

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR REPUBLIQUE DU MALI
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE **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 2022-2023

N°.....

TITRE

**Evaluation des connaissances et pratiques des mères vis-à-vis de
l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Dioro**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES SPECIALISEES
DE MEDECINE DE FAMILLE / MEDECINE COMMUNAUTAIRE**

Présenté et soutenu publiquement le 08 / 02 //2024

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

*Pour obtenir le Diplôme d'Etudes spécialisées de Médecine de Famille /
Médecine Communautaire (D.E.S)*

Par: Dr Hassana COULIBALY

JURY

Président : Pr Abdoul Aziz DIAKITE

Membre : Dr Drissa Mansa SIDIBE

/ Dr Al Housseynou SISSOKO dit Guimba N 2

Directeur de mémoire : Pr Fatoumata DICKO

Codirecteur : Dr Mamadou Bayo COULIBALY

DEDICACES

**GLOIRE A ALLAH LE MISERICORDIEUX LE TOUT PUISSANT QUI
M'A PERMIS DE MENER A BIEN CE TRAVAIL.**

Mes dédicaces s'adressent à :

- **A mon père Bréma COULIBALY et ma mère Feue Minata dite
MAMA KONE**

Pour tous les instants d'attention, de sacrifices, de dévouement dont j'ai joui et bénéficié auprès de vous. Vous avez cultivé en moi le sens élevé du devoir, de la modestie, de l'honneur et de la persévérance, toute qualité qu'un homme se doit d'acquérir. Ni mes mots, ni mes paroles ne saurons traduire toute ma fierté d'être votre fils. J'aurai souhaité que vous soyez là chère mère mais le destin en a décidé autrement.

Que votre âme reposent en paix. AMEN

- **Ma chère épouse**

Tes multiples conseils m'ont été d'une aide précieuse dans l'élaboration de cette œuvre. tu n'as ménagé aucun effort pour ma formation et tu as toujours répondu avec tact à nos sollicitations. Pour tous ses sacrifices nous sommes reconnaissants.

REMERCIEMENTS

- **Au personnel du CSCom-U de Konobougou et du CSCom de Dioro :**

Pour toutes ces années que j'ai passées auprès de vous. Vous m'avez accueilli avec enthousiasme, jamais un seul instant je ne me suis senti étranger parmi vous. Toutes les portes du centre m'étaient ouvertes. De peur d'omettre quelqu'un, je ne citerai pas de nom. Je prie le seigneur afin de préserver ce lien hautement humanitaire qui nous unit et qui continuera à l'être.

- **A mes frères et sœurs.** Grand merci à vous, restons toujours unis.

Merci pour tous

- **Feu Dr Boubacar YOUNOUSSA MAIGA.**

Cher ami, une fois de plus vous nous avez émerveillés par votre personnalité et votre disponibilité. Vous avez forgé en nous le sens élevé du devoir bien accompli. J'aurai souhaité que vous soyez là cher ami mais le destin en a décidé autrement.

Que ton âme repose en paix. AMEN

- **A tous les professeurs de la faculté**, pour les connaissances transmises
- **A la 9^{ème} promotion Médecine de Famille/ Médecine Communautaire.**
Travaillons plus pour rehausser l'image de la Médecine de Famille / Médecine communautaire. Nous sommes une famille. A cœur vaillant rien d'impossible.
- **A tous mes parents**, pour leurs bénédictions et leurs conseils. Puisse ALLAH nous entoure de sa grâce. AMEN

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Abdoul Aziz Diakité

- ✓ **Maitre de conférence agrégé à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie ;**
- ✓ **Spécialiste en hématologie pédiatrique ;**
- ✓ **Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales ;**
- ✓ **Chef de service de la pédiatrie générale du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré ;**
- ✓ **Responsable de l’unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré ;**
- ✓ **Membre de l’association malienne de pédiatrie ;**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur et un estimable plaisir en acceptant de présider le jury de ce travail.

Votre abord facile, votre gentillesse et surtout votre esprit de collaboration nous ont beaucoup marqués. Veuillez accepter cher maitre, l’expression de notre profond respect.

A notre Maître et membre du jury

Docteur SIDIBE Drissa Mansa

- ✓ **Spécialiste en MF/MC ;**
- ✓ **Enseignant-chercheur à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**
- ✓ **Chargé d'encadrement clinique des MF/FC ;**
- ✓ **Diplômé en pédagogie ;**

Cher Maître,

Nous avons admiré votre disponibilité constante, votre rigueur scientifique, vos qualités sociales, votre sens du partage, votre esprit d'organisation et surtout votre modestie font de vous un exemple à suivre.

Soyez assuré de notre estime et notre profond respect.

A notre Maître et membre du jury

Docteur Ahousesynou SISSOKO dit Guimba N 2

- ✓ **Spécialiste en MF/MC ;**
- ✓ **Chargé d'encadrement clinique des MF/FC ;**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre esprit méthodique, votre amour pour le travail bien fait, et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directeur de mémoire

Docteur Mamadou Bayo COULIBALY

- ✓ **Spécialiste en MF/MC ;**
- ✓ **Chargé d'encadrement clinique des MF/FC ;**
- ✓ **Directeur Technique du Centre de santé communautaire universitaire de Konobougou ;**
- ✓ **Certificat en Pédagogie des Sciences de la Santé de l'université de Sherbrooke ;**

Cher Maître,

Vous êtes l'investigateur du présent travail, votre présence et votre assistance scientifique durant sa réalisation forcent l'admiration.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre disponibilité et surtout votre polyvalence intellectuelle nous ont lourdement séduit tout au long de ce travail.

Qu'Allah puisse vous donner longévité et santé.

A notre Maître et directrice de mémoire

Professeur Fatoumata Dicko

- ✓ **Professeur Titulaire de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- ✓ **Coordinatrice du DES de FM/MC ;**
- ✓ **Secrétaire générale de l'association malienne de pédiatrie ;**
- ✓ **Secrétaire générale des Pédiatries d'Afrique Noire Francophone ;**
- ✓ **Membres du collèges Ouest Africains des Médecins ;**

Chère Maître,

Nous avons été fascinés par votre sens de la perfection, du travail bien fait et vos larges connaissances médicales.

Vos qualités humaines et votre disponibilité ont suscité notre admiration.

Veillez accepter, Chère Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon Dieu vous accorder santé, longévité et bonheur afin que nous puissions bénéficier de vos expériences encore.

Table des matières

DEDICACES	ii
REMERCIEMENTS	ii
Liste des abréviations	xiv
Introduction	2
1. Hypothèse de recherche.....	4
2. Objectifs	6
2.1. Général	6
2.2. Spécifiques	6
3. Méthodologie.....	8
3.1. Lieu d'étude.....	8
3.1.1. Le personnel :	9
3.1.2. Les infrastructures :	9
3.1.3. Matériels et logistiques :	10
3.2. Type d'étude et période de l'enquête	10
3.3. Population d'étude.....	10
3.3.1. Critères d'inclusion :	10
3.3.2. Critères de non inclusion :	10
3.3.3. Méthode d'échantillonnage	10
3.4. Collecte et analyse des données	11
3.5. Aspects éthiques	11
4. Résultats	13
Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	13
Connaissance de l'allaitement maternel	15
Pratique de l'allaitement maternel par les participantes	16
Facteurs liés aux non pratiques de l'allaitement maternel exclusif	18
5. Commentaires et discussion	25
Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	25
Connaissance de l'allaitement maternel	26
Pratique de l'allaitement maternel par les participantes	27
Facteurs liés aux non pratiques de l'allaitement maternel exclusif	28
Conclusion.....	31
Recommandations	33

Liste des tableaux

Tableau I : Relatif à la répartition de la population de l'aire de santé de Dioro	8
Tableau II : Répartition des femmes selon les villages de l'aire.....	13
Tableau III : Répartition des femmes selon la tranche d'âge.....	13
Tableau IV : Répartition des femmes selon le statut matrimonial	13
Tableau V : Répartition des femmes selon le statut matrimonial.....	14
Tableau VI : Répartition des femmes selon leurs professions	14
Tableau VII : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction.....	14
Tableau IX : Répartition des femmes selon la connaissance de l'allaitement maternel	15
Tableau X : Répartition des femmes selon la connaissance des avantages de l'allaitement maternel.....	15
Tableau XI : Répartition des femmes selon la connaissance de la durée de l'allaitement maternel exclusif.....	15
Tableau XII : Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'allaitement maternel exclusif.....	16
Tableau XIII : Répartition des femmes selon la première tétée du nouveau-né	16
Tableau XIV : Répartition des femmes selon l'utilisation du colostrum	16
Tableau XV : Répartition des femmes selon la fréquence journalière des tétées	17
Tableau XVI : Répartition des femmes selon l'allaitement maternel exclusif (0-6 mois).....	17
Tableau XVII : Répartition des femmes ayant effectué des mauvaises pratiques nutritionnelles chez les nourrissons de 0 à 6 mois.	18
Tableau XVIII : Répartition des femmes selon les facteurs qui empêchent les pratiques de l'allaitement maternel exclusif	18
Tableau XIX : Répartition des femmes selon la tranche d'âge par rapport aux facteurs.	19

Tableau XX : Répartition des femmes selon leurs professions par rapport aux facteurs.	19
Tableau XXI : Répartition des femmes selon le niveau d’instruction par rapport aux facteurs.....	20
Tableau XXII : Répartition des femmes selon information reçue sur l’allaitement maternel exclusif par rapport aux facteurs.....	21
Tableau XXIII : Répartition des femmes selon leurs professions par rapport à la fréquence des tétées.....	21
Tableau XXIV : Répartition des femmes selon le niveau d’instruction par rapport à la connaissance de la durée de l’allaitement maternel exclusif.	22
Tableau XXV : Répartition des femmes selon information reçue sur l’allaitement maternel exclusif par rapport à la fréquence des tétées.	23

SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des abréviations

ASACO : Association de Santé Communautaire

CCSC : Communication pour le Changement Social de Comportement

CFU : Comité des Femmes Utilisatrices de service

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CSCCom-U : Centre de santé Communautaire et Universitaire

DES MF/MC : Diplôme d'Etude Spécialisée de Médecine de Famille/Médecine Communautaire

DV : Dépôt de vente

EDS IV : Enquête démographique de santé 4^{ème} Edition

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/SIDA

PRODESS I : Programme de Développement Sanitaire et Social 1998-2002

INTRODUCTION

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et conseille de le poursuivre partiellement jusqu'à deux ans, en plus d'une alimentation de complément appropriée et sûre [1]. L'allaitement maternel exclusif suppose que le nourrisson n'absorbe que du lait maternel. Il ne reçoit aucun autre aliment liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception des solutions de réhydratation orale, ou des gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments sur conseil médical [2, 3].

Les deux premières années de vie d'un enfant sont particulièrement importantes car une nutrition optimale pendant cette période aura pour effet de réduire le taux de morbidité et de mortalité, ainsi que le risque de maladies chroniques, et de contribuer à un meilleur développement général [4]. L'OMS estime que 1,5 millions de décès d'enfant dans le monde seraient évités grâce à un l'allaitement maternel effectif. L'allaitement optimal est tellement déterminant qu'il pourrait sauver chaque année la vie de 820 000 enfants de moins de cinq ans [4]. Les institutions nationales et internationales de santé publique érigent donc des biopolitiques quand elles 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 [5]. Le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, est l'aliment parfait pour le nouveau-né. Cette alimentation doit commencer dès les premières 30 minutes qui suivent la naissance ainsi que le préconise l'OMS [5]. 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. En effet, 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 [6,7, 8,9].

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 [5].

Dans le monde, de 2007 à 2014, on a constaté qu'en moyenne, seuls 36% environ des nourrissons de 0 à 6 mois sont exclusivement nourris au sein et 31% en Afrique subsaharienne [6]. En Afrique de l'ouest et du centre, seulement 22 % des jeunes enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein [5]. Selon EDS VI au Mali, 100% des femmes qui accouchent, pratiquent l'allaitement maternel [10], mais seulement 38% des enfants de moins de six mois sont exclusivement allaités.

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique majeur et ces bénéfices multiples sont largement reconnus. Les objectifs de l'OMS en matière d'allaitement ne sont pas atteints au Mali. L'allaitement maternel exclusif a toujours été et reste de nos jours une priorité pour la santé des nouveau-nés et des nourrissons dans le monde, en Afrique et particulièrement au Mali. Cette méthode consiste à donner uniquement le lait maternel à l'enfant dès la naissance jusqu'à six mois, sans eau, liquide sucré, jus de fruit, thé, tisane ou autres aliments sauf sur indications médicales.

Cependant, malgré la sensibilisation auprès de la communauté sur l'allaitement maternel exclusif pour l'amélioration de la nutrition il reste un véritable problème dont les raisons sont multiples. C'est dans ce cadre que nous avons

entrepris d'évaluer le niveau de connaissances et des pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Dioro.

Ce type d'étude est rare au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire au Mali et particulièrement sur la première ligne ce qui nous amène à réaliser ce travail à Dioro.

1. Hypothèse de recherche

Les difficultés à la réalisation de l'allaitement maternel exclusif de nouveau-né ou du nourrisson étaient liées à la méconnaissance et les mauvaises pratiques des mères.

OBJECTIFS

2. Objectifs

2.1. Général

Evaluer le niveau de connaissances et des pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Dioro.

2.2. Spécifiques

- ✓ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées.
- ✓ Déterminer la fréquence de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants dans l'aire de santé de Dioro.
- ✓ Apprécier la connaissance des mères d'enfants sur l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Dioro.
- ✓ Apprécier les pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif.
- ✓ Identifier les facteurs qui empêchent les pratiques de l'allaitement maternel exclusif.

METHODOLOGIE

3. Méthodologie

3.1. Lieu d'étude

Cette étude a été effectuée dans l'aire de santé de Dioro (région de Ségou).

Le CSCoM de Dioro fait partie des centaines de centres de santé créés après les indépendances afin de répondre aux besoins de santé de la population. Après plusieurs réformes en passant par les centres de santé d'arrondissement, les centres de santé d'arrondissement revitalisés, les centres de santé communautaire ont été créés pour répondre à l'une des dernières réformes politiques dans le domaine de la santé en Afrique : l'initiative de Bamako (11).

Ces centres de santé communautaires étaient mis en place par des groupes (association de santé communautaire) pilotés par elles-mêmes et appuyés par l'état et les collectivités, donc la prise en charge des questions de santé de la population par elle-même.

L'aire de santé de Dioro a été créée en 1994 en faveur de la politique sectorielle de santé mise en œuvre à travers le PRODESS I.

L'aire de santé de Dioro est située dans le district sanitaire de Markala dans la région de Ségou. Elle est composée de trois villages avec une population totale estimée à 36 204 habitants en 2023 répartie comme suite :

Tableau I : Répartition de la population de l'aire de santé de Dioro

N°	Villages	Distance (Km)	Populations
1	Dioro	0	31497
2	Kominé	6	3258
3	Diorotinti	3	1448
TOTAL			36204

La population est essentiellement composée de Bambara, Bozo, Soninké (Marka), Peulh, Mossi, Maure, Dogon etc.

Comme partout d'ailleurs au Mali, la population de l'aire est jeune.

3.1.1. Le personnel :

Le personnel du CSCoM de Dioro comprend :

- Un médecin de famille/médecin communautaire
- Un médecin généraliste
- Deux techniciens supérieurs de santé
- Deux techniciens supérieurs de laboratoire
- Trois sages-femmes
- Une infirmière obstétricienne
- Une matrone
- Deux gérants de dépôt de vente
- Un aide-soignant
- Un vaccinateur
- Une technicienne de surface
- Un manoeuvre
- Un gardien
- Un électricien

La majorité du personnel était sur fond ASACO.

3.1.2. Les infrastructures :

Le CSCoM de Dioro est composé de :

- Un bloc dispensaire avec deux bureaux de consultation
- Un bloc maternité
- Deux dépôts de vente de médicament
- Une salle de prise en charge de la malnutrition
- Un laboratoire
- Un hangar de vaccination
- Un magasin
- Une salle d'échographie
- Deux salles d'observation

- Une salle de déclaration de naissance
- Une salle de garde
- Deux blocs de deux toilettes
- Un bloc de petite chirurgie avec salle de réveil

3.1.3. Matériels et logistiques :

Tableau : La logistique du CSCom de Dioro

Moyens	Nombre	Etat
Ambulance	02	Passable
Moto tricycle	01	Bon
Moto de déplacement	02	Bon
Ordinateur bureautique	02	Bon
Imprimante	02	Bon
Ordinateur portable	02	1 Bon et 1 Mauvais

3.2. Type d'étude et période de l'enquête

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive qui s'est déroulée en quatre mois allant du 1^{er} Mars au 30 Juin 2023.

3.3. Population d'étude

3.3.1. Critères d'inclusion :

- Mères allaitantes,
- Mères résidentes dans l'aire de santé de Dioro

3.3.2. Critères de non inclusion :

- Mères non consentantes à l'étude.
- Mères non-résidentes dans l'aire de santé de Dioro en transition.

3.3.3. Méthode d'échantillonnage

La taille de l'échantillon pour la zone d'étude a été déterminée par la formule de Daniel Schwartz :

$$n = \frac{z^2 * p * q}{i^2}$$

n = Taille d'échantillon minimale.

z = paramètre lié au risque d'erreur (1,96)

p = Prévalence des femmes allaitantes (0.05)

q = prévalence des autres pathologies (q =1- p)

i = Précision absolu souhaitée exprimé en fonction (0,05)

La population cible des mères allaitantes était de 203.

3.4. Collecte et analyse des données

✓ Collecte des données :

L'outil de collecte des données utilisé était la fiche d'enquête.

✓ Analyse des données :

Les données ont été analysées par le logiciel SPSS à partir de la fiche d'enquête individuelle.

3.5. Aspects éthiques

L'étude s'est déroulée en respectant les règles d'éthiques et les consentements éclairés liées à la recherche sur les sujets humains en vigueur. Il ne s'agissait pas d'une étude expérimentale sur l'Homme. Il s'agissait d'une étude permettant d'évaluer de niveau de connaissances et des pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Dioro.

Un consentement individuel verbal a été obtenu de chaque sujet à l'étude. L'étude ne comportait aucun risque chez les sujets. Les noms et prénoms des sujets n'ont pas été utilisés. Seul un numéro d'identification codé a servi à identifier le sujet. Les données ont été gardées de façon confidentielle.

RESULTATS

4. Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Tableau II : Répartition des femmes selon les villages de l'aire

Village	Fréquence	Pourcentage
Dioro	177	87,2
Diorotinti	8	3,9
Kominé	18	8,9
Total	203	100

Dans cette étude, 87,2% des femmes enquêtées venaient de Dioro ville.

Tableau III : Répartition des femmes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
16-20 ans	52	25,6
21-30 ans	110	54,2
31-40 ans	34	16,7
41 et plus ans	7	3,4
Total	203	100

La tranche d'âge 21-30 ans représentait 54,2% des cas.

La moyenne d'âge était de 26,05 ans avec un écart $\pm 6,47$ ans et des extrêmes de 16 et 45 ans.

Tableau IV : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	203	100
Veuve	0	0
Divorcée	0	0
Célibataire	0	0
Total	203	100

Toutes nos femmes étaient mariées soit 100% des cas.

Tableau V : Répartition des femmes selon le régime matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Monogamie	129	63,5
Polygamie	74	36,5
Total	203	100,0

Les monogames représentaient 63,5% des cas dans cette étude.

Tableau VI : Répartition des femmes selon leurs professions

Profession des femmes	Fréquence	Pourcentage
Fonctionnaire	4	2,0
Commerçante	73	36,0
Artisan	5	2,5
Ménagère	115	56,7
Autres	6	3,0
Total	203	100,0

Les ménagères dominaient avec 56,7% des cas.

Tableau VII : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction des femmes	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	116	57,1
Primaire	71	35,0
Secondaire	15	7,4
Supérieur	1	,5
Total	203	100,0

Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées soit 57,1% des cas.

Connaissance de l'allaitement maternel

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la connaissance de l'allaitement maternel

Connaissance de l'allaitement maternel	Fréquence	Pourcentage
Connait	165	81,3
Ne connait pas	38	18,7
Total	203	100,0

La majorité des femmes enquêtées connaissaient l'allaitement maternel soit 81,3% des cas.

Tableau IX : Répartition des femmes selon la connaissance des avantages de l'allaitement maternel

Avantages de l'allaitement	Fréquence	Pourcentage
connait	190	93,6
Ne connait pas	13	6,4
Total	203	100,0

La majorité des femmes enquêtées connaissaient les avantages de l'allaitement maternel soit 93,6% des cas.

Tableau X : Répartition des femmes selon la connaissance de la durée de l'allaitement maternel exclusif

Durée de l'allaitement maternel exclusif	Fréquence	Pourcentage
connait	154	75,9
Ne connait pas	49	24,1
Total	203	100,0

Dans cette étude, 75,9% des femmes enquêtées connaissaient la durée de l'allaitement maternel exclusif.

Tableau XI : Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'allaitement maternel exclusif

Information reçue	Fréquence	Pourcentage
reçu	125	61,6
Non reçu	78	38,4
Total	203	100,0

Parmi les femmes enquêtées, 61,6% avaient reçu des informations sur l'allaitement maternel exclusif.

Pratique de l'allaitement maternel par les participantes

Tableau XII : Répartition des femmes selon la première tétée du nouveau-né

Première tétée du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Juste après accouchement	127	62,6
Entre 1 H et 8 H	67	33,0
Plus 8H	9	4,4
Total	203	100,0

Parmi les femmes enquêtées, 62,6% donnaient la première tétée au nouveau-né juste après accouchement.

Tableau XIII : Répartition des femmes enquêtes selon l'usage du colostrum

Utilisation du colostrum	Fréquence	Pourcentage
Donne au nouveau-né	192	94,6
Jette	11	5,4
Total	203	100,0

Dans cette étude, 94,6% des femmes enquêtées avaient donné du colostrum au nouveau-né.

Tableau XIV : Répartition des femmes selon la fréquence journalière des tétées

Fréquence journalière des tétées	Fréquence	Pourcentage
Plusieurs fois	122	60,1
A la demande	81	39,9
Total	203	100,0

La majorité des femmes enquêtées faisaient les tétées plusieurs fois avec 60,1% des cas.

Tableau XV : Répartition des femmes selon l'allaitement maternel exclusif (0-6 mois).

Allaitement maternel exclusif	Fréquence	Pourcentage
Non fait	99	48,8
Fait	104	51,2
Total	203	100

Dans cette étude, 51,2% des femmes enquêtées faisaient l'allaitement maternel exclusif.

Tableau XVI : Répartition des femmes ayant effectué des mauvaises pratiques nutritionnelles chez les nourrissons de 0 à 6 mois.

Types de l'aliment	Fréquence	Pourcentage
Beurre de karité	1	1,01
Décoction	13	13,13
Eau	47	47,47
Eau de citron	1	1,01
Eau de datte	19	19,19
Eau sucrée	3	3,03
Lait artificiel	13	13,13
Lait de chèvre	1	1,01
Lait de vache	1	1,01
Total	99	100

L'eau était le type d'aliment le plus donné du nouveau-né, soit 47,47% des cas.

Facteurs liées aux non pratiques de l'allaitement maternel exclusif

Tableau XVII : Répartition des femmes selon les facteurs qui empêchent les pratiques de l'allaitement maternel exclusif

Facteurs	Fréquence	Pourcentage
Pas assez de lait au sein	31	31,31
Lait mauvaise qualité	5	5,05
Mère malade	63	63,64
Total	99	100,0

Les facteurs qui empêchaient l'allaitement maternel exclusif étaient dominés par la maladie des mères avec 63,64% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la tranche d'âge par rapport aux facteurs.

Tranche d'âge	Facteurs						Total
	Pas assez de lait au sein		Lait de mauvaise qualité		Mère malade		
	N	%	n	%	n	%	N
16-20	9	9,09	2	2,02	18	18,18	29
21-30	16	16,16	3	3,03	32	32,32	51
31-40	5	5,05	0	0	10	10,10	15
41 et plus	1	1,01	0	0	3	3,03	4
Total	31	31,31	5	5,05	63	63,63	100

p=0,965

La tranche d'âge 21-30 ans était le plus susceptible de donner autres choses au nourrisson de 0-6 mois que le lait maternel surtout quand elles tombaient malades.

Tableau XIX : Répartition des femmes selon leurs professions par rapport aux facteurs.

Profession	Facteurs						Total
	Pas assez de lait au sein		Lait de mauvaise qualité		Mère malade		
	N	%	n	%	N	%	N
Fonctionnaire	0	0	0	0	1	1,01	1
Commerçante	13	13,13	1	1,01	23	23,23	37
Artisane	1	1,01	0	0	1	1,01	2
Femmes au foyer	16	16,16	4	4,04	36	36,36	56
Autres	1	1,1	0	0	2	2,02	3
Total	31	31,31	5	5,05	63	63,63	100

p=0,969

Les femmes au foyer donnaient plus autres choses au nourrisson de 0-6 mois que le lait maternel surtout quand elles étaient malades.

Tableau XX : Répartition des femmes selon le niveau d’instruction par rapport aux facteurs.

Niveau d’instruction	Facteurs						Total N
	Pas assez de lait au sein		de Lait mauvaise qualité		Mère malade		
	N	%	N	%	N	%	
Non scolarisée	20	20,20	4	4,04	37	37,37	61
Primaire	8	8,08	1	1,01	22	22,22	31
Secondaire	2	2,02	0	0	4	4,04	6
Supérieur	1	1,01	0	0	0	0	1
Total	31	31,31	5	5,05	63	63,63	100

p=0,720

Les femmes non scolarisées faisaient moins l’allaitement maternel exclusif par rapport aux autres couches professionnelles.

Tableau XXI : Répartition des femmes selon information reçue sur l'allaitement maternel exclusif par rapport aux facteurs.

Information reçue sur l'allaitement maternel exclusif	Facteurs						Total
	Pas assez de lait au sein		Lait mauvaise qualité		Mère malade		
	n	%	n	%	N	%	
Oui	19	19,19	4	4,04	38	38,38	61
Non	12	12,12	1	1,01	25	25,25	38
Total	31	31,31	5	5,05	63	63,63	100

p=0,684

Les mères malades faisaient moins l'allaitement maternel exclusif même ayant été sensibilisées sur le sujet.

Tableau XXII : Répartition des femmes selon leurs professions par rapport à la fréquence des tétées.

Profession	Fréquence des tétées				Total
	Plusieurs fois		A la demande		
	N	%	n	%	
Fonctionnaire	1	0,49	3	1,47	4
Commerçante	46	22,66	27	13,30	73
Artisane	3	1,47	2	0,98	5
Femmes au foyer	67	33	48	23,64	115
Autres	5	2,46	1	0,49	6
Total	122	60,09	81	39,90	203

p=0,43

Les fonctionnaires donnaient le lait à la demande plus que les autres couches professionnelles.

Tableau XXIII : Répartition des femmes selon le niveau d’instruction par rapport à la connaissance de la durée de l’allaitement maternel exclusif.

Niveau d’instruction	Connaissance de la durée de l’allaitement maternel exclusif				Total
	Oui		Non		
	N	%	n	%	N
Non scolarisé	84	41,38	32	15,76	116
Primaire	54	26,60	17	8,37	71
Secondaire	15	7,38	0	0	15
Supérieur	1	0,49	0	0	1
Total	154	75,86	49	24,13	203

p=0,119

Plus les mères étaient instruites, plus elles connaissaient la durée de l’allaitement maternel exclusif.

Tableau XXIV : Répartition des femmes selon information reçue sur l'allaitement maternel exclusif par rapport à la fréquence des tétées.

Information reçue sur l'allaitement maternel exclusif	Fréquence des tétées				Total
	Plusieurs fois		A la demande		
	N	%	n	%	
Oui	73	35,96	52	25,61	125
Non	49	24,13	29	14,28	78
Total	122	60,09	81	39,90	203

p=0,260

Plus les mères étaient sensibilisées, plus elles faisaient l'allaitement maternel exclusif à la demande.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

5. Commentaires et discussion

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Dans cette 87,2% des femmes enquêtées venaient de Dioro. Cela s'expliquerait par le fait que c'était le village le plus peuplé et où se situait le site du CSCoM.

La tranche d'âge 21-30 ans était la plus représentée avec 54,2% des cas. La moyenne d'âge était de 26,05 avec un écart \pm 6,47 et des extrêmes de 16 et 45 ans. Cela pourrait s'expliquer par l'âge jeune des femmes enquêtées.

Toutes nos femmes étaient mariées soit 100%. Les monogames représentaient 63,5% des cas dans cette étude. Cela s'expliquerait par le fait que le mariage des filles était une préoccupation en milieu rurale. Alors que dans l'étude de Diawara D Y 96,2% des femmes étaient mariées [12]

Les ménagères dominaient avec 56,7% des cas. Cela serait dû à leur prédominance en milieu rurale. La même prédominance des femmes au foyer a été trouvée par Sidibé A K et al, et Cissouma A et al avec respectivement 54,8%, et 60% des cas [1, 13].

Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées soit 57,1% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en milieu rurale on n'accorde pas beaucoup d'importance à la scolarisation des jeunes filles. Notre résultat était inférieur à celui de Diawara D Y qui avait trouvé 65,3% dans son étude pour les femmes non scolarisées [12]. Trois pour cent des femmes enquêtées étaient analphabètes, 27 % avaient un niveau de scolarisation primaire, 30 % ont un niveau secondaire et 40 % un niveau supérieur selon Ben Slama F dans son étude effectuée au Maroc [14].

Dans cette étude, 99% des femmes étaient musulmanes. Ce qui s'expliquerait que l'islam est la religion dominante dans l'aire de sante de Dioro.

Connaissance de l'allaitement maternel

La majorité des femmes enquêtées connaissaient l'allaitement maternel soit 81,3% des cas. Cela serait dû au fait que les femmes avaient reçu des informations au cours des causeries lors des CPN, CPON, vaccination, des visites à domicile des relais communautaires ou à la radio. Alors que les connaissances sur l'allaitement étaient insuffisantes dans 76,4 % des cas dans l'étude de Ayiri F et al [15].

La majorité des femmes enquêtées connaissaient les avantages de l'allaitement maternel soit 93,6% des cas. Cela serait dû au fait qu'elles ont reçue des informations sur les avantages de l'allaitement de la part des relais et agents de santé. Notre résultat était supérieur à celui de Traoré M et al qui avaient eu 26,52% des mères qui connaissaient les avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois en 2012 à Bamako [6].

Dans cette étude, 75,9% des femmes enquêtées connaissaient la durée de l'allaitement maternel exclusif. Cela permettrait d'éviter les maladies comme la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. Notre résultat était proche à celui de Traoré M et al qui avait retrouvé dans son étude 80,94% des cas [6].

Parmi les femmes enquêtées, 61,6% étaient sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif. Cela démontrait que certaines femmes ne recevaient pas de l'information sur l'allaitement maternel exclusif, ce qui pourrait entraîner des conséquences. Selon le résultat Ben Slama F et al, seulement 44 %des femmes ont été informées de l'allaitement maternel exclusif [14]. Notre résultat était supérieur à celui de Goro A qui avait trouvé 60,5% des femmes qui n'avaient eu d'information sur l'allaitement maternel exclusif à l'accouchement dans son étude effectuée à Mopti au Mali en 2013 [16].

Pratique de l'allaitement maternel par les participantes

Parmi les femmes enquêtées, 62,6% donnaient la première tétée au nouveau-né juste après accouchement. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des accouchements se faisaient dans les structures de santé et les agents de santé effectuaient une mise au sein précoce. Alors que dans le travail de Ben Slama F et al 43% des mères n'avaient donné le sein pour la première fois que le lendemain de l'accouchement [14].

Dans cette étude, 94,6% des femmes enquêtées avaient donné du colostrum au nouveau-né. Cela démontrait que les femmes connaissent l'importance de la première tétée. Notre résultat était inférieur à celui de Diawara D Y qui avait trouvé 100% dans son étude [12]. Tandis que dans l'étude de Ben Slama F et al, les femmes n'avaient aucune connaissance sur le colostrum [14].

La majorité des femmes enquêtées faisaient les tétées plusieurs fois avec 60,1% des cas. Cela serait dû au fait que certaines ne connaissent pas les signaux d'envie de téter du nourrisson.

Dans cette étude, 51,2% des femmes enquêtées faisaient l'allaitement maternel exclusif. Nous expliquerons ce fait par la domination des croyances socio culturelles sur l'allaitement. Notre résultat était inférieur à celui de Ben Slama F et al qui avaient trouvé que la majorité des femmes ne donnaient pas le sein de manière exclusive soit 58,5 % [14]. Alors que celles qui avaient pratiqué l'allaitement maternel exclusif représentaient 30,66 dans le travail de Traoré M et al [6].

Les facteurs qui empêchaient l'allaitement maternel exclusif étaient le fait que la mère serait malade dans 63,64% des cas. Cela serait dû au fait que les femmes n'avaient pas reçu suffisamment d'information sur l'allaitement maternel exclusif ou qu'elles n'avaient pas fait correctement les CPN pour la prévention des maladies.

L'eau était le type d'aliment le plus donné du nouveau-né, soit 47,47% des cas. Cela pourrait s'expliquer par la croyance qu'il n'y a pas suffisamment d'eau dans le lait maternel pour étancher la soif du nourrisson. Notre résultat était supérieur à celui de Sidibé A K et al avec 38,1% pour l'eau et la tisane [1].

Facteurs liés aux non pratiques de l'allaitement maternel exclusif

Les facteurs qui empêchaient l'allaitement maternel exclusif étaient dominés par la maladie des mères avec 63,64% des cas. Les mères devraient être sensibilisées de continuer à donner aux enfants le sein en cas de maladie.

La tranche d'âge 21-30 ans était le plus susceptible de donner autres choses au nourrisson de 0-6 mois que le lait maternel surtout quand elles tombaient malades ($p=0,965$). Cela s'expliquerait par leurs inexpériences par rapport à l'allaitement maternel exclusif.

Les femmes au foyer donnaient plus autres choses au nourrisson de 0-6 mois que le lait maternel surtout quand elles étaient malades ($p=0,969$). Cela serait dû par l'influence des croyances socio- culturelles sur l'allaitement.

Les non scolarisés faisaient moins l'allaitement maternel exclusif par rapport aux autres couches professionnelles ($p=0,720$). Ce phénomène serait dû à leurs niveaux d'instruction.

Les mères malades faisaient moins l'allaitement maternel exclusif même ayant été sensibilisées sur le sujet ($p=0,684$). Nous expliquerons cela par l'influence des croyances socio- culturelles sur l'allaitement.

Les fonctionnaires donnaient le lait à la demande plus que les autres couches professionnelles ($p=0,43$). Plus les mères étaient instruites, plus elles connaissaient la durée de l'allaitement maternel exclusif ($p=0,119$). Cela s'expliquerait par le fait que plus le niveau d'instruction était élevé moins on était influencé par les croyances socio- culturelles sur l'allaitement et plus on comprenait vite ce qui se disait pendant les séances de sensibilisation.

Plus les mères étaient sensibilisées, plus elles faisaient l'allaitement maternel exclusif à la demande ($p=0,260$). Cela nous amènerait à dire de mettre l'accent sur la sensibilisation communautaire à travers les séances de vaccination et CPON par les agents de santé d'une part et dans les villages par les relais communautaires au cours de causeries éducatives et les visites à domicile d'autre part.

CONCLUSION

Conclusion

Dans notre étude, les femmes venant de Dioro ville étaient les plus nombreuses. Elles étaient surtout des femmes au foyer et non scolarisées dans la plupart des cas.

La majorité de ces femmes enquêtées connaissait l'allaitement maternel exclusif, ses avantages et sa durée. Plus de la moitié avait reçu de l'information sur cette pratique après l'accouchement.

Néanmoins, certaines pratiques n'étaient pas correctement réalisées comme exemple l'allaitement maternel exclusif, la fréquence de tétée la première tétée et la non pratique de l'allaitement chez les mères malades. Et pour cela, nous devons renforcer la sensibilisation à l'endroit de toutes les femmes qui accouchent pour le bien-être de leurs enfants.

RECOMMANDATION

Recommandations

- **A l'ASACO**
 - Accompagner le personnel technique dans la réalisation des séances de causeries au centre et dans les villages de l'aire de santé de Dioro ;
- **Au personnel technique de la maternité**
 - Sensibiliser toutes les femmes qui fréquentent le centre sur les avantages et les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif ;
 - Effectuer la mise au sein précoce des nouveau-nés ;
- **Aux relais communautaires et membres de CFU**
 - Faire des CCSC sur l'allaitement maternel dans le centre et dans les villages lors des causeries au cours des CPN et au cours des séances de vaccination ;
- **Aux femmes allaitantes**
 - Mettre les enfants au sein à la demande ;
 - Accoucher dans les centres de santé pour une mise au sein dans les 30 minutes de l'accouchement ;
 - Respecter les conseils donnés par les agents de santé.

CHRONOGRAMME

6. Chronogramme (Diagramme de GANTT)

Activités	Chronogramme																Responsable
	Mars				Avril				Mai				Juin				
	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	4
Prise de contact avec l'équipe du CScOm Explication des raisons de cette étude																	
Collecte des données																	
Analyse des données collectées																	
Réalisation des documents du mémoire																	

BUDGET DE L'ETUDE

7. Budget

Le tableau ci-dessous présente le budget sommaire du projet de recherche. Il s'agit d'une estimation des coûts en fonction des informations disponibles au moment de l'élaboration de ce protocole.

Activités	P U	Nbres jrs	Nbres P	Montant
Elaboration du protocole de recherche	25 000	4	2	100 000
Prise de contact avec l'équipe du Cscm-U				
Explication des raisons de cette étude				
- Pause-café	1 000	1	10	10 000
- Pause déjeuner	3 500	1	10	35 000
Formation des enquêteurs				
- Frais de facilitation	15 000	1	2	30 000
- Frais de déplacements	5 000	1	7	35 000
- Pause-café	1 000	1	7	7 000
- Pause déjeuner	3 500	1	7	24 500
Collecte des données				
- Perdiem Superviseurs	20 000	3	3	60 000
- Perdiem Enquêteurs	15 000	3	7	105 000
Analyse des données	100 000	1	1	100 000
Confection document final	7 500	1	20	150 000
Comité éthique				
- Frais de Soumission Comité éthique	300 000	1	1	300 000
- Reprographie	5 000	1	10	50 000
Publication	250 000	1	1	250 000
Grand Total				1 256 500

REFERENCES

Références

1. Sidibé A K, Diarra AM, Danioko Y, Sangaré Y, Kone K, Guindou MT et al. Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants sur l'allaitement maternel exclusif. Santé publique malienne 2018 ; 8:07-12.
2. 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.
3. Rigord V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenane P, Kieffer F, Assaf Z et al. Allaitement : bienfaits pour la santé de l'enfant et de sa mère. J de pédiatrie et puériculture 2013 ; 26 : 90-99.
4. Organisation Mondiale de la Santé, Centre des médias, Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, fév. 2018.
5. Nathalie G. « Allaiter sur le web ». Entre biopouvoir et rituels numériques. Les Cahiers du numérique 2013 ; 9(3) : 63-81.
6. Traoré M, Sangho H, Diagne M C, Faye A, Sidibé A, Koné K et al. « Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako ». Santé Publique 2014 ; 26 (2) : 259-265.
7. Organisation Mondiale de la Santé, Daniel Epstein, Responsable de Communication, Genève. Allaitement maternel : Communiqué de presse 30 juil. 2013.
8. Savage King F. & Benoist B. Aider les mères à allaiter. OMS, Genève 1986, P192.
9. Direction Nationale de la Santé. Manuel du formateur en gestion de lactation Février 2006, P6.
10. Enquête démographique et de santé 4^{ème} Edition. Allaitement, état nutritionnel chapitre 11 Ministère de la santé. Bamako Mali 2006, P157.
11. Ridde V, Girard J-E. Douze ans après l'initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. Santé Publique, 2004, n° 41: 37-51.

- 12.. Diawara D Y. Etude des facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfant de 0 à 6 mois à Beleko dans le District de Fana. Thèse Med, Bamako, FMOS, 2015, 42p.
- 13.10.Cissouma A, Traoré S A, Dembélé G, Traoré K A, Kassogué D, Haidara D et al. Pratique de l'allaitement maternel à l'hôpital de Sikasso, Mali. Jaccr Africa 2021 ; 5 : 223-229.
- 14.11. Ben Slama F, Ayari I, Ouzini F, Belhadj O et Achour N. Allaitement maternel exclusif et allaitement mixte : connaissances, attitudes et pratiques des mères primipares. La Revue de Santé de la Méditerranée 2010 ; 16 : 630-634.
- 15.12.Ayari F, Sdiri Y, Cherifi E, Khemiri S, Chourou H, Cheour M et al. Niveau de connaissance des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité. Gynécologie Obstétrique Fertilité et sénologie 2022 ; 50 : 164-172.
- 16.13. Goro A. Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro (Mopti). Thèse Med, Bamako, FMOS, 2013, 55p.

ANNEXES

Annexes

Fiche d'enquête

Date de l'enquête :.../.../.../

Quartier/ village :.....

N° Questionnaire :

Caractéristiques sociodémographiques

Q1 : Age :

.....

.....

Q2 : Statut matrimoniale : /__ / 1=monogame 2= polygame 3= célibataire ;
4= divorcés ; 5= veuves

Q3 : Profession : /__ / 1= vendeuse/ commerçante ; 2= artisane ;

3= ménagère ; 4= fonctionnaire ; 5= autres

Q4 : Niveau d'instruction : /__ / 1=non scolarisé ; 2=primaire ; 3=secondaire ;
4=supérieur ;

Q5 : Religion : /__ / 1= musulman ; 2=chrétien ; 3= autre

Q6 : Ethnie : /__ / 1= Bambara ; 2= Peulh ; 3= Malinké ; 4= Sonrhäi 5=
Sarakolé 6= bobo ; 7= Dogon ; 8= Minianka ; 9= autre

Connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement maternel exclusif.

Q7 : connaissez vous l'allaitement maternel

Q8 : Connaissez-vous l'avantage de l'allaitement maternel ?

1- Non

2- Oui,

lesquels.....

.....

Q9 : Connaissez-vous la durée de l'allaitement maternel exclusif ?

1-Non

2-Oui, laquelle.....

Q10 : avez-vous été sensibilisé sur l'allaitement maternel exclusif au cours de la grossesse ou après accouchement ?

1-Oui

2-Non

Q13: A quel moment avez-vous donné la première tétée ?

1-Juste après accouchement

2-Entre la 1^{ère} heure et la 8^e heure

3-Plus 8^e heure

4- Autres

Q14 : Quelle est la fréquence journalière de tétée de votre enfant ?

1- Plusieurs fois

2- A la demande

3- Autres

Q15 : Qu'allez-vous fait du colostrum?

1- Donné au nouveau-né

2- Jeté

Q16 : Apres la sortie de la maternité, avez-vous donné autres choses en plus du lait maternel de 0-6 mois ?

1-Non ; pourquoi.....

.....

2- Si oui ;

lesquels.....

.....

Facteurs qui empêchent les pratiques de l'allaitement maternel exclusif.

Q17 : Chez la mère

1-Pas assez de lait aux seins

3- lait de mauvaise qualité

4-Seins douloureux

5- Mère malade

6-

Autres.....

.....

FICHE SIGNALITIQUE

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom COULIBALY

Prénom Hassana

Titre de Mémoire : Evaluation des connaissances et pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Dioro

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance Bamako

Pays d'origine MALI

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

Secteur d'intérêt : santé Publique Nutrition

Objectif de l'étude était d'évaluer les connaissances et pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Dioro

Résumé Dans cette étude, 87,2% des femmes enquêtées venaient de Dioro. La tranche d'âge 21-30 ans était la plus représentée avec 54,2% des cas. La moyenne d'âge était de 26,05 avec un écart $\pm 6,47$ et des extrêmes de 16 et 45 ans. Toutes nos femmes étaient mariées soit 100%. Les monogames représentaient 63,5% des cas dans cette étude. Les ménagères dominaient avec 56,7% des cas. Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées soit 57,1% des cas. La majorité des femmes enquêtées connaissaient l'allaitement maternel soit 81,3% des cas. La majorité des femmes enquêtées connaissaient les avantages de l'allaitement maternel soit 93,6% des cas. Dans cette étude, 75,9% des femmes enquêtées connaissaient la durée de l'allaitement maternel exclusif. Parmi les femmes enquêtées, 61,6% étaient sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif. Parmi les femmes enquêtées, 62,6% donnaient la première tétée au nouveau-né juste après accouchement. Dans cette étude, 94,6% des femmes enquêtées avaient donné du colostrum au nouveau-né. La majorité des femmes enquêtées faisaient les tétées plusieurs fois avec 60,1% des cas.

Les facteurs qui empêchaient l'allaitement maternel exclusif étaient le fait que la mère serait malade dans 63,64% des cas. L'eau était le type d'aliment le plus donné du nouveau-né,

Les facteurs qui empêchaient l'allaitement maternel exclusif étaient dominés par la maladie des mères avec 63,64% des cas.

La tranche d'âge 21-30 ans était le plus susceptible de donner autres choses au nourrisson de 0-6 mois que le lait maternel surtout quand elles tombaient malades ($p=0,965$). Cela .

Les femmes au foyer donnaient plus autres choses au nourrisson de 0-6 mois que le lait maternel surtout quand elles étaient malades ($p=0,969$).

mots clé : connaissance ; pratique de l'allaitement ; femme allaitante ; nourrisson