., Achour N. Allaitement maternel exclusif et allaitement mixte : Connaissances, attitudes et pratiques des mères primipares. EMHJ. 2010 ; 6(6).
- 38.**Amin T, Hablas H, Al Qader AA. Determinants of initiation and exclusivity of breastfeeding in Al Hassa, Saudia Arabia. Breastfeeding Med. 2011;6(2):59-68.
- 39.**Al Ghwass MM, Ahmed D. Prevalence and predictor of 6-month exclusive breastfeeding in a rural area in Egypte. Breastfeeding Med.
- 40.**Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
- 41.**World Health Organization. United Nations Children's Fund: Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.

42. Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. OMS. Genève 1999 ; 122 p.

43. UNICEF, WHO. Baby-Friendly hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 3.2: Breastfeeding, a Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital, a 20-hour course for maternity staff, preliminary version. UNICEF; WHO. 2006 ; 27 p.

44. Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève: OMS. 2003; 36 p.

45. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva : 2002 ; 36 p.

46. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018.

Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.

47 . Aké-Tano S.O.P., Ekou F., Tetchi, E.O., Konan y.E. Kpébo D.O., Sablé P.Alimentation de l'enfant de 0 à 2 ans à Abidjan (Côte d'Ivoire) SFP P-081 / Nutrition, Malnutrition, Obésité, Archives de Pédiatrie. 2014 ; 21 : 333-990

48. Sangho H et al, Perception et pratique de l'allaitement maternel exclusif par les femmes de Sogoniko en commune VI du district de Bamako. Revue malienne de science et de technologie. Mali ; 2011 : Pages 255-256.

49.Huong Nguyen Thu, Bo Eriksson, Toan TranKhanh, Max Petzold, GöranBondjers, Chuc Nguyen Thi Kim et al. Breastfeeding practices in urban and rural Vietnam. Thu et al. BMC Public Health 2012; 12: 964.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Date de l'enquête : .../.../.../

Identification du quartier : Niamana

N° Questionnaire : /___/

Q1) Age de la mère en année : -----

Q2) Age de l'enfant (mois) : -----

Q3) Sexe de l'enfant (M/F) -----

Q4) Quel est votre ethnie -----

Q5) Ethnie de votre conjoint-----

Q6) Nombre d'enfants y compris les décès : -----

Q7) Quel est votre statut matrimonial ? :-----

Q8) Quel est votre niveau d'instruction ? :-----

Q9) Quel est votre Profession ? -----

Q10) La Profession de votre conjoint : -----

Q11) Quel est l'effectif des membres de votre famille ? :-----

-

Q12) Cohabitez-vous avec votre mère ou belle-mère dans la famille ? :-----

Q13) Combien avez-vous comme l'argent de popote ? :-----

Q14) Quel est votre avis sur l'allaitement maternel exclusif ? -----

Q15) Quel est l'avis votre mari sur l'allaitement maternel exclusif

Q16) Ou est-ce que vous avez accouché le dernier enfant ?

1- Domicile

2- Centre de santé

Q17) Par quelle voie avez-vous accouché le dernier enfant ?

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

1- voie basse, 2 -césarienne

Q18) A quel moment avez-vous pris la décision d'allaiter votre enfant ? :

1- pendant la grossesse, 2- au moment de l'accouchement,

3- dans la salle de suites, 4- à la sortie de la maternité,

5 = autres à préciser : -----

Q19) Qu'avez-vous fait du colostrum (1^{er} lait) après l'accouchement

1- donné à l'enfant, 2- jeté

Q20) Quand avez-vous commencé à donner le sein à votre enfant la première fois après

l'accouchement ? : 1-aussitôt après accouchement (avant ou immédiatement après la

délivrance), 2-45min à 1 H (juste après l'arrivé dans la salle de suites), 3-2H à

6H (plus tard dans la salle de suites), 4-plus de 6H (à la sortie de la maternité),

5-autres à préciser : -----

-Q21) Qu'avez-vous donné au bébé juste après l'accouchement ? : 1= lait maternel,

2 = eau, 3 = tisane, 4 = jus de datte, 5 = lait de vache,

6 = autres à préciser : -----

Pour quelles raisons ? : -----

Q22) Combien de fois/jour donnez-vous le sein au bébé ? :

1 = moins de 8 fois, 2 = plus de 8 fois, 3 = à la demande,

4 = autres à préciser : -----

Q23) Comment avez-vous nourris votre bébé de sa naissance jusqu'à aujourd'hui ? : -

Q24) Avez-vous donné autres liquides ou aliments à votre bébé en plus du lait maternel

de sa naissance jusqu'à aujourd'hui ? : -----

Si oui lesquels ? : 1 = eau, 2 = tisane, 3 = lait de vache, 4 = bouillie, 5 = autres

à préciser :-----

Q25) Pour quelles raisons avez-vous donné les autres liquide a votre bébé ? : 1 = pas

assez de lait, 2 = pour l'esthétique des seins, 3 = mère malade et sous ttt méd., 4

= enfant prématuré, 5 = lait de mauvaise qualité, 6 = lait artificiel meilleur,

7 = autres à préciser : -----

Q26) Jusqu'à quel âge comptez-vous allaiter votre enfant ? (âge en mois) : -----

La pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois au centre de santé communautaire de niamana (ASACONIAM)

Q27) Avez-vous eu des conseils sur l'allaitement maternel ? :-----

- Si oui de qui ? : 1- à travers les médias , 2- au moment de CPN 3-CPON, 4-PF 5-au moment de l'accouchement

7 = autres à préciser -----

Q28) Avez-vous eu un soutien lors de l'allaitement ? :

- Si oui de qui ? : 1 conjoint, 2 entourage, 3 personnel de santé, 4 aucune personne,

5 = autres à préciser : -----

Le quel ? : -----

Q29) L'enfant est-il vacciné selon le PEV (carte de vaccination) ? : -----

1 = oui, 2 = non

- Carte vue : /____/, carte non vue : /____/

Q30) Avez-vous allaité les enfants ainés ? :-----

- Si oui ont-ils été exclusivement allaités-----

Fiche signalétique

Nom : OUATTARA

Prénom : Abdoulaye

Titre de la thèse : Allaitement maternel exclusif de 0 à 6mois : Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfant au centre de santé de Niamana (ASACONIAM).

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Secteur d'intérêt : Médecine communautaire-pédiatrie

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie

OBJET : Étudier l'acceptabilité de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois au centre de santé de Niamana.

Numéro de téléphone : 75331869

Résumé : Notre étude été une étude transversale, descriptive et analytique consistant à recueillir simultanément des informations sur la pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0 à 6mois au centre de santé communautaire de Niamana (ASACONIAM) pendant une période de 2 mois, allant du 12 décembre 2022 au 12 février 2023.

Nous avons interrogé 369 femmes. Les résultats ont montré que l'âge moyen des mères était de 25,33 ans ; 56,1% de ces mères étaient scolarisées niveau primaire ; 55,6 % étaient ménagères ; la quasi-totalité des mères 90,2% étaient mariées et 45,3% étaient des paucipares.

Les proportions des mères ayant optée pour la pratique de l'AME jusqu'à 6 mois étaient de 39,8%. Aussi une faible proportion des mères (14,1%) ont allaité leurs enfants dans les moins 30 minutes qui ont suivi l'accouchement et la majorité de ces derniers ont allaité leurs enfants à la demande (56,6%). La tisane et l'eau ont été, les principaux aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons avant l'âge de 6 mois.

En fin Nos résultats ont montré une association entre l'AME et les facteurs tels que l'âge des mères, la profession des mères, voie d'accouchement, statut vaccinal de l'enfant, fréquences des tétées, le soutien lors de l'allaitement, les conseils sur l'allaitement maternel

Mots clés : Pratique-AME

Material Safety Data Sheet

Name: OUATTARA

First name: Abdoulaye

Thesis title: Exclusive breastfeeding from 0 to 6 months: Knowledge, attitudes and practices of mothers at the Niamana health center (ASACONIAM).

Country of origin: Mali

City of defense: Bamako

Sector of interest: Community medicine-pediatrics

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology

PURPOSE: To study the acceptability of exclusive breastfeeding among mothers of children aged 0 to 6 months at the Niamana health center.

Telephone number: 75331869

Summary: Our study was a cross-sectional, descriptive and analytical study consisting of simultaneously collecting information on Exclusive breastfeeding from 0 to 6 months: Knowledge, attitudes and practices of mothers of children at the Niamana health center (ASACONIAM) during a period of 2 months, from December 12, 2022 to February 12, 2023. We interviewed 369 women. The results showed that the average age of mothers was 25.33 years; 55.9% of these mothers were educated at primary level; 55.5% were housewives; Almost all of the mothers 91.9% were married and 45.1% were paupiparous.

The proportions of mothers who opted for the practice of AME up to 6 months were 39.8%. Also a small proportion of mothers (14.1%) breastfed their children within 30 minutes of giving birth and the majority of them breastfed their children on demand (56.5%). Herbal tea and water were the main foods introduced into the diet of infants before the age of 6 months.

Finally, our results showed an association between AME and factors such as the age of the mothers, the profession of the mothers' ethnic groups of the spouse, route of delivery, vaccination status of the child, frequency of feedings, support during breastfeeding, advice on breastfeeding

Keywords: Practice-AME

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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 mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque !

Je le jure !