

Ministère de l'enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique

République du Mali  
**Un Peuple-Un But-Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



*Faculté de Médecine et  
D'Odonto-Stomatologie*



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022-2023

N .....

## THESE

# EVALUATION DE LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT CHEZ LES MERES D'ENFANTS DE 0-6 MOIS AU CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DE N'TABACORO (ASACOTAB)

Présentée et soutenue publiquement le 03/02./2024

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'odonto-Stomatologie

**Par : *M. Ousmane DIAO***

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

**(Diplôme d'Etat)**

### JURY

**Président** : M. Seydou DOUMBIA, *Professeur*

**Membre** : Mme. Leyla MAIGA, *Médecin*

**Co-directeur** : M. Souleymane Sékou DIARRA, *Maitre-Assistant*

**Directrice** : Mme. Djeneba KONATE, *Maitre de conférences*

# **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 Modibo DIAO,**

Ce travail est sans doute le fruit de vos sacrifices, de vos engagements et surtout de vos combativités pour ma réussite. A mon tour je vous dédie cette thèse qui est le résultat de vos encouragements. Comme pères, 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 des exemples 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 Bintou DIAO,**

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.

**A mes frères et sœurs :**

**Salif,Boubou,Boubacar,Moussa, Fatoumata,Mariam,Maly,Aissata,**

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 DIAO**

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 Assitan DIAO**

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 :Penda ,Oumou,coumba,samba,Mamadou,Feu Mamadou,Feu Oumar,Bassoro ;**

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 :Fatoumata,Malado,Aminata,**

**Boubacar,Fousseini,Banouh,Samou,Mamoutou,Mamadou,Sadio Diakite**

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 : Dr kalilou Sidibe, Dr keita Amadou, Dr Diarra Bakary, Dr Diarra Ousmane Y ,Dr Abdoulaye Ouattara, Adama Kane,Moctar Sylla**

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 Camara Moussa**

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 N'TABAKORO ATTBOUGOU**

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 COMMUNE VI**

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 Dr Abdoulaye Ouattara**

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**

**Pr Seydou DOUMBIA**

- **Professeur titulaire en épidémiologie,**
- **Directeur adjoint au département d'entomologie du MRTC,**
- **Doyen de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako,**
- **Directeur du programme ICEMR-WAF « international center for Excellence Research in West Africa »**
- **Directeur du Centre Universitaire de la Recherche Clinique(UCRC) de l'USTTB au Mali,**
- **Président de la Société Malienne d'Epidémiologie (SOMEPI).**

**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**

**Dr Leyla 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 chère Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

**A notre Maître et Co-directeur de Thèse,**

**Dr Souleymane Sékou DIARRA**

- **MD, MPH, PhD Épidémiologie ;**
- **Maitre-assistant en épidémiologie a la FMOS**
- **Expert en gestion des urgences de sante publique ;**
- **Coordinateur technique national GHSA Mali.**

**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.

**A notre Maître et Directrice de Thèse,**

**Pr Djénéba KONATE**

- **Maitre de conférences de pédiatrie à la FMOS ;**
- **Médecin spécialiste en néphro-pédiatrie**
- **Médecin militaire**
- **Praticienne hospitalière au département du CHU Gabriel Toure.**
- **Membre du collège Ouest Africain des médecins**

**Chère Maître,**

C'est tout à notre honneur que vous avez 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 une encadreuse 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
- CPN** : Consultation prénatale
- 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 Bébé
- IMC** : Indice de masse corporelle
- IST** : Infections sexuellement transmissibles
- MICS** : Enquête par grappes à indicateurs multiples
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- PCR** : Polymerase Chain Reaction
- PEV** : Programme élargi de vaccination
- PRODESS** : Programme de développement socio sanitaire
- 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 les caractéristiques sociodémographiques des mères ...	24
Tableau II: Répartition des enfants selon les caractéristiques sociodémographiques et statut vaccinal.....	25
Tableau III: Répartition selon l'avis du conjoint sur l'allaitement maternel .....	26
Tableau IV: Répartition des mères selon la prise décision de l'allaitement maternel.....	27
Tableau V: Répartition des mères selon le délai de la première mise au sein après l'accouchement .....	27
Tableau VI: Répartition mères selon la fréquence des tétées par jour .....	28
Tableau VII: Répartition des mères selon l'administration de liquides ou aliments pendant les six premiers mois de vie .....	28
Tableau VIII: Répartition des mères selon la raison d'administration des liquides ou aliments	28
Tableau IX: Répartition des mères selon le soutien lors de l'allaitement.....	29
Tableau X: Répartition des mères en fonction du canal qui a servi de conseils reçus sur l'allaitement maternel .....	29
Tableau XI: Répartition des mères selon la cohabitation avec un grand parent (la mère ou la belle-mère).....	30
Tableau XII: Répartition des mères selon la taille du ménage.....	30
Tableau XIII: Répartition des mères selon le revenu familial.....	30
Tableau XIV: Répartition des mères selon l'existence d'obstacles au cours de l'allaitement maternel.....	31
Tableau XV: Répartition des mères selon le type de difficultés rencontrées au cours de l'allaitement maternel exclusif.....	31

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1. OBJECTIFS .....	4
2. GÉNÉRALITÉ.....	6
3. MATHERIEL ET MÉTHODES .....	19
4. RÉSULTATS .....	24
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	38
6. CONCLUSION.....	43
7. RECOMMANDATIONS .....	45
8. REFERENCES .....	47
9. ANNEXES .....	52

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1: Anatomie et histologie de la glande mammaire [16].</b> .....	7
<b>Figure 2: Mécanisme de la production de lait par le sein.</b> .....	9
<b>Figure 3: Excellentes positions de l'enfant et de sa mère [16].</b> .....	10
<b>Figure 4: La carte du district sanitaire de kalaban coro</b> .....	19
<b>Figure 5: Répartition selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois.</b> .....	26

# **INTRODUCTION**



## **INTRODUCTION**

L'allaitement 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 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, 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 exclusif chez les nourrissons de 0 à 5 mois est passée de 37% à 44% et de 35,5% à 43,6% en Afrique [8].

Cependant ,au Mali, le taux de l'AME chez les enfants derniers nés de moins de 6 mois exclusivement allaités a augmenté passant de 25% à 40% selon EDSVI [9]. Elle s'inscrit dans le cadre du programme de développement socio sanitaire (PRODESS) qui en matière d'allaitement exclusif, est fixé un objectifs de 80% de femmes pratiquant l'AME jusqu'à six mois conformément à la recommandation de l'OMS comme cible 50% d'ici à 2025[44].

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

Des études ont montré que l'AME est associé à 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 d'évaluer la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois au cscm de N'Tabacoro.

**Question de recherche** : Comment l'allaitement maternel exclusif est pratique par des mères d'enfants de 0 à 6 mois au cscm de N'Tabacoro.

**Hypothèse** : L'allaitement maternel exclusif est moins pratique par les mères d'enfants de 0 à 6 mois au cscm de N'tabacoro Attbougou.

# **OBJECTIFS**

## **1. OBJECTIFS**

### **1.1 Objectif général :**

Évaluer la pratique de l'allaitement exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois au centre de santé communautaire de N'Tabacoro Attbougou.

### **1.2 Objectifs spécifiques :**

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des mères allaitantes ;
- Décrire les aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons avant l'âge de 6 mois ;
- Déterminer la fréquence de l'allaitement exclusif ;
- Décrire les facteurs qui influencent l'adhésion à l'allaitement exclusif ;

# **GENERALITES**

## 2. GÉNÉRALITÉS

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

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

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

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

**Ablactation** : Arrêt complet de l'allaitement .

### 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.

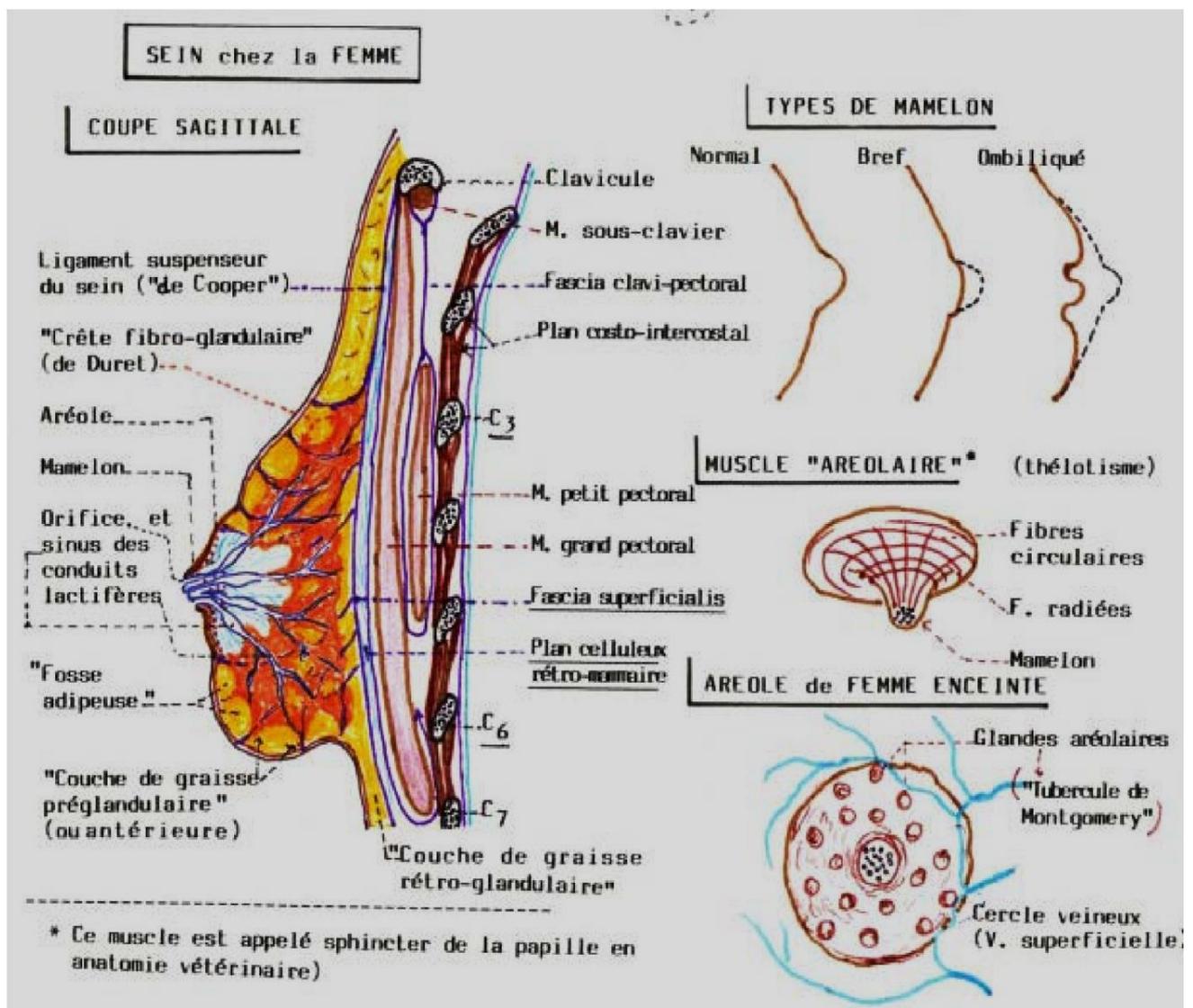


Figure 1: Anatomie et histologie de la glande mammaire [16].

### 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 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 neuro hypophyse en passant par l'hypothalamus. Ces influx stimulent la libération d'ocytocine par la neuro hypophyse. 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 :

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.

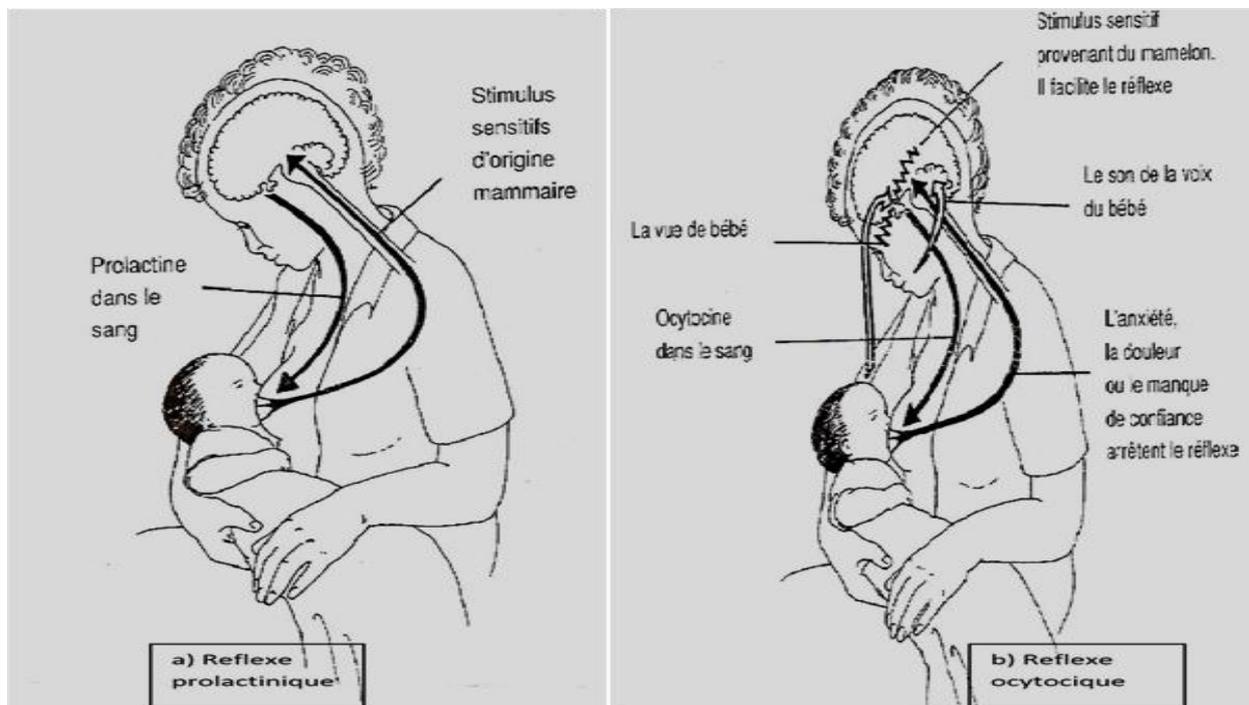
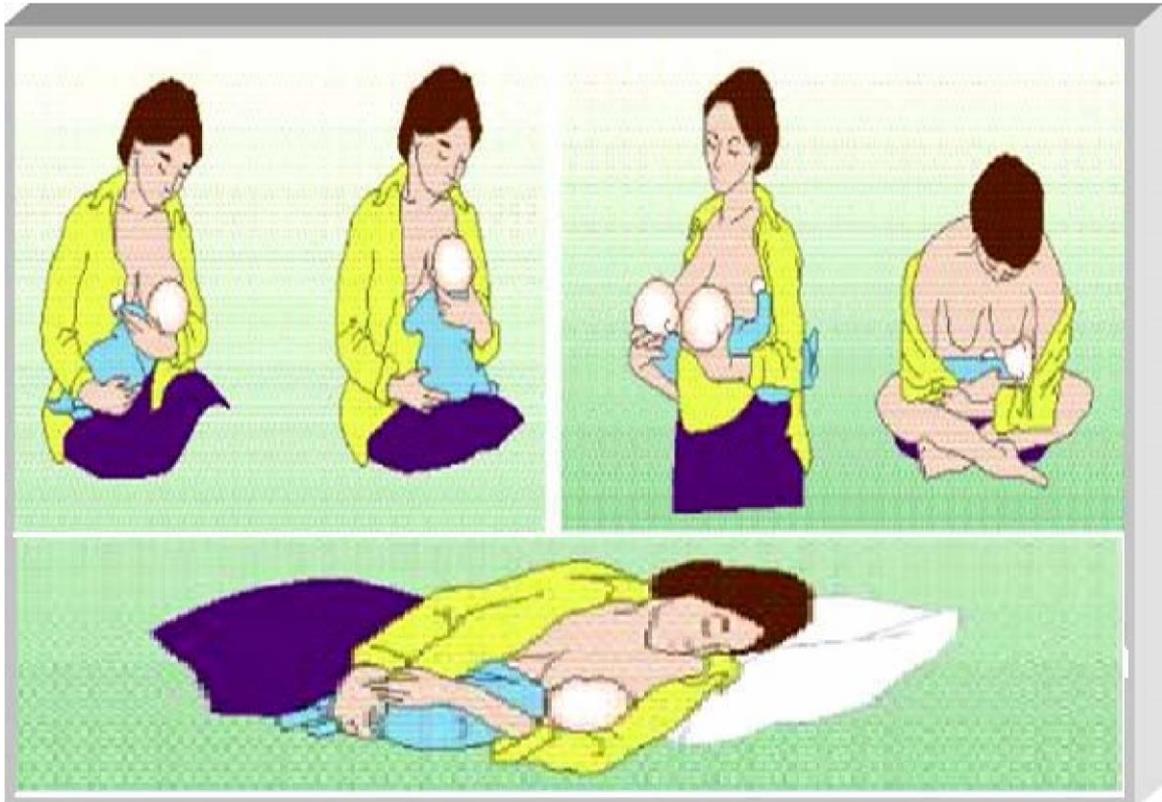


Figure 2: Mécanisme de la production de lait par le sein.

## 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 le mouvement de succion est lent et régulier.

✚ **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 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 : [19]**

- 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].

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 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, 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.

➤ **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 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 œstrogéniques ne sont pas recommandés car ils pourraient réduire la production de lait. Les micro progestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être 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 postpartum. 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 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 28<sup>e</sup> 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 14<sup>e</sup> 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 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 répllication 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 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.

Aucun effet secondaire n'a été rapporté chez l'enfant en cas de traitement de la mère par les antituberculeux de 1<sup>ère</sup> 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 [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 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 .
- 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 et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

# **MATERIELS ET METHODES**

### 3. MATHERIEL ET MÉTHODES

#### 3.1 Cadre ou lieu d'étude

Le district sanitaire de kalaban coro qui est situé en zone périurbaine, traverse de part en part par le district de Bamako est constitué de grande partie de quartiers et de villages. Il est composé de 12 aires de sante communautaires dont celle de N'tabacoro Attbougou.

Notre étude s'est déroulée dans le cscom de N'tabacoro qui fait partie des 12 centres de santé communautaire du district de kalaban coro.

N'tabakoro Attbougou est situé à la périphérie de Bamako, à 29 km à l'est du district de Bamako, Il compte 886 logements sociaux, sa population est estimée à 4955 habitants en 2023, Le CSCOM de N'Tabacoro Attbougou a été crée en 2018.

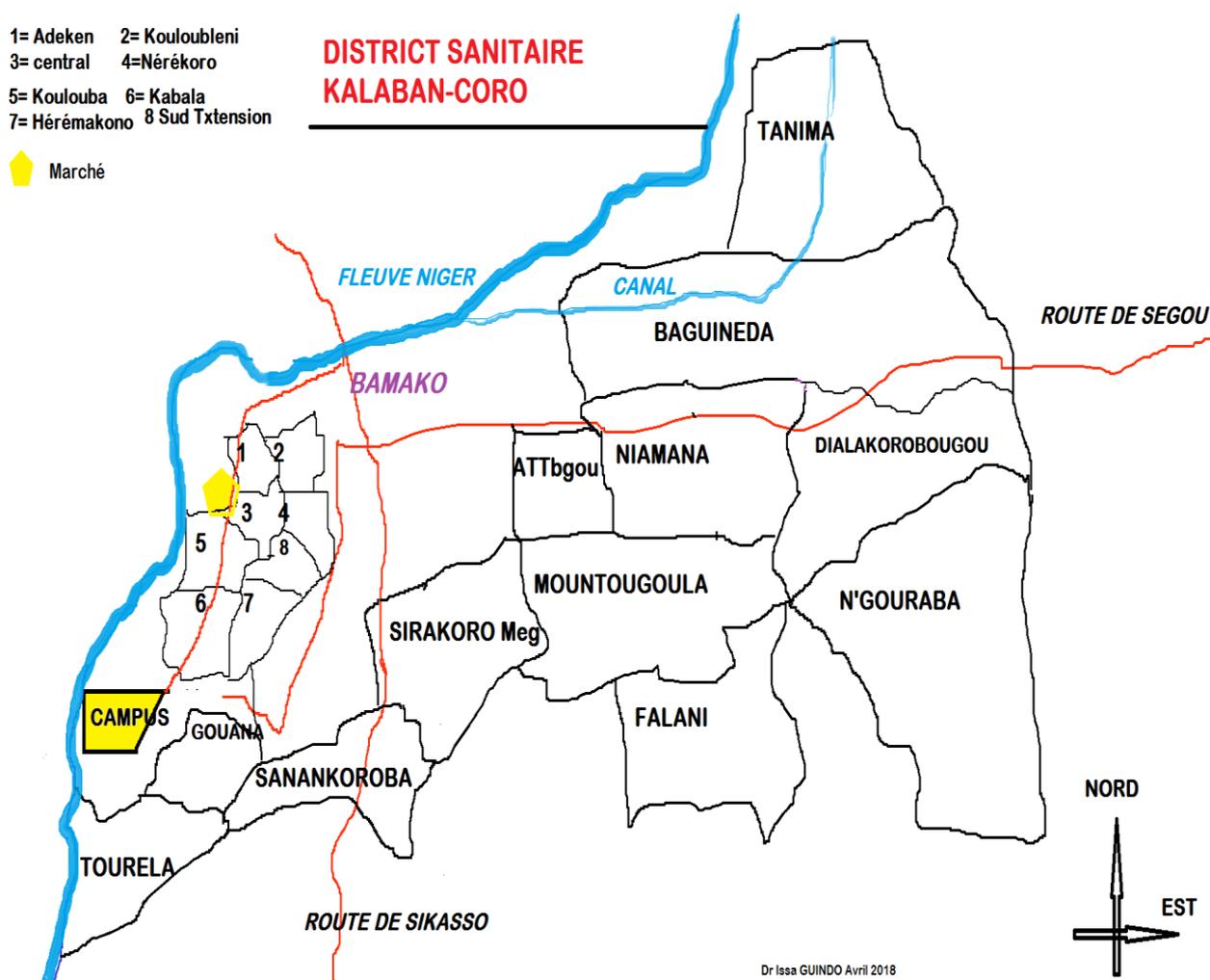


Figure 4: La carte du district sanitaire de kalaban coro

**a) Limites ou situation géographique de l'ASACOTAB:**

Le CSCOM de N'TABACORO est limité :

- à l'est par la Direction nationale des Eaux et Forêts ;
- à l'ouest par le quartier de sirakoro, et l'orphelinat ;
- au nord par le quartier de niamana ;
- au sud par le village de n'tabacoro.

**b) Composition du centre :**

Le CSCOM de N'TABACORO ATTBOUGOU compte plusieurs Unités :

Une Salle de consultation externe, Une pharmacie de jour et de nuit; Un hangar pour le PEV,  
Une Maternité (une salle de consultation prénatale, une salle d'accouchement, une salle  
d'observation, une salle de garde), assurant les activités de soins curatifs, préventifs et de  
pronostics de la santé.

Une salle de chaine de froid, Un magasin et Cinq toilettes ;

Une salle de soins ;

Deux salles d'hospitalisation ;

Un laboratoire d'analyse ;

Une salle d'échographie ;

Le personnel se compose d'un Médecin faisant fonction de Directeur technique du centre (DTC)  
Quatre infirmier(e)s d'Etat, trois technicien(ne)s de Labo, trois sages-femmes, douze Infirmières  
obstétriciennes, Un gérant et Un gardien.

**3.2 Type d'étude et période d'étude :**

il s'agissait d'une étude transversale, prospective qui s'est déroulée sur une période de 2 mois,  
allant du 20 novembre 2023 au 20 janvier 2024.

**3.3 Population de l'étude :**

l'étude a concerné des mères d'enfants de 0 à 6 mois vivant à N'Tabacoro Attbougou venaient  
au cscocom pour les CPON ou au PEV.

**3.3.1 Critères d'inclusion :**

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

**3.3.2 Critères de non-inclusion :**

nos critères de non-inclusion étaient : les mères qui n'ont jamais allaité leurs enfants au lait  
maternel ; les mères refusant de participer à l'étude.

### 3.3.3 Méthode d'échantillonnage :

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 de l'AME

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.

### 3.4 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.

### 3.5 Variables mesurées :

les variables mesurées étaient entre autres :

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

### 3.6 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 des analyses suivantes : une variée portant sur les proportions et moyennes avec leurs intervalles.

### **3.7 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 420 mères d'enfants de 0 à 6 mois au centre de santé de N'Tabacoro Attbougou.

##### A-Analyse Descriptive

##### 4.1 Caractéristiques sociodémographiques des mères enquêtées

**Tableau I: Répartition des mères selon les caractéristiques sociodémographiques des 420 mères d'enfants de 0 à 6 mois**

Caractéristiques N=420	Effectif N=420	Pourcentage (100%)
<b>Age</b>		
[15-25]	182	43,3
[26-35]	156	37,2
[36-45]	82	19,5
<b>Statut matrimonial</b>		
<b>Mariée</b>	<b>382</b>	<b>91,0</b>
Célibataire	37	8,8
Veuve	1	0,2
<b>Niveau d'instruction</b>		
<b>Scolarisée primaire</b>	<b>193</b>	<b>46,0</b>
Scolarisée secondaire	88	21,0
Scolarisée supérieure	42	10,0
Non scolarisée	97	23,1
<b>Profession</b>		
<b>Ménagère</b>	<b>241</b>	<b>57,4</b>
Commerçante	120	28,6
Fonctionnaire	42	10,0
Tailleur	9	2,1
Etudiante	8	1,9
<b>Parité</b>		
Primipare	73	17,4
<b>Paucipare</b>	<b>197</b>	<b>46,9</b>
Multipare	120	28,6
Grande multipare	30	7,1

Parmi les enquêtées ,la tranche d'âge : 15 à 25 étaient majoritaires soit 43,3% des cas ; 91,0% étaient mariées ; la majorité des répondantes avaient un niveau primaire soit 46,0%, les non scolarisés représentaient 23,1% ;les ménagères ont représenté 57,4 % des cas enquêtées ;la majorité des mères (46,9%) étaient paucipares et 7,1% était des grands multipares.

#### **4.2 Caractéristiques des enfants des mères enquêtées**

**Tableau II: Répartition des enfants selon les caractéristiques sociodémographiques et statut vaccinal**

<b>Caractéristiques N=420</b>	<b>Effectif N=420</b>	<b>Pourcentage (100%)</b>
<b>Age</b>		
[1-2] mois	113	26,9
[3-4] mois	133	31,7
<b>[5-6] mois</b>	<b>174</b>	<b>41,4</b>
<b>Sexe</b>		
M	157	37,4
<b>F</b>	<b>263</b>	<b>62,6</b>
<b>Statut Vaccinal</b>		
<b>Oui</b>	<b>393</b>	<b>93,6</b>
Non	27	6,4

La tranche d'âge de (5- 6 mois) représentait 41,4% des enfants , Près de 62,6% des enfants étaient de sexe féminin, avec un sexe ratio F/M et 93,6% des enfants qui étaient vacciné selon le calendrier vaccinal .

#### 4.3 Conjointes des mères enquêtées

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

Avis du conjoint	Effectif	Pourcentage (%)
Pour	379	90,2
Neutre	31	7,4
Contre	10	2,4
Total	420	100,0

La majorité des conjoints qualifiaient l'allaitement maternel favorable soit 90,2%

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

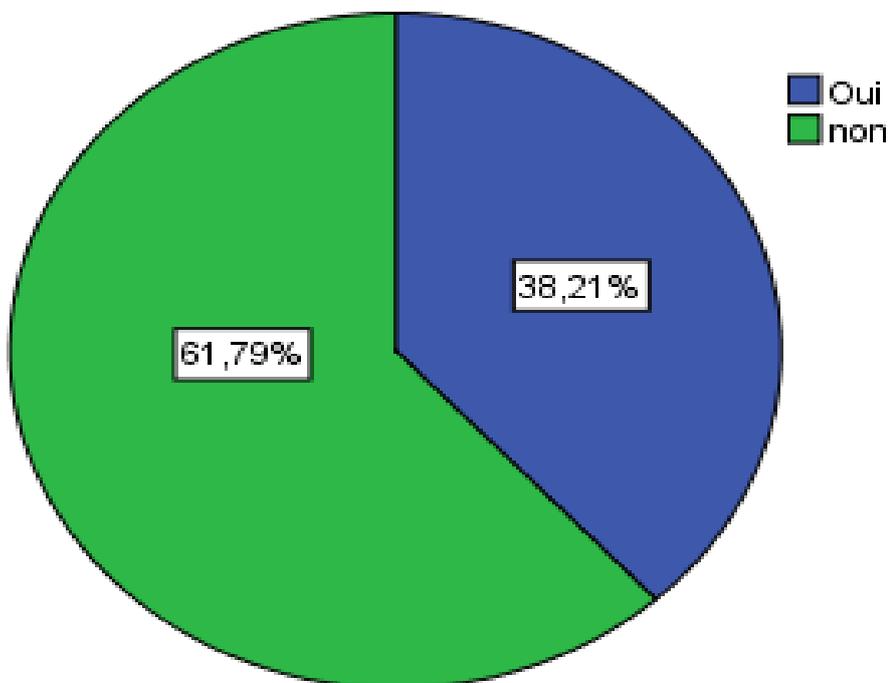


Figure 5: Répartition selon la pratique de l'allaitement exclusif durant les six premiers mois.

Sur les 420 mamans que nous avons interrogées, 160 personnes ont pratiqué l'allaitement exclusif soit 38,2%. Sur les 61,8% de liquides administrés, les décoctions des plantes représentaient environ 6%.

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

<b>Prise de décision de l'AM</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Au moment de l'accouchement	96	22,9
<b>Dans les suites de couche</b>	<b>310</b>	<b>73,8</b>
A la sortie de la maternité	12	2,9
Autres	2	0,5
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>

La majorité des enquêtées ont pris la décision de l'allaitement dans les suites de couche soit 73,8%

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

<b>Délai de mise au sein</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>&lt; à 30mn</b>	<b>301</b>	<b>71,7</b>
[30mn-1h]	68	16,2
[1h – 3h]	51	12,1
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>100,0</b>

Le délai de la première mise au sein après l'accouchement était Inferieur à 30mn soit 71,7%

**Tableau VI: Répartition mères selon la fréquence des tétées par jour**

Fréquence de la tétée /jour	Effectif	Pourcentage (%)
Plus de 8 fois	172	41,0
<b>A la demande</b>	<b>248</b>	<b>59,0</b>
Total	420	100,0

La fréquence des tétées à la demande était de 59,0%

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

Aliments introduits	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Eau</b>	<b>233</b>	<b>55,5</b>
Tisane ou décoctions	27	6,3
Aucun Aliment	160	38,2
Total	420	100,0

L'eau était le liquide le plus administré pendant les six premiers mois de vie soit 55,5%. Parmi les 61,79% de liquides administrés, les décoctions des plantes représentaient environ 6,3%.

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

Raisons	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Pas assez de lait</b>	<b>188</b>	<b>72,3</b>
Lait de mauvaise qualité	2	0,8
Lait artificiel meilleur	70	26,9
Total	260	100,0

L'insuffisance de lait maternel était la raison la plus représentée soit 72,3%

#### 4.5 Les difficultés rencontrées lors de l'allaitement

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

<b>Soutien</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Conjoint</b>	<b>288</b>	<b>68,6</b>
Personnel de santé	96	22,9
Aucune personne	36	8,6
Total	420	100,0

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

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

<b>Source d'information sur l'AME</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>A travers les medias</b>	<b>265</b>	<b>63,1</b>
Au moment de CPN	44	10,5
CPON	59	14,0
Au moment de l'accouchement	52	12,4
Total	420	100,0

Parmi les mères enquêtées, 63,1% affirment que les médias étaient leurs sources d'information, 36,9% des mères d'enfants ont affirmés avoir reçu des conseils sur l'allaitement exclusif au cscm.

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

<b>Cohabitation avec un grand parent</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Oui</b>	<b>217</b>	<b>51,7</b>
Non	203	48,3
Total	420	100,0

Près de 51,7% des enquêtées cohabitaient avec leur mère ou belle mère

**Tableau XII: Répartition des mères selon la taille du ménage**

<b>Taille du ménage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>[1-5]</b>	<b>224</b>	<b>53,3</b>
[6-10]	123	29,3
[11-15]	73	17,4
Total	420	100,0

L'effectif des membres de famille était entre 1-5 personne dans 53,3%

**Tableau XIII: Répartition des mères selon le prix de condiments par jour**

<b>Prix de condiments (francs cfa)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
1000f	55	13,1
<b>2000f</b>	<b>157</b>	<b>37,4</b>
3000f	133	31,7
4000f	75	17,9
Total	420	100,0

La majorité des mamans enquêtées avait un prix du condiment à 2000f/jour comme soit 37,4%

**Tableau XIV: Répartition des mères selon l'existence d'obstacles au cours de l'allaitement**

<b>Obstacles sur l'AE</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	105	25,0
<b>Non</b>	<b>315</b>	<b>75,0</b>
Total	420	100,0

Parmi les mères enquêtées 25,0% affirme avoir eu des difficultés lors de l'allaitement contre 75,0%

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

<b>Type de difficultés sur l'AE</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Seins douloureux	41	39,0
Engorgement mammaire	2	1,9
<b>Quantité insuffisante de lait</b>	<b>57</b>	<b>54,3</b>
Profession	5	4,8
Total	105	100,0

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

## B-Analyse Analytique

### B.1 Univariée

**Tableau XVI : Répartition de la pratique de l'allaitement exclusif en fonction de l'âge des mères**

Age des mères (en année)	Allaitement exclusif		Total
	Oui	non	
[15-25]	72	110	182
[26-35]	38	118	156
[36-45]	48	34	82
Total	158	262	420

**Ki2 :27,27**

**P : 0,00**

Il existe une relation statistiquement significative entre l'âge de la mère et la pratique de l'AE (p=0,00)

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

Statut matrimonial	Allaitement exclusif		Total
	Oui	non	
Mariée	142	240	382
Célibataire	16	21	37
Veuve	0	1	1
Total	158	262	420

**Ki2 : 1,134**

**P : 0,56**

Dans notre étude il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le statut matrimonial et la pratique de l'AE (p=0,56)

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

Niveau d'instruction	Allaitement exclusif		Total
	Oui	non	
<b>Scolarisée primaire</b>	<b>64</b>	<b>129</b>	<b>193</b>
Scolarisée secondaire	27	61	88
Scolarisée supérieure	22	20	42
Non scolarisée	45	52	97
Total	158	262	420

**Ki2 : 10,52                      P : 0,015**

Dans notre étude il existe relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et la pratique de l'AE (p=0,015)

**Tableau XIX : Répartition de la pratique de l'allaitement exclusif en fonction de la profession des mères**

Profession des mères	Allaitement exclusif		Total
	Oui	non	
<b>Ménagère</b>	<b>101</b>	<b>140</b>	<b>241</b>
Commerçante	44	76	120
Fonctionnaire	12	30	42
Tailleur	1	8	9
Etudiant	0	8	8
Total	158	262	420

**Ki2 10,92                                      P : 0,027**

Les ménagères ont plus pratique l'AE que les autres, Donc dans notre étude il existe une relation statistiquement significative entre la profession et la pratique de l'AE (p=0,027)

**Tableau XX : Répartition de la pratique de l'allaitement exclusif en fonction de la fréquence des tétées des mères**

Fréquence des tétées	Allaitement exclusif		Total
	Oui	non	
Plus de 8 fois	76	96	172
A la demande	82	166	248
Total	158	262	420

**Ki2 :5,35**

**p : 0,021**

Il existe une relation statistiquement significative entre la fréquence des tétées et la pratique de l'AE (p=0,021)

**Tableau XXI: Répartition de la pratique de l'allaitement exclusif en fonction de la Cohabitation avec un grand parent**

Cohabitation avec un grand parent	Allaitement exclusif		Total
	Oui	non	
Oui	92	125	217
Non	66	137	203
Total	158	262	420

**Ki2 :4,36**

**P : 0,037**

Il existe une relation statistiquement significative entre la cohabitation avec un grand parent et la pratique de l'AE (p=0,037)

**Tableau XXII : Répartition de la pratique de l'allaitement exclusif en fonction de soutien lors de l'AE**

Soutien	Allaitement exclusif		Total
	Oui	non	
Conjoint	109	179	288
Personnel de santé	46	50	96
Aucune personne	3	33	36
Total	158	262	420

**Ki2 : 17,50**

**P : 0,00**

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

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

**B.2 Multivariée**

	OR	IC pour OR à 95%		p-value
		Inférieur	Supérieur	
<b>Age maternel</b>				
36-45	Réf.			1
26-35	5,273	1,824	15,243	0,002
15-25	4,191	1,434	12,246	0,009
<b>Parité</b>				
Primipare	Réf.			
Paucipare	1,030	0,225	1,030	0,060
Multipare	0,965	0,398	0,164	0,041
Grande multipare	6,531	2,254	0,778	0,134
<b>Scolarisation</b>				
Non	Réf.			1
Oui	0,501	0,260	0,967	0,039
<b>Profession</b>				
Ménagère	Réf.			1
Commerçante	1,005	0,466	2,168	0,989
Fonctionnaire	5,401	2,295	12,711	0,000
Tailleur	9,798	2,064	46,504	0,004
Elève/Étudiante	4,007	0,611	26,287	0,148
<b>Cohabitation avec la mère ou belle-mère</b>				
Non	Réf.			1
Oui	3,317	1,697	6,485	0,000
<b>Voie d'accouchement</b>				
Voie basse	Réf.			1
Césarienne	4,119	1,775	9,557	0,001
<b>Tétée</b>				
A la demande	Réf.			1
plus de fois	0,804	0,417	1,550	0,515

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

Les mères âgées de 26 à 35 ans étaient 5 fois plus susceptibles de pratiquer l'allaitement maternel exclusif par rapport à celles de 36 à 45 ans. De même les mères âgées de 15 à 25 étaient 4 fois plus favorables à l'AME que les 36 à 45 ans.

# **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, l'objectifs de notre étude était d'évaluer les connaissances attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-6 mois sur l'allaitement maternel,

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 ( $\pm 0,64$ ) et les mariées étaient majoritaires avec 91,0%. Ces résultats étaient proches de ceux trouvés par Traoré. M en 2014 au Mali, qui trouve un moyen d'âge des mères de 26,86 ans ( $\pm 6,44$ ) et les femmes mariées étaient prédominantes (92,9%) [31]. Ceci était différent de celui de MecheriTouati.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 57,4% des mères étaient ménagères. Ce résultat est proche de celui de Ouattara A au Mali en 2023 qui trouve 55,6% des ménagères [34] Ce résultat est différent de celui de Sacko.K au Mali en 2017 ayant observé 60% [33]. La profession ménagère des mères était favorable à la pratique de l'allaitement maternel exclusif. 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 (46%), 21% avaient un niveau secondaire et 10% un niveau supérieur. Ces résultats étaient différents de ceux trouvé par Moyen E. 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 (46,9%), ces résultats étaient proches de ceux de Ouattara A ayant observé 45% étaient paucipares en 2023 au Mali [34], Ce résultat est différent de celui de MecheriTouati.D en Algérie en 2014 qui trouve 60% de multipare et 40% de primipare [32]. Nos résultats étaient différents de ceux de Bouanene. I en Tunisie en 2010 où 24,6% étaient des primipares [36].

### **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 taux de 71,7% des mères avaient donné le sein aussitôt (dans les 30 minutes) après l'accouchement. Ce résultat est différent de ceux de Ouattara A au Mali en 2023 et de Ben Slama. F et al au Maroc en 2010 qui ont trouvé que 14,1% et 20% des femmes donnaient le sein aussitôt après l'accouchement [34,37]. 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 forte proportion de l'allaitement dans les 30mn qui ont suivi l'accouchement dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les mères étaient informées par les médias 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 55,5% et 6,3% 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 Les difficultés rencontrées :**

Dans notre étude 68,6% des mères ont confirmé avoir le soutien du conjoint et 22,9% le soutien du personnel de la santé . Ce résultat est proche de ceux de Ouattara A au Mali en 2023 respectivement 68% et 22%, [34], les médias constituaient la principale source d'information soient 63,1% ,est proche de ceux de Ouattara A au Mali en 2023 environ 62,3% des cas des enquêtées [34]

Dans notre population d'étude 25% ont confirmé avoir eu des difficultés au cours de l'allaitement maternel exclusif, la quantité de lait insuffisant était majoritaire soit 54,3% des cas ,39% de nos enquêtées ont confirmé avoir eu douleur aux seins.

### **5.5 Allaitement exclusif :**

L'OMS et l'UNICEF conseillent un allaitement 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 », 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 exclusif. Elle s'inscrit dans le programme de développement socio sanitaire (PRODESS) qui, en matière d'allaitement exclusif, s'est fixé un objectif de 80% de femmes pratiquant l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois conformément à la recommandation de l'OMS [45].

L'étude a montré que le taux d'AME des nourrissons de 0 à 6 mois était de 38,2%. Ces résultats étaient proches de ceux de Ouattara A au Mali en 2023 qui trouve que l'allaitement exclusif est pratiqué chez 39,8% des enfants et 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 à Abidjan en 2014 qui trouve que l'allaitement exclusif est pratiqué chez 39,6% des enfants [34,46,47]. 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]. Cette faible proportion de l'AE dans notre étude pourrait s'expliquer par l'administration de l'eau et des tisanes à l'enfant. 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 [48]. Il faudrait aussi tenir compte des raisons médicales du non-respect de l'AE notamment avec l'existence de la pandémie de l'infection VIH.

### **5.5 Les facteurs qui influencent 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, fréquences des tétées, le soutien lors de l'allaitement avec des *p value inférieure à 0,05*. En effet, nous avons trouvé l'association entre l'AE et l'âge des mères. Ce résultat est similaire de ceux trouvés par Ouattara A, où les mères ayant l'âge inférieur à 25 ans avaient plus pratiqué l'AE que les autres [34].

Une bonne connaissance des avantages de l'AE et des conseils reçus sur l'AE

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

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, MelinaMgongo a trouvé que les mères ayant reçu des conseils après l'accouchement avaient plus de chance de pratiquer l'AE 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 N'Tabacoro Attbougou est de 38,2%. Ce phénomène est lié d'une part aux attitudes et pratiques de certaines mères qui donnent d'autres boissons (eau, tisanes...) aux nourrissons pour différentes raisons (profession, hypogalactie etc.). Plus de la moitié des mères enquêtées ont donné le sein à l'enfant immédiatement après l'accouchement (71,7%) et allaité leur enfant à la demande (59%) comme le recommande l'OMS. L'activité professionnelle des mères interrogées constitue le principal obstacle à l'accomplissement de l'AE. Ces facteurs ainsi identifiés sont modifiables. Leur prise en charge permettra d'améliorer la pratique de l'allaitement exclusif dans le quartier de N'Tabacoro Attbougou.

# **RECOMMANDATIONS**

## **7. RECOMMANDATIONS**

### **Aux autorités sanitaires :**

1. Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement exclusif durant les six premiers mois;
2. Mobilisation et formation des professionnels de santé plus spécifiquement les sage femmes qui assurent le plus grand nombre d'accouchement et de CPN ;
3. Aider les agences (OMS, UNICEF...) et les associations de soutien à l'allaitement pour la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois ;
4. Renforcer l'application des mesures permettant aux mères allaitantes de travailler et d'allaiter par le respect de l'octroi des congés de maternité et si possible la création des crèches près de leur lieu de travail pour leur permettre d'allaiter tout en conservant leur emploi ;
5. Légiférer sur la commercialisation du lait artificiel ;
6. Création des associations de soutien à l'allaitement.

### **Aux personnels de santé :**

1. Aider les mères à pratiquer l'allaitement dans la demie heure qui suit l'accouchement car cela aide à établir une relation affective très étroite entre la mère et son enfant ;
2. Renforcer les séances d'IEC en faveur de l'allaitement exclusif ;
3. Expliquer et sensibiliser les mères sur les avantages de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois ;

### **Aux mères :**

1. Respecter l'allaitement exclusif jusqu'à six mois puis l'introduction progressive d'autres aliments ;
2. Participer activement aux séances d'IEC ;
3. Et de rappeler que l'utilisation des biberons n'est pas recommandée en raison des risques de mauvaise stérilisation et de transmission possible d'agents pathogènes, ce qui fait courir à l'enfant des risques accrus de maladies et de malnutrition.

# **REFERENCES**

## 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-20133-page-63.htm>.
7. **Shirima R, Gebre-Medhin M, Greiner T.** Information and socioeconomic factors associated with early breast feeding 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.** Breast feeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health*. 2006 Apr; 16(2):162-7.
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.  
Disponiblesur:[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR\\_01\\_12/RHR\\_01\\_12\\_chap3\\_4.en.html](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 breast feed 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 over weight 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](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/fr/index.html).
- 29. WHO.** Update :Breast feeding 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.** 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 A., Oulamara H.** Allaitement et facteurs associés à Constantine. Nutrition clinique et métabolisme. 2014 ; 28 : 67 – 240.
- 33. Sacko K.** Pratique de l'Allaitement Maternel au CHU Gabriel Touré de Bamako. Health Sciences. Diseases. July – August 2019 ; 20 (4) :43-47.
- 34. Ouattara A.** Pratique de l'allaitement maternel exclusif au cscom de Niamana ; Mali Novembre 2023 ;427 :65p.
- 35. Moyen E. Moigny Gaju Y., Kambourou J.** 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 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: Breast feeding, a Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital, a 20-hour course for maternity staff, preliminary version. UNICEF; WHO. 2006; 27p.
- 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, SabléP.** 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. Shirima R, Gebre-Medhin M, Greiner T.** Information and socio economic Factors associated with early breast feeding practices in rural and urban Morogoro, Tanzania. Acta Pædiatr 2001; 90: 936–942. Stockholm. ISSN 0803-5253.

# **ANNEXES**

## 9. ANNEXES

### FICHE D'ENQUÊTE

Date de l'enquête : .../.../.../

Identification du quartier : N'Tabacoro Attbougou

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 prix du condiment ? :-----

-----

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 ?

1- voie basse,

2 -césarienne



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

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

6 = 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 aînés avec du lait maternel? :-----  
-----

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

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** DIAO

**Prénom :** Ousmane

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

**Pays d'origine :** Mali

**Ville de soutenance :** Bamako

**Secteur d'intérêt :** Sante publique-Nutrition-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 N'Tabacoro

**Numéro de téléphone :** 71893208

**Résumé :** Notre étude a été une étude transversale, descriptive consistant à recueillir simultanément des informations sur la pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de 0 à 6 mois au centre de santé communautaire de N'Tabacoro (ASACOTAB) pendant une période de 2 mois, allant du 20 Novembre 2023 au 20 Janvier 2024.

Nous avons interrogé 420 femmes. Les résultats ont montré que l'âge moyen des mères était de 25,33 ans ; 46% de ces mères étaient scolarisées niveau primaire ; 57,4% étaient ménagères ; la quasi-totalité des mères 91% étaient mariées et 46,9% étaient des paucipares.

Les proportions des mères ayant optée pour la pratique de l'AME jusqu'à 6 mois étaient de 38,2%. Aussi une forte proportion des mères (71,7%) 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 (59%). La tisane et l'eau ont été, les principaux aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons avant l'âge de 6 mois.

**Mots clés :** Pratique-AME

## MATERIAL SAFETY DATA SHEET

**Name:** DIAO

**First name:** Ousmane

**Thesis title:** Exclusive breast feeding from 0 to 6 months: Knowledge, attitudes and practices of mothers at the N'Tabacoro health center (ASACOTAB).

**Country of origin:** Mali

**City of defense:** Bamako

**Sector of interest:** Public Health-Nutrition-Pediatrics

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

**PURPOSE:** To study the acceptability of exclusive breast feeding among mothers of children aged 0 to 6 months at the N'Tabacoro health center.

**Telephone number:** 71893208

**Summary:** Our study was a cross-sectional, descriptive and study consisting of simultaneously collecting information on Exclusive breast feeding from 0 to 6 months: Knowledge, attitudes and practices of mothers of children at the Tabacoro health center (ASACOTAB) during a period of 2 months, from November 20, 2023 to January 20, 2024. We interviewed 420 women. The results showed that the average age of mothers was 25.33 years; 46% of these mothers were educated at primary level; 57.4% were housewives; Almost all of the mothers 91% were married and 46.9% were paupers.

The proportions of mothers who opted for the practice of AME up to 6 months were 38.2%. Also a strong proportion of mothers (71.7%) breast fed their children within 30 minutes of giving birth and the majority of them breast fed their children on demand (59%). Herbal tea and water were the main foods introduced into the diet of infants before the age of 6 months.

**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 la 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 de mes confrères si j'y manque !*

***Je le jure !***