

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



F.M.O.S

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

TITRE

**EVALUATION DES CONNAISSANCES ET ATTITUDES
DES PROFESSIONNELS DE SANTE
DU CHU GABRIEL TOURE RELATIVES
L'ALLAITEMENT MATERNEL**

MEMOIRE

Présenté et soutenu publiquement le **29 / 04 / 2021** devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par Dr BELCO BOCOUM

Pour obtenir le diplôme d'études spécialisées (D.E.S) de Pédiatrie.

Jury

Présidente : Pr Mariam SYLLA

Membres : Pr Boubacar TOGO

Pr Abdoul Aziz DIAKITE

Co-directrice : Dr Leyla B MAIGA

Directrice : Pr Fatoumata DICKO

Nous dédions ce travail....

A nos parents qui nous ont toujours encouragés et soutenus dans les épreuves les plus difficiles. Ce travail est donc l'aboutissement de vos efforts. Aucun mot ici ne pourrait exprimer suffisamment mon amour et ma reconnaissance éternelle.

Nos remerciements **aux ami(es), collègues** pour leur contribution à notre réussite universitaire.

Tous nos respects et reconnaissances envers nos **maîtres** pour l'enseignement offert.

A tout le **personnel de l'Unité de néonatalogie et du service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré** qui nous ont offert quelques minutes de leur temps précieux pour fournir des réponses à notre questionnaire.

Nous aimerions aussi exprimer notre gratitude à tout le **personnel du CHU Gabriel Touré** pour leur bonne collaboration.

Enfin nous remercierons une **personne très spéciale** qui n'aurait pas aimé que nous mentionnons son nom ici, sans votre aide l'élaboration de ce document allait être impossible.

A notre Maître et Présidente du Jury

Pr Mariam Sylla

- ✓ Professeur titulaire de pédiatrie à la FMOS
- ✓ Vice-doyen de la FMOS
- ✓ Coordinatrice du DES de pédiatrie
- ✓ Responsable du centre d'excellence pédiatrique de prise en charge du VIH au CHU GT de Bamako
- ✓ Membre du comité d'experts pédiatrie d'Afrique subsaharienne
- ✓ Présidente de l'Association Malienne de Pédiatrie (A.MA.PED)

Chère Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury chargé de juger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques font de vous une personne respectable et admirée.

Recevez ici cher Maître, nos sincères remerciements et notre respect.

Puisse Allah vous garder longtemps auprès de nous.

A nos Maîtres et Membres du Jury

Pr Boubacar Togo

- ✓ Professeur titulaire en Pédiatrie à la FMOS
- ✓ Chef de filière en pédiatrie à la FMOS
- ✓ Pédiatre et Hémato-oncologue
- ✓ Chef de département de la pédiatrie du CHU Gabriel TOURE de Bamako
- ✓ Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique.
- ✓ Membre de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC)
- ✓ Secrétaire général du Groupe Franco-Africain d'Oncologie pédiatrique (GFAOP)

Pr Abdoul Aziz Diakité

- ✓ Maître de conférences agrégé de pédiatrie à la FMOS
- ✓ Spécialiste en hématologie pédiatrique
- ✓ Diplômé universitaire en surveillance épidémiologique des pathologies infectieuses tropicales
- ✓ Chef de service de pédiatrie générale
- ✓ Responsable de l'Unité de prise en charge des enfants atteints de drépanocytoses au CHU-GT de Bamako

Chers Maîtres,

Nous sommes honorés et fiers d'avoir été votre élève et de profiter de vos connaissances.

Recevez ici toutes notre gratitude et nos sincères reconnaissances.

A notre Maître et Co Directrice de Mémoire

Dr Leyla B. Maiga

- ✓ Pédiatre
- ✓ Praticienne hospitalière à la néonatalogie au CHU Gabriel Touré

Chère Maître,

Vous avez été une grande sœur pour nous.

Votre sens du partage, votre esprit d'organisation et surtout votre modestie font de vous un modèle. Soyez assurée de notre estime et de notre profond respect.

A notre Maître et Directrice de Mémoire

Pr Fatoumata Dicko

- ✓ Professeur titulaire de pédiatrie à la FMOS
- ✓ Chef de service de la néonatalogie du CHU Gabriel Touré,
- ✓ Coordinatrice des études de médecine communautaire,
- ✓ Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (A.MA.PED)
- ✓ Secrétaire générale de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (A.P.A.N.F)
- ✓ Membre du Collège Ouest Africain des Médecins.

Chère Maître,

Que vous ayez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations fut pour nous un honneur et un grand privilège.

Nous avons été fascinés par votre démarche scientifique, votre franc-parler, et votre souci de transmettre vos immenses connaissances.

Permettez-nous de vous dire merci pour votre disponibilité.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AME: Allaitement maternel exclusif

AM : Allaitement maternel

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

D.E.S : Diplôme d'Etude Spécialisée

EDS : Enquête démographique et de santé

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

INSTAT : Institut National de la Statistique

SLM: Substituts du Lait Maternel

UNICEF: United Nations International Children Education Fund

USTTB: Université des Sciences, des Techniques Et des Technologies de Bamako

OMS/WHO: Organisation mondiale de la santé

Pr : Professeur

Dr : Docteur

RIAP : Relevé individuel d'activité professionnel

Figure 1 : Carte montrant le CHU Gabriel Toure et les sites d'etude.....	8
Figure 2: Répartition des enquêtés selon l' âge.....	16
Figure 3: Répartition des enquêtés selon le sexe.....	17
Figure 4: Répartition des enquêtés selon l'unité d'exercice	17
Figure 5: Répartition des enquêtés selon l'expérience personnelle ou familiale d'AME	18
Figure 6: Répartition des enquêtés selon la formation initiale reçue sur l'AM	18
Figure 7 : Répartition des enquêtés selon la période de la dernière formation	19
Figure 8 : Répartition des enquêtés selon la formation complémentaire reçue sur l'AM.....	20
Figure 9 : Répartition des enquêtés selon la formation complémentaire reçue sur l'AM.....	21
Figure 10 : Répartition des enquêtes selon l'année de la dernière formation complémentaire sur l'AM	21
Figure 11 : Répartition des enquêtés selon la durée de la dernière formation complémentaire sur l'AM	22
Figure 12: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction par rapport aux formations reçues.....	22
Figure 13 : répartition des enquêtés selon la connaissance du taux d'AME chez les moins de 6 mois au mali	23
Figure 14 : Répartition des enquêtés selon l'avis sur la possibilité de l'AME chez des jumeaux à terme	26
Figure 15 : Répartition des enquêtés selon l'abord du sujet de l'allaitement maternel avec les mères	39
Figure 16 : Répartition des enquêtés selon le moment où le sujet de l'allaitement maternel a été abordé avec les mères	39
Figure 17 : Répartition des enquêtés selon le sentiment d'être démuné devant certains problèmes liés à l'AM	40
Tableau 1: Répartition des enquêtés selon le profil	15

Tableau 2: Répartition des enquêtés selon la connaissance des avantages de l'AME	25
Tableau 3: Répartition des enquêtés selon la connaissance des Critères d'efficacité de l'allaitement maternel.....	27
Tableau 4: Répartition des enquêtés selon la connaissance des avantages de la tétée précoce	28
Tableau 5: Répartition des enquêtés selon la connaissance des signes indiquant une bonne tétée	29
Tableau 6: Répartition des enquêtés selon la connaissance du nombre moyen de tétées par jour d'un nourrisson de 2 mois.....	27
Tableau 7: Répartition des enquêtés selon la connaissance des durées de conservation du lait maternel (LM)	31
Tableau 8: Répartition des enquêtés selon l'impact de la formation complémentaire sur la connaissance des durées de conservation du LM.....	33
Tableau 9: Répartition des enquêtés selon la connaissance sur le principe de l'allaitement maternel à la demande.....	34
Tableau 10: Répartition des enquêtés selon la connaissance des avantages offerts par l'allaitement maternel à la demande	34
Tableau 11: Connaissance des enquêtés sur les effets de l'ajout de substituts de lait de mère ou d'autres compléments dans l'alimentation du nouveau-né	35
Tableau 12: Répartition des enquêtés selon la connaissance des indications médicales de prescription de substituts de lait de mère (SLM)	36
Tableau 13: Enquêtés selon l'impact de l'expérience personnelle ou familiale d'AME sur la connaissance des indications de prescription des substituts du lait de mère.....	37
Tableau 14: Enquêtés selon l'impact de la formation complémentaire sur la connaissance des bonnes indications de prescription des substituts de lait de mère.....	38
Tableau 15: Répartition des enquêtés selon les situations pour lesquelles ils se sentent démunis.	44
Tableau 16: Répartition des enquêtés selon les personnes sollicitées en cas de difficultés concernant l'allaitement maternel	452
Tableau 17: Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une insuffisance de lactation ...	43
Tableau 18: Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une notion de constipation chez un bébé nourri uniquement au sein	44
Tableau 19: Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une crevasse du sein droit	45
Tableau 20: Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une mastite inflammatoire.....	46
Tableau 21: Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer un engorgement mammaire.....	47
Tableau 22: Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une mère allaitante tabagique active.	48

TABLE DES MATIERES

MEMOIRE	I
INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	4
- Objectif général.....	4
- Objectifs spécifiques	4
1. MATERIEL ET METHODES	5
1.1. Cadre et lieu d'étude	5
1.2. Type et période d'étude.....	8
1.3. Population d'étude.....	8
1.4. Échantillonnage.....	9
1.5. Collecte des données	9
1.6. Recueil et analyse des données.....	10
1.7. Considérations éthiques	Erreur ! Signet non défini.
1.8. Déroulement de l'évaluation.....	12
2. RESULTATS	15
2.1. Profil et caractéristiques socio-professionnels des enquêtés.....	16
2.2. Type de formation reçue sur l'allaitement maternel.....	18
2.3. Connaissances sur l'allaitement maternel.....	24
2.4. Attitudes des professionnels de santé relatives à l'allaitement maternel	39
3. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	49
3.1. Profil et caractéristiques socio-professionnelles des enquêtés.....	49
3.2. Formation sur l'allaitement maternel.....	50
3.3. Connaissances sur l'allaitement maternel.....	51
3.4. Attitudes des professionnels de santé relatives à l'allaitement maternel....	62
4. CONCLUSION / RECOMMANDATIONS	62
4.1. CONCLUSION	62
4.2. RECOMMANDATIONS	70
REFERENCES.....	64
ANNEXES	i
Questionnaires.....	i

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est une pratique naturelle où l'enfant reçoit les éléments nécessaires pour sa croissance et son développement. Au cours de cette pratique se poursuit la parfaite relation symbiotique préétablie pendant la grossesse entre la mère et son enfant [1]. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de vie, et sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans voire au-delà améliore la santé de l'enfant tout au long de sa vie et diminue les dépenses des familles, des établissements de santé et des pouvoirs publics [2].

Chaque année, on estime à 2,7 millions le nombre de décès d'enfants imputables à la sous-nutrition, soit 45% du total des décès d'enfants [2,3]. L'alimentation du nourrisson, surtout les deux premières années de vie, est primordial pour améliorer leur survie en réduisant le taux de morbidité et de mortalité et contribue à un développement harmonieux. En effet, 820 000 enfants de moins de 5 ans seraient sauvés s'ils étaient nourris au sein jusqu'à 2 ans [2,3]. C'est pourquoi en 2001, l'OMS, a recommandé un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie, et sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans voire au-delà en fonction du souhait des mères. Nous constatons fort malheureusement que cette recommandation n'est pas suivie dans le monde surtout dans les pays africains où elle reste faible. L'Afrique de l'ouest et du centre apparaissent ainsi en queue du classement [4].

Au Mali, malgré des actions entreprises, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif reste l'une des plus faibles des pays africains. La sixième Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSVI) a montré une ascension de 33 % en 2013 à 40 % en 2018 [5].

Cette décision d'allaiter ou pas son enfant doit rester celle de la mère et du couple, sous réserve qu'ils aient été informés de manière claire et objective sur les bénéfices pendant la grossesse, à la naissance et encouragés dans les mois



qui suivent par des professionnels de santé. Ceux-ci doivent donc se montrer compétents pour prévenir, gérer les problèmes liés à l'allaitement voire orienter vers les personnes appropriées. Ces compétences sur l'allaitement peuvent être acquises lors de la formation initiale puis améliorées par le biais de formations complémentaires.

Une insuffisance de formation, de préparation au soutien et au suivi des mères allaitantes a été documentée dans la littérature médicale [6-8].

En Haute-Vienne, d'après une étude faite en 2003, la majorité des médecins enrôlés conseillaient l'allaitement maternel. Les messages, les conseils, les attitudes et les réponses pratiques de ceux-ci face aux mères allaitantes, en difficultés ou non, étaient très variables d'un médecin à l'autre, au sein d'une même équipe ou d'une équipe à l'autre, car elles n'étaient pas soutenues par des connaissances théoriques et pratiques collectives appropriées [1].

Très peu de pharmaciens de la métropole lilloise savaient qu'il fallait corriger la position du bébé au sein en cas de crevasses [9].

Au Mali, moins du quart du personnel soignant enquêté connaissait le délai d'initiation de la première tétée [10]. Ce manque de connaissances était commun à d'autres professionnels de santé tels que les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens [11-12] et influe sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel [13].

Les services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CHU-GT sont des structures de troisième niveau de référence pour la prise en charge des nouveau-nés et de leur maman. Ce dernier fait en moyenne trois mille quatre-cent soixante-quatorze (3474) accouchements par an [14]. Les médecins en cours de spécialisation du diplôme d'études spécialisées (D.E.S), les sages-femmes, infirmiers et les thésards sont les acteurs de premier recours, les conseillers et le pivot de la prise en charge du nouveau-né et de sa mère. Ils jouent un rôle important dans l'alimentation de l'enfant ainsi que dans la gestion des difficultés



liés à l'allaitement. Malheureusement force est de constater qu'en dehors des cours théoriques reçus pendant le cursus de base, très peu de formations sont faites en ce sens à l'intention de ces professionnels prenant en charge les nouveau-nés.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances et attitudes des professionnels de santé des services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako, relatives à l'allaitement maternel.



OBJECTIFS

- Objectif général

Evaluer les connaissances et attitudes des professionnels de santé des services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako relatives à l'allaitement maternel.

- Objectifs spécifiques

1. Déterminer le profil et caractéristiques socio-professionnels ;
2. Déterminer le type de formation reçue sur l'allaitement maternel ;
3. Apprécier les connaissances des professionnels de santé relatives à l'allaitement maternel ;
4. Décrire l'attitude des professionnels de santé devant les difficultés liées à l'allaitement maternel.



1. MATERIEL ET METHODES

1.1.Cadre et lieu d'étude

Notre étude a été réalisée dans les services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré (CHU GT) de Bamako.

1.1.1. Service de néonatalogie

Structure de dernier recours pour la prise charge des nouveau-nés, elle a été créée en 1999 et rénovée en 2008 puis en 2020. Elle est située à l'étage du département de Pédiatrie et comporte une salle d'hospitalisation kangourou, un hall d'accueil, des bureaux, une salle d'accueil et de tri des nouveau-nés reçus en urgence, une salle de réunion, un magasin et cinq salles d'hospitalisation réparties comme suit :

- ✓ une salle pour les nouveau-nés à terme stables,
- ✓ une salle pour les nouveau-nés à terme instables,
- ✓ une salle pour les prématurés stables,
- ✓ deux salles pour les prématurés instables.

Cette unité a une capacité d'accueil de 46 places (berceaux, incubateurs, tables chauffantes) et hospitalise en moyenne par an 3900, soit 43% des hospitalisations du département de pédiatrie [15].

- Personnel

Le personnel permanent de la néonatalogie est constitué par deux (2) professeurs titulaires, sept (7) pédiatres, neuf (9) techniciens supérieurs de santé, cinq (5) sages-femmes, dix-huit (18) techniciens de santé, une (1) aide-soignante, un (1) surveillant de garde. Ceux-ci sont appuyés par les médecins en cours de spécialisation en pédiatrie et les étudiants en médecine en fin de cycle ou les thésards.



- Activités

Elles consistent à prendre en charge les patients de 0 à 28 jours (consultations, hospitalisations), à former les médecins en cours de spécialisation de pédiatrie pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S) ainsi que les étudiants en médecine, à faire les activités de soins mère kangourou, à mener les activités de recherche et à appuyer les différents programmes nationaux de santé.

1.1.2. Service de gynécologie-obstétrique

Ce service est logé dans un bâtiment à deux niveaux comportant les unités suivantes :

- Une unité de consultation en gynécologie-obstétrique ;
- Une unité de maternité constituée de 3 lits d'accouchement et de 3 lits pour la surveillance des malades accouchées pendant les 1ères heures du post partum ;
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Une unité d'hospitalisation comportant 52 lits d'hospitalisation ;
- Une unité d'urgence qui reçoit les cas de complications obstétricales et gynécologiques référés des différentes structures sanitaires de Bamako et du Mali
- Deux unités de bloc opératoire dont l'une pour les urgences et l'autre pour les interventions programmées ;
- Une unité de saisie des dossiers obstétricaux et gynécologiques ;
- Une unité de soins après avortement ;
- Une salle de réunion.

- Personnel

- Trois professeurs de gynécologie-obstétrique ;
- Trois gynécologues-obstétriciens praticiens hospitaliers ;
- Des sages-femmes ;



- Dix infirmières ;
- Trois aides de bloc ;
- Des techniciens de surface
- Des étudiants en thèse de doctorat de médecine.
- Des médecins en cours de spécialisation en gynécologie-obstétrique

- Activités

Elles visent à offrir une prise en charge quotidienne aux femmes enceintes ou non (consultations, hospitalisations, accouchement), assurer des interventions programmées ou des urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales, faire le dépistage quotidien des dysplasies du col de l'utérus, former les médecins en cours de spécialisation pour l'obtention du Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S) en gynécologie-obstétrique ainsi que les étudiants en médecine.



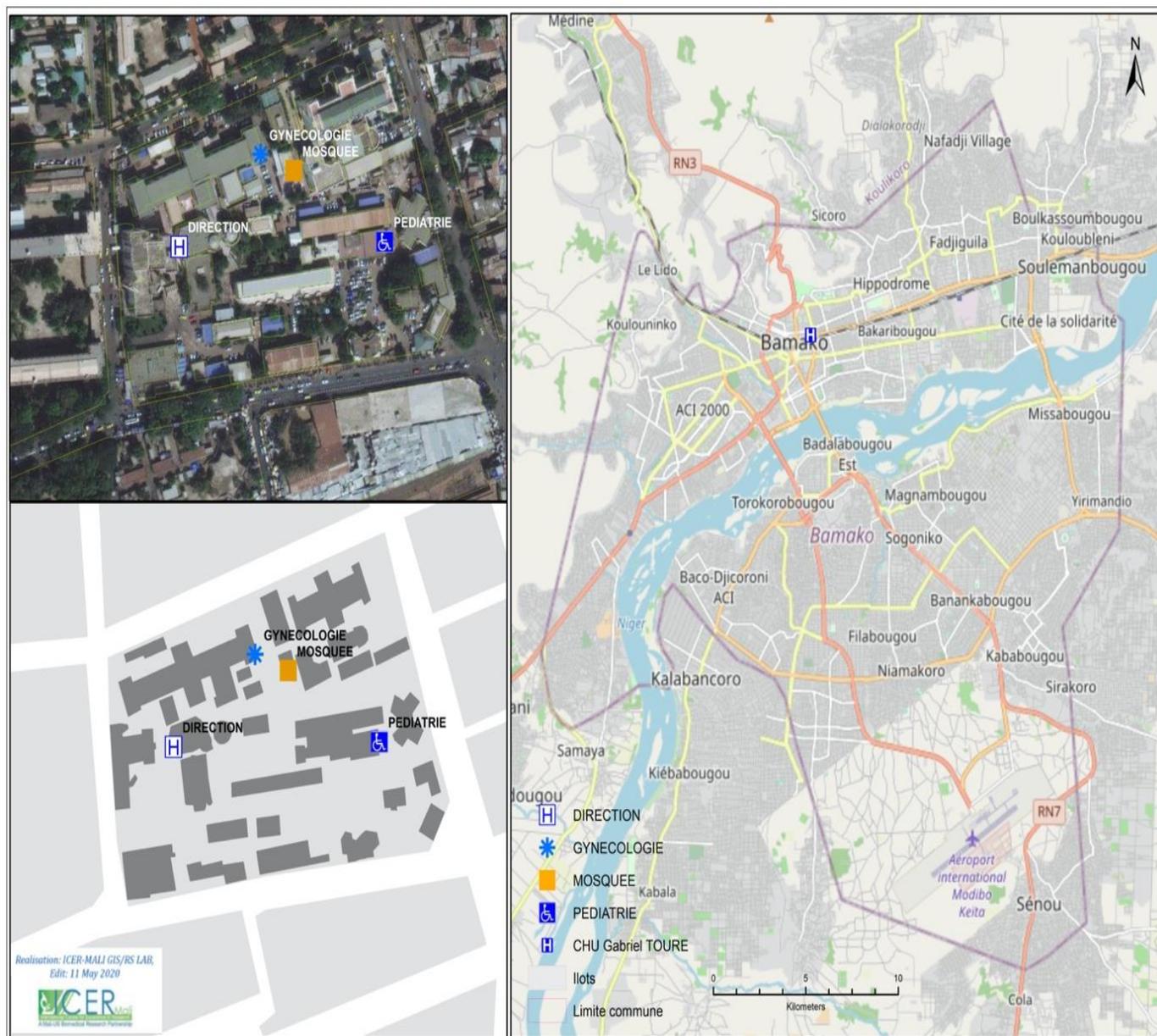


Figure 1 : Carte montrant le CHU Gabriel Touré et les sites d'étude

1.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective qui s'est déroulée sur une période d'un mois, allant du 12 avril au 12 mai 2020.

1.3. Population d'étude

L'étude avait pour cible les professionnels de santé des services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako.



1.4. Échantillonnage

❖ Critères d'inclusion

Ont été inclus les professionnels travaillant dans le service de néonatalogie ou de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako et ayant accepté de remplir le questionnaire sur l'allaitement maternel pendant la période de l'étude après un consentement éclairé.

❖ Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus les professionnels ayant refusé de remplir le questionnaire ou absents pendant la période d'étude

1.5. Collecte des données

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire individuel. Ce questionnaire a été préalablement testé sur cinq professionnels de santé travaillant dans les services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako dont : trois D.E.S, une infirmière et une sage-femme. Après le pré-test, les questionnaires ont été distribués et remplis en notre présence de façon instantanée par ces professionnels.



Photo 1 : Remplissage du Questionnaire par les professionnels de santé



1.6. Recueil et analyse des données

Les données étaient extraites du questionnaire par simple lecture puis saisies sur le logiciel Excel. Trente-neuf (39) variables portant sur six (4) principaux chapitres ont été renseignées :

- Profil et caractéristiques socio- professionnelles ;
- Type de formation reçue sur l'allaitement maternel ;
- Connaissances des professionnels de santé sur l'allaitement maternel ;
- Attitudes des professionnels de santé relatives à l'allaitement maternel

Leurs analyses ont été faites sur Excel 2010, la saisie des textes et figures sur Word 2010.

1.7. Déroulement de l'évaluation

Un questionnaire standardisé a été élaboré sur les connaissances relatives à l'allaitement maternel après une revue de la littérature [5, 16, 17, 19, 20, 21].

Ainsi plusieurs séries de questions à choix multiples destinées à tester le niveau de connaissance sur divers aspects de l'allaitement maternel ont été proposées aux enquêtés. Parmi celles-ci, les enquêtés devraient choisir la réponse correcte pouvant être unique ou parfois multiples (deux à trois).

Pour les différentes questions, les réponses suivantes ont été considérées comme bonnes.

- Quel est le taux d'allaitement maternel exclusif au Mali ?

Selon l'EDSM 2018, 40% des enfants de moins de 6 mois ont été exclusivement allaités au sein.

- Quels sont les avantages de l'allaitement maternel exclusif ?

D'après le guide d'AM 2019, l'allaitement maternel est associé à une croissance optimale, une fréquence moindre des infections respiratoires et des allergies ; il favorise même la réponse du bébé pour certains vaccins.



- L'allaitement maternel exclusif est-il possible et suffisant pour des jumeaux à terme ?

L'allaitement maternel exclusif est parfaitement possible et bénéfique comme il l'est pour les autres enfants mais une aide soutenue des mères est particulièrement nécessaire.

- Qu'est-ce qu'une tétée précoce favorise-t-elle ?

Une tétée précoce favorise une succion efficace, accélère le transit et diminue la fréquence de l'ictère néonatal.

- Quels sont les signes ci-dessous indiquant une **bonne prise de sein?**

Afin que le bébé tète efficacement, il faut veiller à ce que la mère soit en bonne santé et assis confortablement, qu'il y ait une bonne interaction entre la mère et le bébé, que la bouche du bébé soit grande ouverte, que le menton collé soit au sein et que l'aréole soit plus visible au-dessus de la lèvre supérieure.

- A 2 mois, un bébé nourri au sein tète en moyenne combien de fois ?

Durant les premiers mois de vie le nourrisson tète 8 à 12 fois par jour, chaque tétée durant en général de 10 à 45 minutes.

- Quels sont les critères d'efficacité d'un allaitement maternel ?

Un allaitement maternel est considéré comme étant efficace si : au moins 6 couches sont mouillées par jour, les selles fréquentes, indolores et de couleur jaune d'or ou si le poids de naissance est rattrapé à dix-jours de vie.



- Comment expliquez- vous le principe de l'allaitement maternel à la demande ?

L'allaitement maternel à la demande consiste à proposer le sein à chaque phase d'éveil calme sans attendre les pleurs et sans se donner de durée minimale entre deux tétées. Toutefois si le bébé présente des coliques ou un reflux important, on pourrait espacer un peu les tétées afin de soulager ses symptômes.

- Quels sont les avantages offerts par l'allaitement maternel à la demande ?

L'allaitement à la demande diminue la perte de poids du nouveau-né et le risque de congestion mammaire.

- Malgré les bienfaits du lait maternel certaines situations médicales obligent la prescription du lait artificiel ou substituts de lait de mère lesquelles ?

Certaines situations ont été citées comme des indications médicales de prescription de complément de lait artificiel :

- montée laiteuse tardive de plus de 4 jours ;
- la perte de poids de 7 à 10 pourcent associée à un des signes qui suivants (déshydratation, ictère important, succion inefficace, somnolence) ;
- hypoglycémie documentée ;

- L'ajout de lait artificiel ou d'autres compléments dans l'alimentation du nouveau-né permet-il ?

L'ajout de complément dans l'alimentation du nouveau-né expose à un risque de baisse de la lactation par le fait que le bébé stimulera moins le sein et cela interférera sur le système d'offre et de la demande, mais aussi



avec l'apprentissage du bébé à téter le sein car à chaque fois qu'il tète, il perfectionne sa technique.

- Que faites-vous lorsqu'une mère allaitante exclusivement vous signale qu'elle n'a pas assez de lait ?

Lorsqu'il y a une baisse de la lactation la première des choses à faire est d'observer la tétée pour rechercher des signes de mauvaise prise de sein, lui donner des conseils et lui proposer de la revoir dans 48h. Si l'enfant est mal positionné, le sein n'est pas assez stimulé et la production de lait qui se fait par rétrocontrôle positif ne se fera pas.

- Quelles sont les durées de conservation du lait maternel ?

Les durées de conservation du lait maternel sont de 4 heures à l'air libre en dessous de 25°C, 48h au réfrigérateur et 4 mois au congélateur.

- Que dites-vous quand une mère soucieuse vous appelle parce que son bébé nourri uniquement au sein est constipé depuis 3 jours ?

Vous la rassurez, et vous lui expliquez qu'au sein le transit n'est pas régulier et varie d'une selle après chaque tétée à 1 selle par semaine ; mais tant que la prise de poids est bonne, que les couches sont bien mouillées et qu'il n'y a pas de douleur, il n'y a pas lieu de faire un bilan et encore moins de prescrire des laxatifs.

- Quelle serait votre attitude devant une maman qui présente des crevasses du sein droit ?

Les crevasses sont dues à une mauvaise position du bébé au sein donc encouragez-la à prendre une bonne position et à la varier.



- Vous la revoyez 4 jours plus tard car elle a une fièvre 38,5°C ; le sein droit est maintenant rouge, gonflé et douloureux dans le quadrant supéro- externe. Vous concluez à une mastite inflammatoire, que faites-vous ?

En cas de mastite inflammatoire poursuivre l'allaitement sur les 2 seins en conseillant la position du ballon de rugby qui vide bien le quadrant externe du sein, soulager la douleur avec de l'ibuprofène, la revoir dans 24 à 48h pour la mettre sous antibiotiques en cas d'échec.

- Que conseillez-vous à une mère allaitante qui présente depuis 3 jours un engorgement mammaire bilatéral ?

L'engorgement est le plus souvent dû à une obstruction des canaux galactophores. Il faut alors continuer l'allaitement en augmentant la fréquence des tétées et en commençant par le sein douloureux. Si cela est insuffisant, prendre une douche chaude et faire des massages ou faire une expression manuelle si les tétées sont trop douloureuses.

- Une maman tabagique active qui ne parvient pas à se sevrer vous demande si elle pourra quand même allaiter son bébé. Que lui répondez-vous ?

Une mère tabagique ne doit pas hésiter à allaiter le bébé au sein, car mieux vaut fumer et allaiter que fumer et ne pas allaiter. Cependant elle doit prendre garde de ne pas fumer dans les 2 h précédant une tétée.

1.8.Considérations éthiques

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies ont été préservés. Tous les personnels étaient informés à l'avance et leur consentement éclairé a été obtenu.



2. RESULTATS

Pendant la période de l'étude, 190 professionnels de santé ont été identifiés comme assurant la prise en charge des nouveau-nés dans les deux services.

Parmi eux, 150 ont pu être enquêtés soit 78,9%.

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon le profil

Profil	Effectif enquêté par profil	Effectif total par profil	% enquêté par profil	% profil sur l'effectif total
Pédiatres	8	10	80	5,3
Gynécologue	1	6	16,7	0,7
D.E.S de pédiatrie	44	51	86,3	29,3
D.E.S de gynécologie	20	28	71,4	13,3
Infirmiers	24	31	77,4	16
Sages-femmes	33	39	84,6	22
Thésards	20	25	80	13,3
Total	150	190	78,9	100

Toutes les catégories ont participé à l'étude. Les gynécologues ont été les moins représentés.



2.1. Profil et caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé

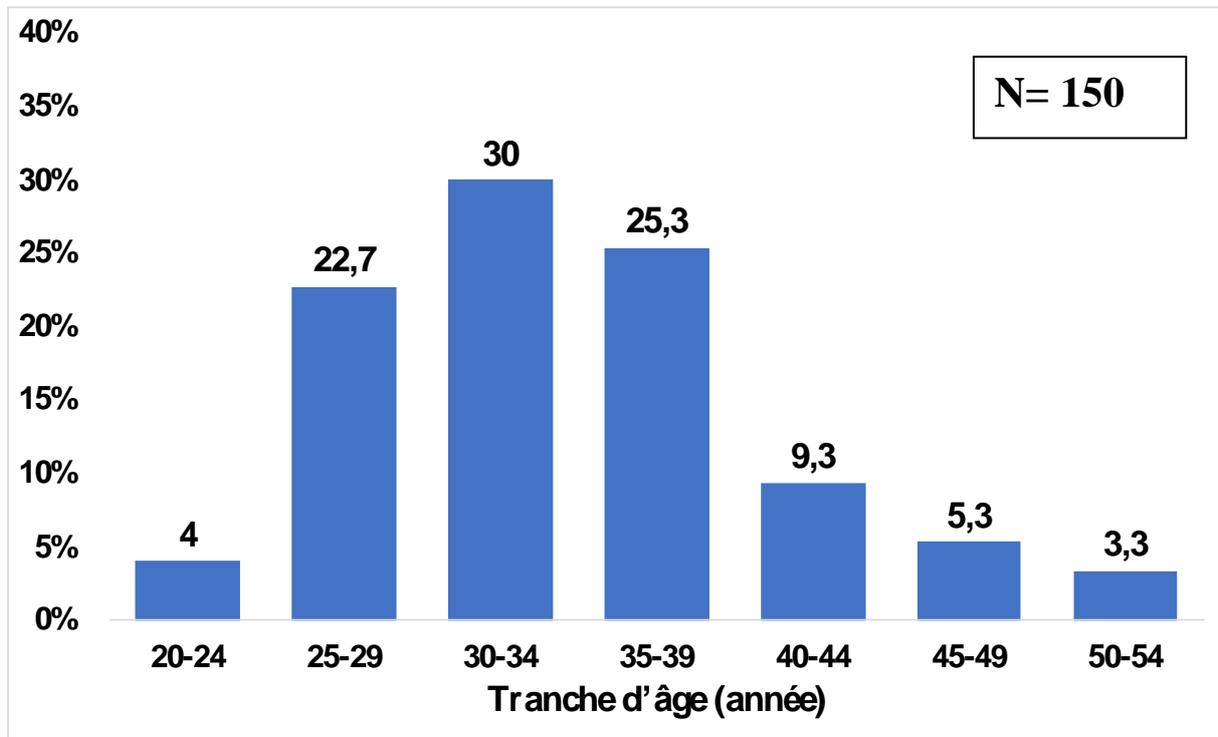


Figure 2 : Répartition des enquêtés selon l'âge

Moins du tiers des enquêtés (soit 30%) avaient un âge compris entre 30 et 34 ans. L'âge moyen était de 34 ans avec des extrêmes de 22 et 54 ans.



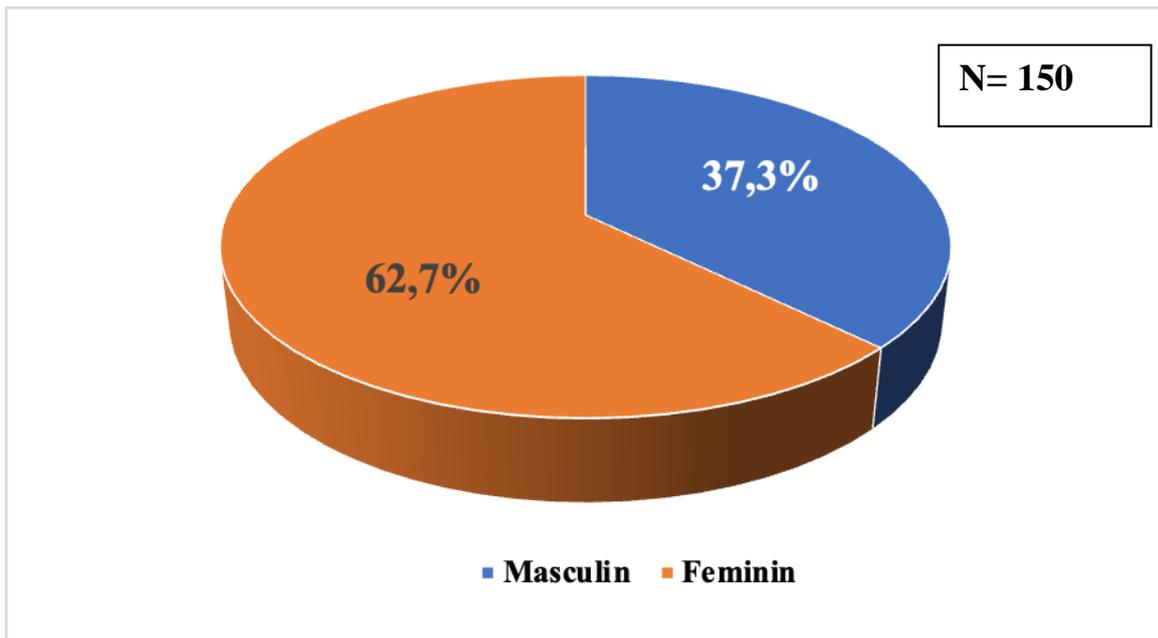


Figure 3 : Répartition des enquêtes selon le sexe

Le sex-ratio était de 0,6 en faveur des femmes.

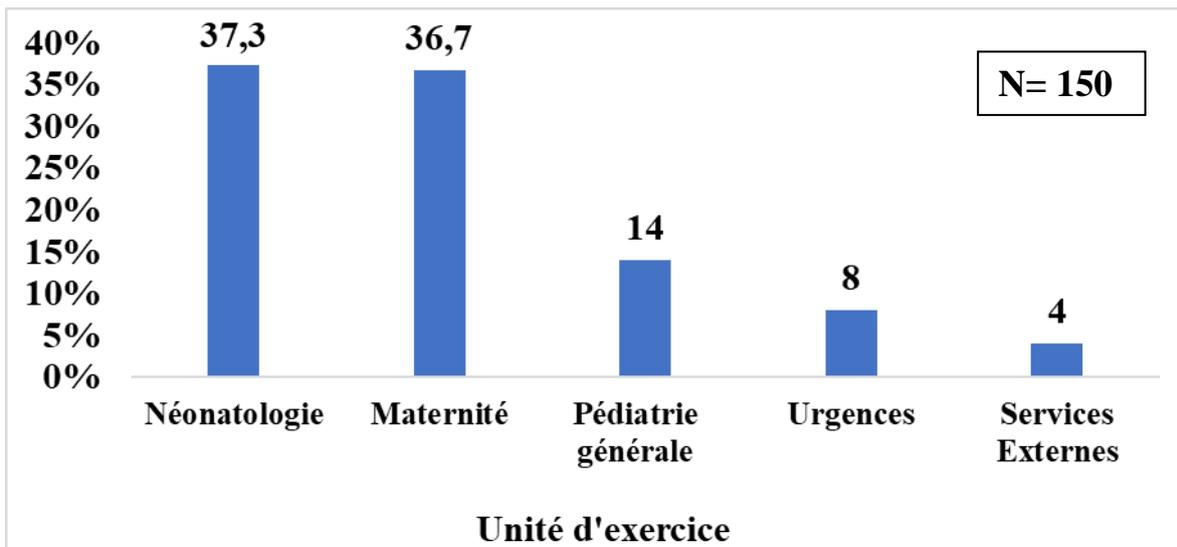


Figure 4 : Répartition des enquêtés selon l'unité d'exercice

Environ 37,3% des enquêtés exerçaient dans le service de néonatalogie.



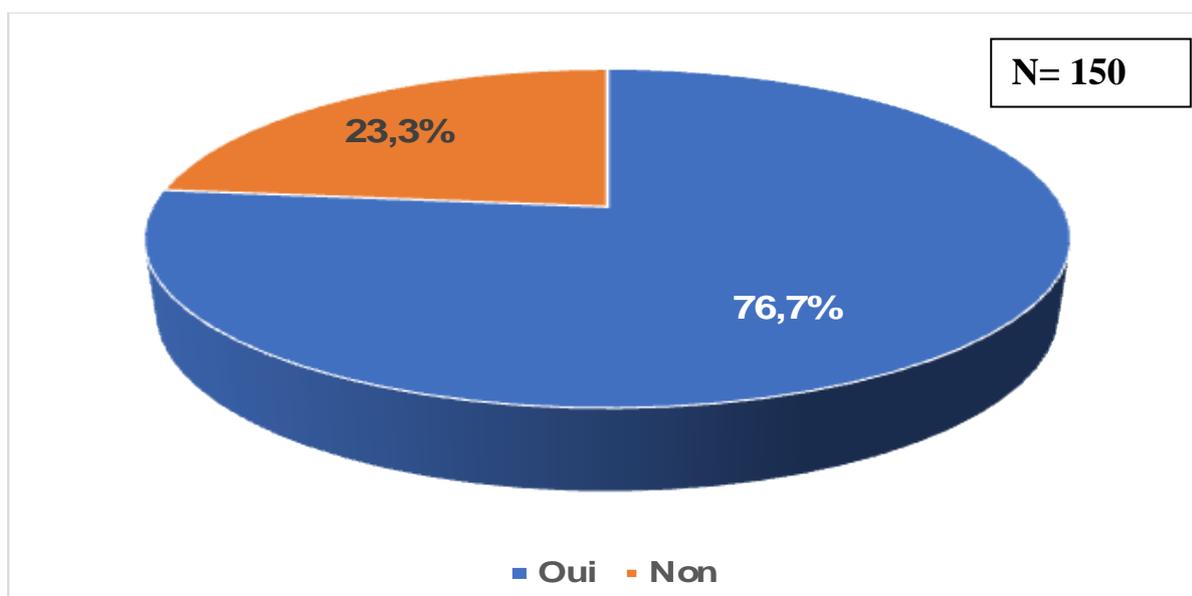


Figure 5 : Répartition des enquêtés selon l'expérience personnelle ou familiale d'AME

Plus des trois quarts des enquêtés soit 76,7% avaient une expérience personnelle ou familiale d'AME.

2.2. Type de formation reçue sur l'allaitement maternel

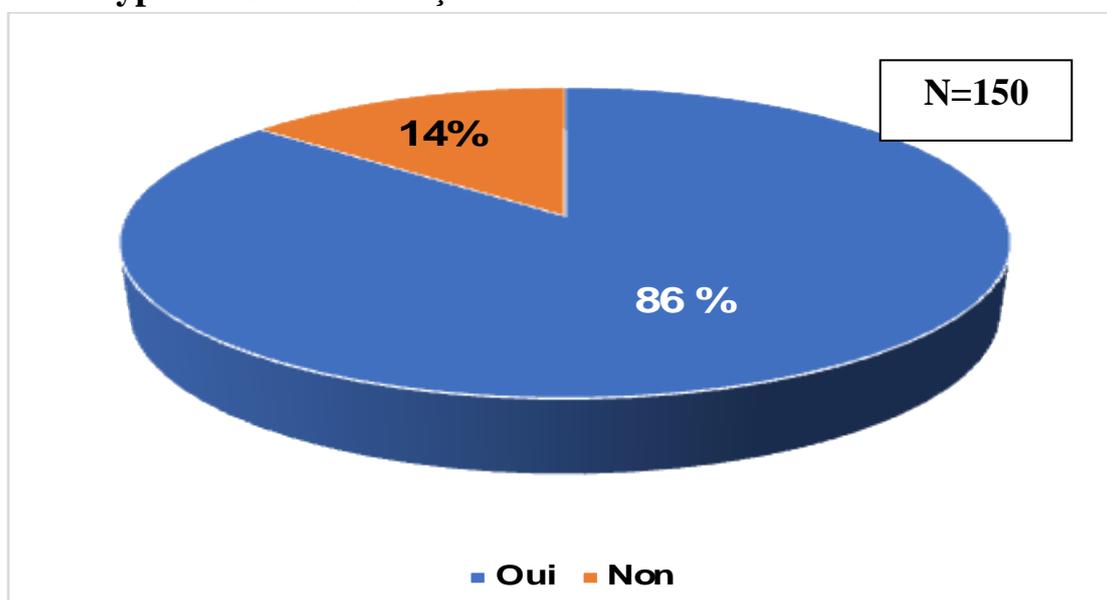


Figure 6 : Répartition des enquêtés selon la formation initiale reçue sur l'allaitement maternel

La majorité des enquêtés (soit 86%) avaient bénéficié d'un cours sur l'allaitement maternel **lors du cursus de base.**



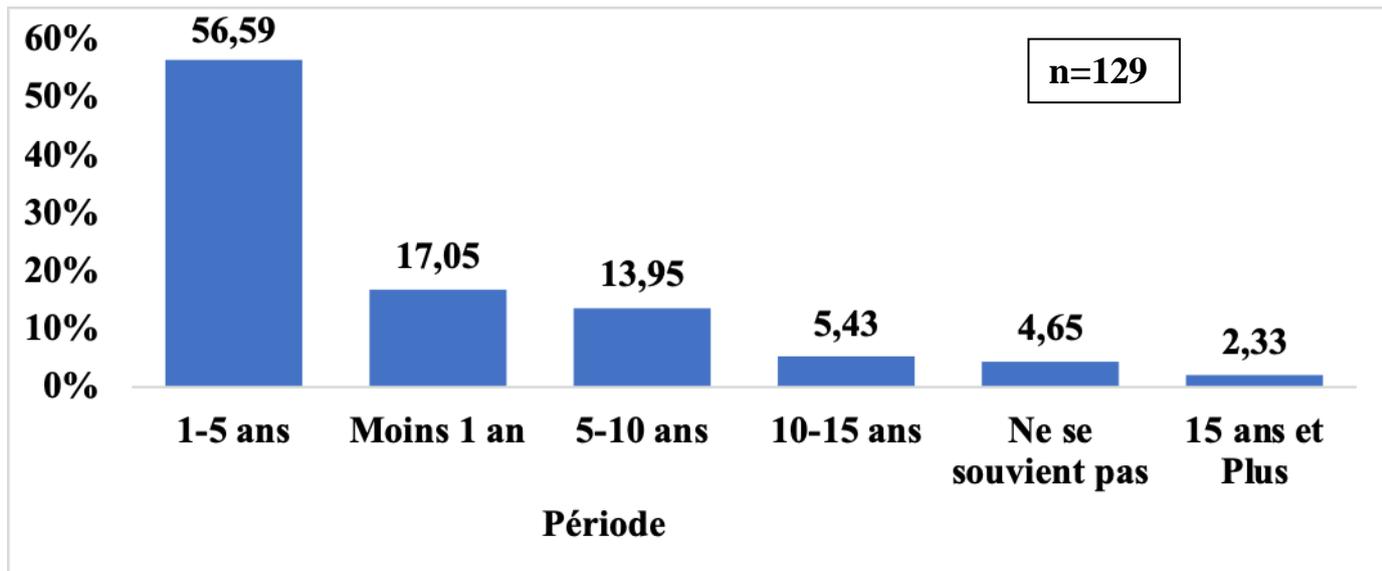


Figure 7 : Répartition des enquêtés selon la période du dernière cours

Moins du 1/6 (soit 17%) seulement des enquêtés avaient reçu **un cours** il y a moins d'un an. Sur cent vingt-neuf; six (soit 4,6%) ne se souvenaient pas de l'année.



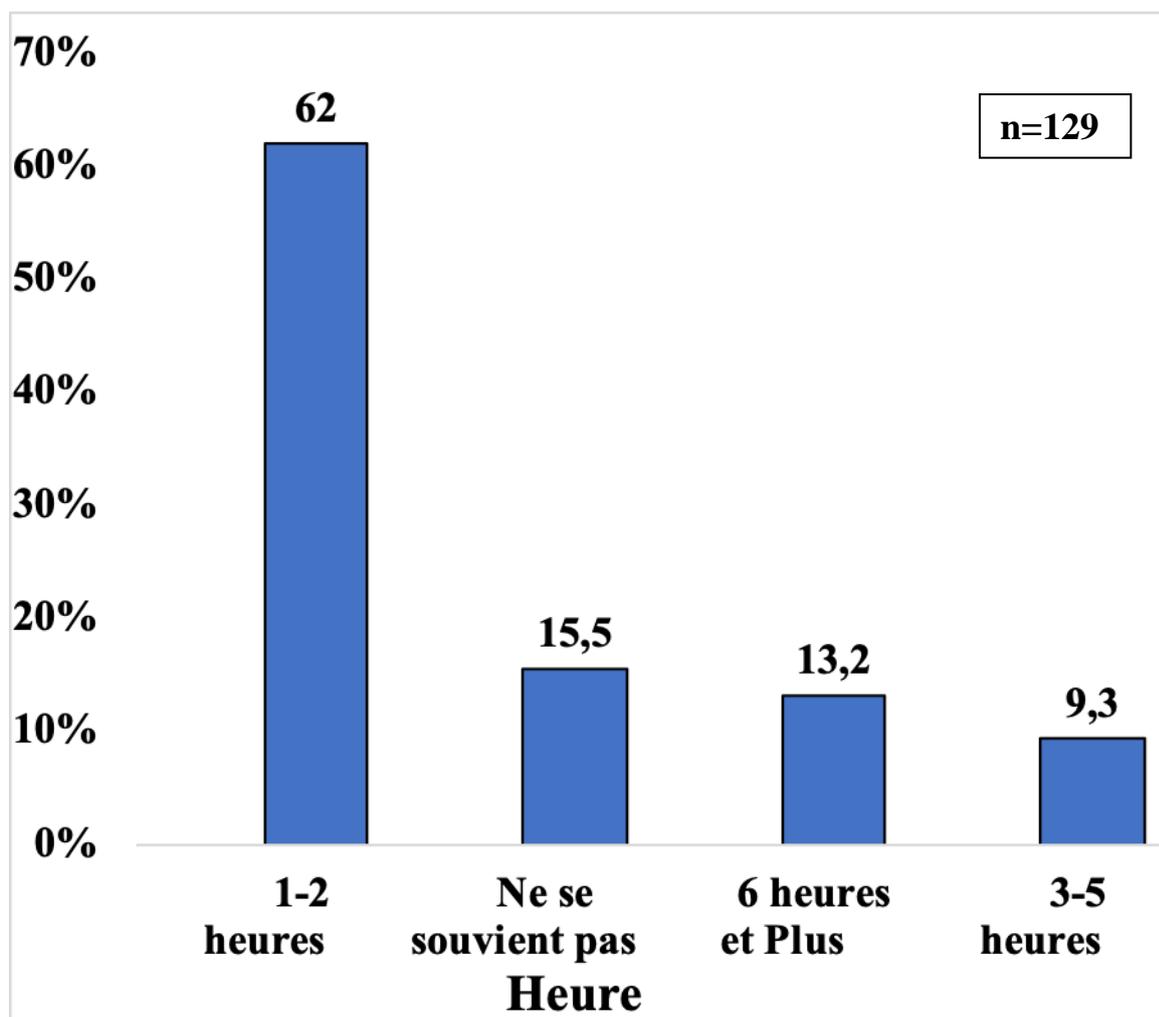


Figure 8 : Répartition des enquêtés selon le nombre d'heures de cours reçu sur l'AM

Plus de la moitié des enquêtés (soit 62%) ont bénéficié de 1 à 2 h **de cours sur l'AM lors du cursus de base.**



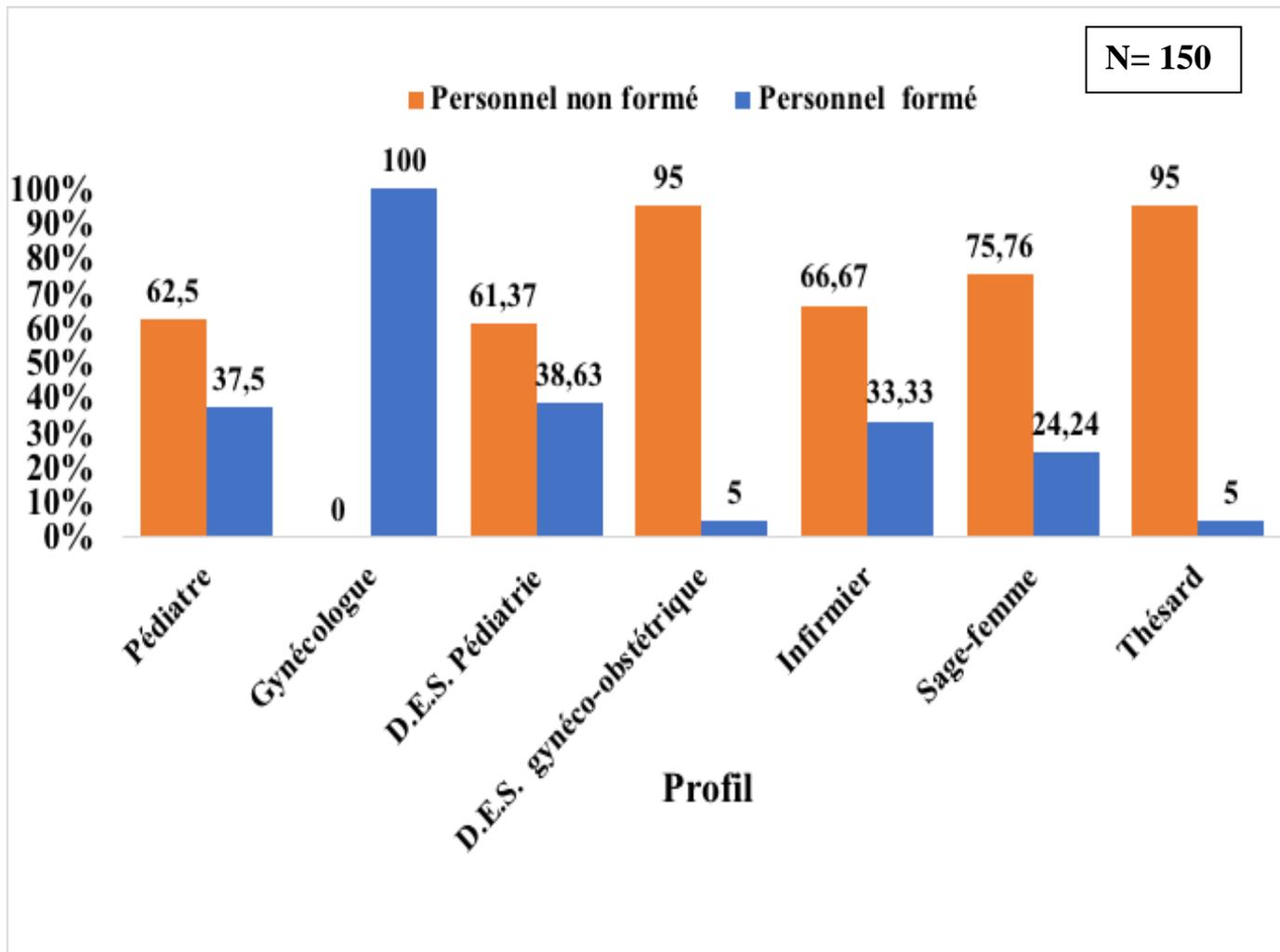


Figure 9 : Répartition des enquêtés selon la formation spécifique reçue sur l'AM

La plupart des D.E.S de gynéco-obstétrique, des thésards et des sages-femmes n'avaient pas bénéficié de **formation spécifique** sur l'allaitement maternel.



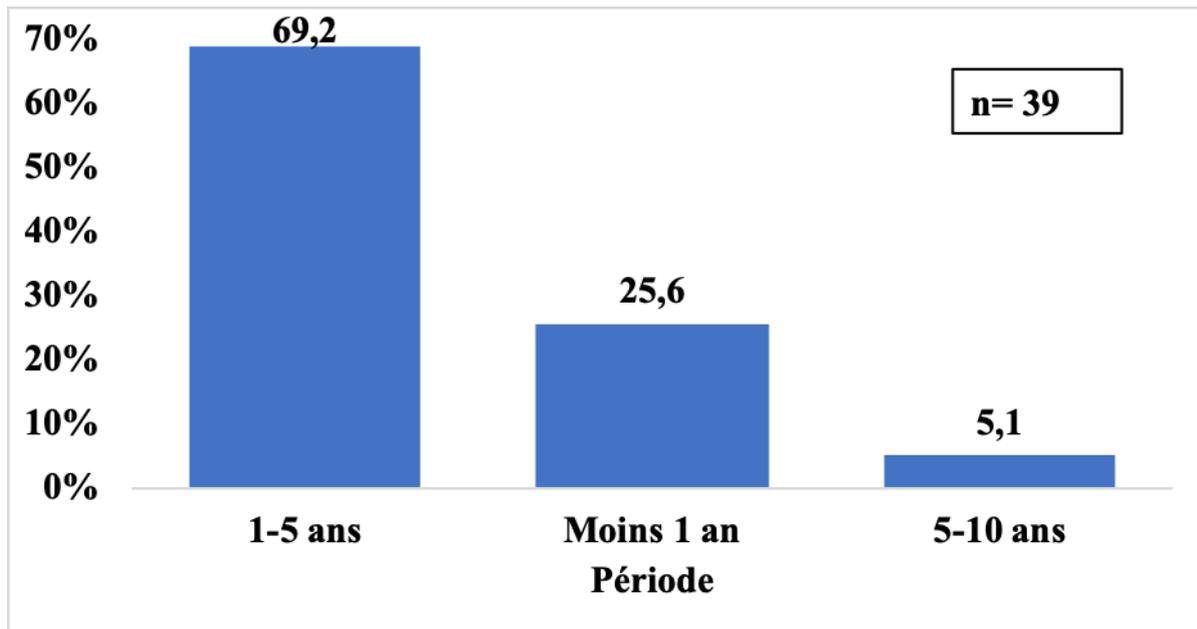


Figure 10 : Répartition des enquêtes selon la période du dernier cours spécifique sur l'AM

Seulement $\frac{1}{4}$ des enquêtés (soit 25,6 %) avaient reçu un dernier cours spécifique de moins d'un an.

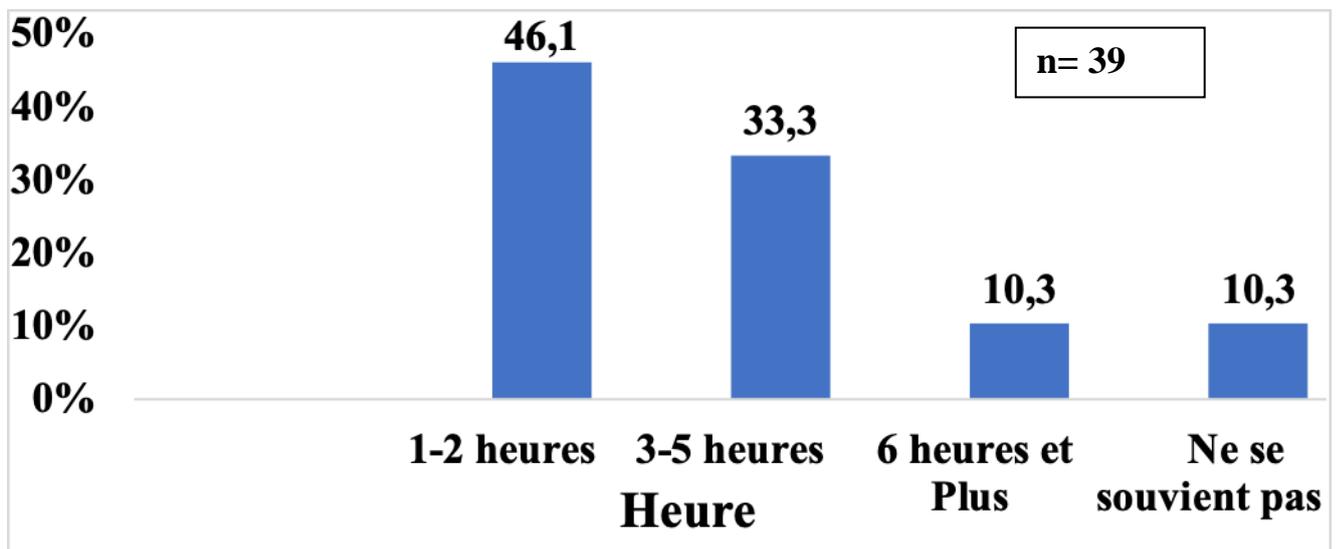


Figure 11 : Répartition des enquêtés selon la durée du dernier cours spécifique sur l'AM

Moins de la moitié des enquêtés (soit 46,1%) avaient bénéficié de 1-2 h de dernier cours spécifique sur l'AM.



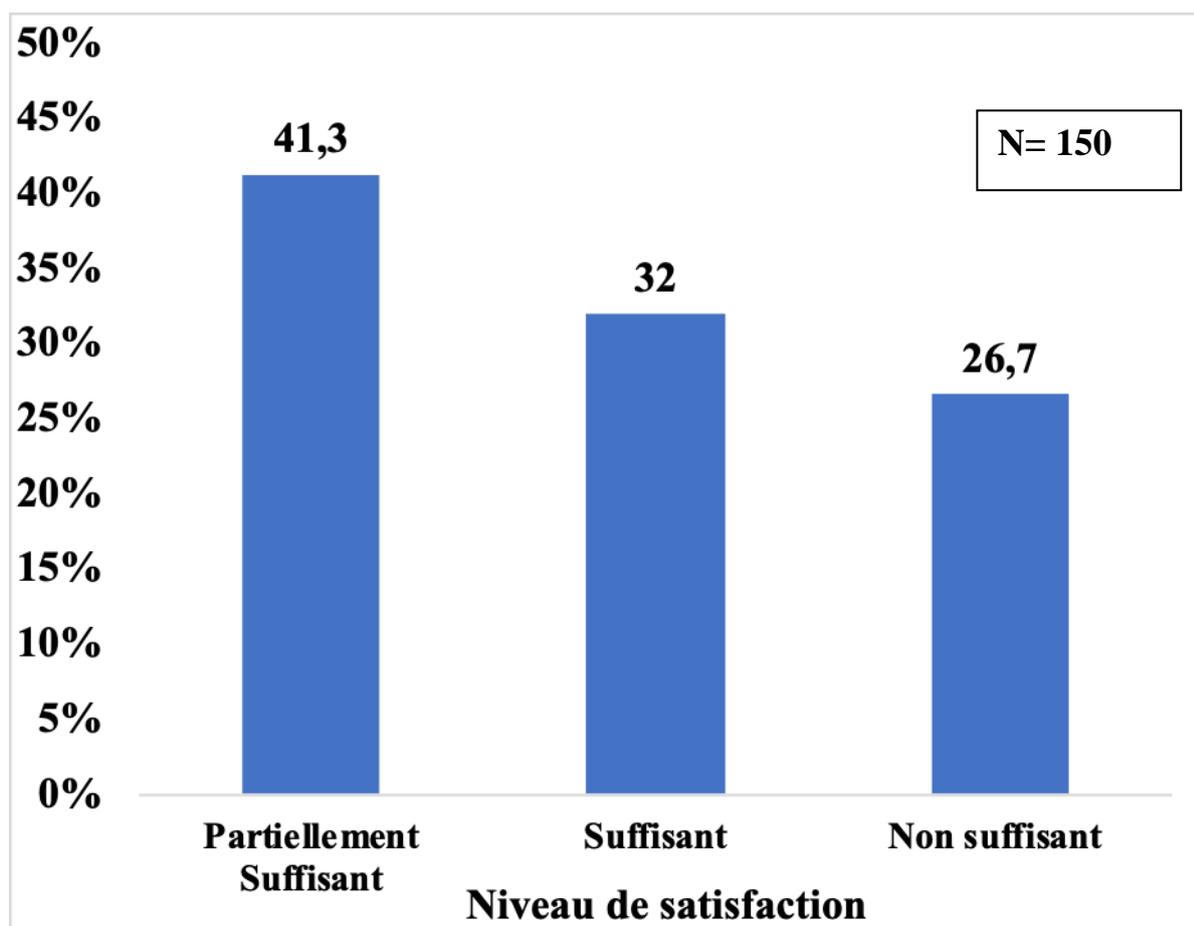


Figure 12: Répartition des enquêtés selon le niveau de satisfaction par rapport aux formations reçues

Plus du tiers (soit 41,3%) des enquêtés jugeaient leurs formations partiellement suffisantes.



2.3. Connaissances sur l'allaitement maternel

2.3.1. Connaissances sur l'AME

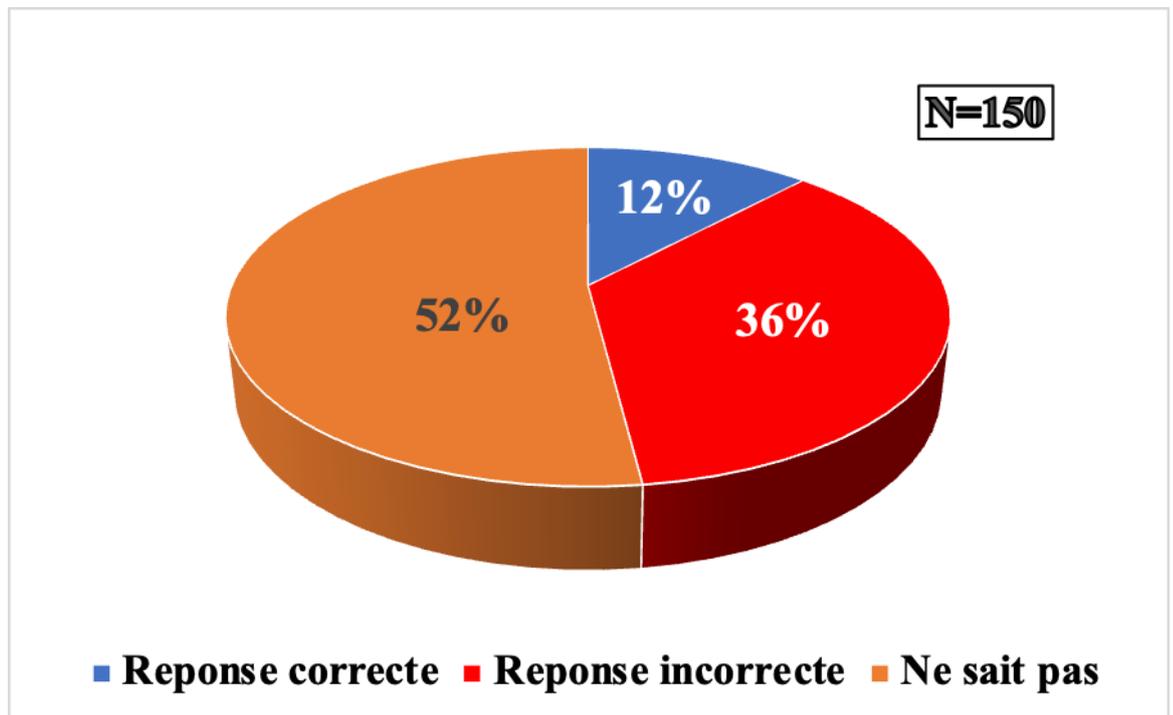


Figure13 : répartition des enquêtés selon la connaissance du taux d'AME chez les moins de 6 mois au mali

Seulement 1/10 (soit 12%, N=150) des enquêtés savaient que le taux de l'AME chez les moins de 6 mois au Mali était de 40%.



Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des avantages de l'AME

<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8) %	<i>Gynécologue</i> (n=1) %	<i>DES Pédiatrie</i> (n=44) %	<i>DES gynécologie</i> (n=20) %	<i>Infirmier</i> (n=24) %	<i>Sage femme</i> (n=33) %	<i>Thésard</i> (n=20) %	<i>Total</i> (N=150) %
<i>Plus de gastro-entérites</i>	0	0	4,5	10	12,5	18,2	5	9,3
<i>Meilleure réponse vaccinale</i>	37,5	0	47,7	60	45,8	54,5	55	50,7
<i>Bon DPM</i>	87,5	100	86,4	75	66,7	84,8	100	83,3
<i>Moins infections respiratoires et d'allergies</i>	100	100	97,7	65	79,2	69,7	80	82
<i>Ne sait pas</i>	0	0	0	0	0	6	0	1,3

Près de la moitié des enquêtés (soit 50,7%) savaient que l'allaitement maternel exclusif favorise une meilleure réponse vaccinale pour le bébé. Les D.E.S de la gynéco-obstétrique, les thésards et les sages-femmes étaient les plus nombreux à connaître cet avantage.



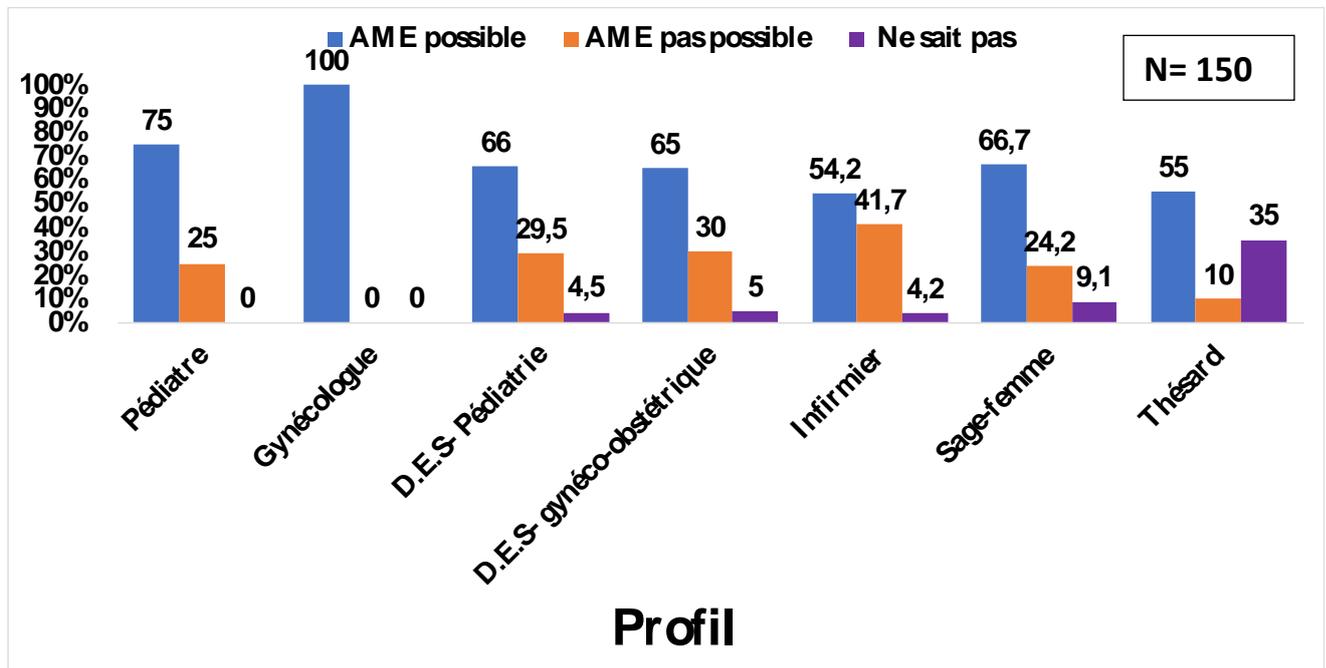


Figure 14 : Répartition des enquêtés selon l'avis sur la possibilité de l'AME chez des jumeaux à terme

Les gynécologues, les pédiatres et les sages-femmes étaient les plus nombreux à savoir que l'AME est possible et suffisant pour les jumeaux à terme.

Pour 41,7% des infirmiers il n'est pas possible et suffisant contre 35% des thésards qui ne savaient pas.



Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des Critères d'efficacité de l'allaitement maternel

<i>Spécialité</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8) %	<i>Gynécologue</i> (n=1) %	<i>D.E.S Pédiatrie</i> (n=44) %	<i>D.E.S gynécologie</i> (n=20) %	<i>Infirmier</i> (n=24) %	<i>Sage femme</i> (n=33) %	<i>Thésard</i> (n=20) %	<i>Total</i> (N=150) %
<i>Critères d'efficacité de l'AM</i>								
<i>Au moins 6 couches mouillées d'urines par jour</i>	50	100	34,1	40	45,8	51,5	35	42%
<i>Bébé qui s'endort repu au sein</i>	12,5	0	29,5	45	33,3	33,3	15	30
<i>Au moins 3 selles par jour voir même une après chaque tétée</i>	37,5	0	47,7	55	33,3	42,4	55	45,3
<i>Ne sait pas</i>	25	0	11,4	20	20,8	12,1	30	17,3

Moins de la moitié (soit 42%) des enquêtés savaient que l'efficacité de l'allaitement maternel était jugée par au moins 6 couches mouillées d'urines par jour.



2.3.2. Connaissances sur les modalités pratiques de l'allaitement maternel

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des avantages de la tétée précoce

<i>Spécialité</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8) %	<i>Gynécologue</i> (n=1) %	<i>D.E.S Pédiatrie</i> (n=44) %	<i>D.E.S gynécologie</i> (n=20) %	<i>Infirmier</i> (n=24) %	<i>Sage femme</i> (n=33) %	<i>Thésard</i> (n=20) %	<i>Total</i> (N=150) %
<i>Succion efficace</i>	100	100	91	80	66,7	78,8	80	82
<i>Augmente le risque d'hypothermie et d'hypoglycémie</i>	0	0	0	15	12,5	9,1	5	6,7
<i>Accélère le transit et diminue la fréquence de l'ictère néonatal</i>	37,5	100	47,7	60	41,7	66,7	55	53,3
<i>Ne sait pas</i>	0	0	2,3	5	8,3	12,1	5	6

Pour 53,3 % des enquêtés (principalement les gynécologues, sages-femmes, DES de gynéco-obstétrique), une tétée précoce accélère le transit et diminue la fréquence de l'ictère néonatal.



Tableau 5 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des signes de bonne prise de sein

<i>Spécialité</i>	<i>Pédiatre</i>	<i>Gynécologue</i>	<i>D.E.S Pédiatrie</i>	<i>D.E.S gynéco</i>	<i>Infirmier</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Thésard</i>	<i>Total</i>
<i>Signes</i>	<i>(n=8)</i> %	<i>(n=1)</i> %	<i>(n=44)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(n=24)</i> %	<i>(n=33)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(N=150)</i> %
<i>Mère en bonne santé et à l'aise</i>	75	100	75	50	66,7	87,9	60	71,3
<i>Bonne interaction entre la mère et l'enfant</i>	100	100	65,9	85	41,7	84,8	75	72
<i>Sein tenu avec les doigts sur l'aréole</i>	0	0	18,2	40	37,5	51,5	35	32,7
<i>Mouvements de succion rapides</i>	12,5	0	9,1	20	45,8	42,4	25	26
<i>Bouche grande ouverte et l'aréole au-dessus de la lèvre supérieure</i>	37,5	0	79,5	30	54,2	57,6	25	54
<i>Ne sait pas</i>	0	0	0	0	0	0	10	1

Plus de la moitié (soit 54%) des enquêtés savaient que la bouche doit être grande ouverte et l'aréole au-dessus de la lèvre supérieure. Les D.E.S de pédiatrie étaient majoritaires à répondre positivement (soit 79,5%).



Tableau 6 : Répartition des enquêtés selon la connaissance du nombre moyen de tétées par jour d'un nourrisson de 2 mois

<i>Spécialité</i>	<i>Pédiatre</i>	<i>Gynécologue</i>	<i>D.E.S Pédiatrie</i>	<i>D.E.S gynécologie</i>	<i>Infirmier</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Thésard</i>	<i>Total</i>
<i>Tétée moyenne à 2 mois</i>	<i>(n=8)</i> %	<i>(n=1)</i> %	<i>(n=44)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(n=24)</i> %	<i>(n=33)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(N=150)</i> %
<i>4 à 8 fois /j</i>	0	0	13,6	15	16,7	27,3	15	16,7
<i>8 à 12 fois/j</i>	87,5	100	77,3	50	58,3	48,5	60	62,7
<i>12 à 16 fois /j</i>	12,5	0	6,8	10	8,3	12,1	10	9,3
<i>Ne sait pas</i>	0	0	2,3	25	16,7	15,1	15	12

La majorité de nos enquêtés (soit 62,7%) savait qu'un bébé de 2 mois tète en moyenne 8 à 12 fois par jour. Les pédiatres, les gynécologues et les D.E.S de pédiatrie étaient majoritaires pour cette réponse.



Tableau 7: Répartition des enquêtés selon la connaissance des durées de conservation du lait maternel (LM)

<i>Spécialité</i>	<i>Pédiatre</i>	<i>Gynécologue</i>	<i>D.E.S Pédiatrie</i>	<i>D.E.S gynécologie</i>	<i>Infirmier</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Thésard</i>	<i>Total</i>
<i>Durée de conservation du LM</i>	<i>(n=8) %</i>	<i>(n=1) %</i>	<i>(n=44) %</i>	<i>(n=20) %</i>	<i>(n=24) %</i>	<i>(n=33) %</i>	<i>(n=20) %</i>	<i>(N=150) %</i>
<i>12 h au réfrigérateur et 4 mois au congélateur</i>	50	0	36,4	25	37,5	21,2	20	30
<i>4 jours au réfrigérateur et 6 mois au congélateur</i>	37,5	0	22,7	0	4,2	18,2	15	15,3
<i>4 heures à l'air libre en dessous de 25°C</i>	62,5	100	38,6	20	37,5	33,3	30	35,3
<i>48 h au réfrigérateur et 4 mois au congélateur</i>	12,5	0	13,6	0	16,7	9,1	5	10
<i>Ne sait pas</i>	0	0	18,2	55	25	33,3	50	30,7

Seulement 10 % des enquêtés savaient que le lait maternel se conserve 48 h au réfrigérateur et 4 mois congélateur.



Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon l'impact de la formation complémentaire sur la connaissance des durées de conservation du LM

<i>Formation complémentaire</i>	Connaissance des durées de conservation du lait maternel	
	Bonne connaissance (%)	Mauvaise connaissance (%)
<i>Oui</i>	79,49 (n=31)	20,51 (n= 8)
<i>Non</i>	33,33 (n=37)	66,67 (n=74)

Khi2 =24,648, P <0,001, DDL= 1

Le fait de bénéficier d'une formation complémentaire sur l'allaitement maternel exclusif est associé de façon très significative à une bonne connaissance des durées de conservation du lait maternel.



Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon la connaissance sur le concept de l'allaitement maternel à la demande

<i>Spécialité</i>	<i>Pédiatre</i>	<i>Gynécologue</i>	<i>D.E.S Pédiatrie</i>	<i>D.E.S gynécologie</i>	<i>Infirmier</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Thésard</i>	<i>Total</i>
<i>Principe</i>	<i>(n=8)</i> %	<i>(n=1)</i> %	<i>(n=44)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(n=24)</i> %	<i>(n=33)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(N=150)</i> %
<i>Proposer le sein à chaque phase d'éveil calme</i>	37,5	0	34,1	40	20,8	39,4	30	33,3
<i>Proposer le sein dès que bébé s'agite ou met les mains à la bouche</i>	50	100	47,7	50	62,5	48,5	60	52,7
<i>Proposer le sein quand bébé pleure</i>	37,5	0	25	40	33,3	24,2	20	28
<i>Ne sait pas</i>	12,5	0	15,9	5	4,2	12,1	10	10,7

Seulement 33,3% des enquêtés savaient que le principe de l'AM à la demande consiste à proposer le sein à chaque phase d'éveil calme.



Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des avantages offerts par l'allaitement maternel à la demande

<i>Spécialité</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8)	<i>Gynécologue</i> (n=1)	<i>D.E.S Pédiatrie</i> (n=44)	<i>D.E.S gynécologie</i> (n=20)	<i>Infirmier</i> (n=24)	<i>Sage femme</i> (n=33)	<i>Thésard</i> (n=20)	<i>Total</i> (N=150)
<i>Avantages</i>	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>Réduit la perte de poids du nouveau-né</i>	100	100	84,1	80	75	75,8	85	81,3
<i>Diminue le risque d'engorgement mammaire</i>	100	100	93,2	100	79,2	87,9	75	88,7
<i>Augmente le risque de survenue des crevasses</i>	0	0	0	15	12,5	15,1	5	8
<i>Augmente le risque d'ictère</i>	0	0	0	0	8,3	0	0	1,3
<i>Ne sait pas</i>	0	0	2,3	0	4,2	0	10	2,7

La majorité des enquêtés soit 88,7% savaient que l'AM à la demande diminue le risque d'engorgement mammaire.



2.3.3. Connaissances sur les substituts de lait de mère et autres compléments

Tableau 11 : Connaissance des enquêtés sur les effets de l'ajout de substituts de lait de mère ou d'autres compléments dans l'alimentation du nouveau-né

<i>Spécialité</i>	<i>Pédiatre</i>	<i>Gynécologue</i>	<i>D.E.S Pédiatrie</i>	<i>D.E.S gynécologie</i>	<i>Infirmier</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Thésard</i>	<i>Total</i>
<i>Inconvénients de l'ajout de SLM ou d'autres compléments</i>	<i>(n=8) %</i>	<i>(n=1) %</i>	<i>(n=44) %</i>	<i>(n=20) %</i>	<i>(n=24) %</i>	<i>(n=33) %</i>	<i>(n=20) %</i>	<i>(N=150) %</i>
<i>Assure 30-70% d'énergie dans 24-48h</i>	12,5	0	11,4	0	12,5	21,2	15	12,7
<i>Permet à la mère de se reposer et d'être détendue</i>	0	0	27,3	25	25	27,3	25	24,7
<i>Assure une totale confiance en sa capacité à allaiter</i>	87,5	0	61,4	35	41,7	42,4	40	48,7
<i>Interfère avec le système d'offre et de la demande aussi avec l'apprentissage du bébé à téter le sein</i>	62,5	100	59,1	45	29,2	33,3	25	42,7
<i>Facilite la montée laiteuse</i>	0	0	0	5	12,5	12,1	10	6,7
<i>Ne sait pas</i>	12,5	0	2,3	20	25	24,2	30	17,3

Seulement 42,7% des enquêtés savaient que l'ajout de substituts de lait de mère ou d'autres compléments dans l'alimentation du nourrisson interfère avec le système d'offre et de la demande de même que l'apprentissage du bébé à téter le sein.



Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon la connaissance des indications médicales de prescription de substituts de lait de mère (SLM)

<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8) %	<i>Gynécologue</i> (n=1) %	<i>D.E.S Pédiatrie</i> (n=44) %	<i>D.E.S gynécologie</i> (n=20) %	<i>Infirmier</i> (n=24) %	<i>Sage femme</i> (n=33) %	<i>Thésard</i> (n=20) %	<i>Total</i> (N=150) %
<i>Situations médicales obligeant la prescription du SLM</i>								
<i>Mère césarisée et hospitalisée en maternité</i>	62,5	100	31,8	25	62,5	39,4	35	40
<i>Systématiquement chez les prématurés et hypotrophes</i>	0	0	13,6	25	8,3	33,3	30	20
<i>Avant une meilleure montée laiteuse chez la mère</i>	62,5	0	43,2	50	58,3	36,4	30	44
<i>Perte de poids >10% plus des signes ictère important ou une déshydratation</i>	62,5	0	52,3	45	37,5	57,6	50	50
<i>Ne sait pas</i>	0	0	9,1	10	0	9,1	10	7

La moitié des enquêtés (soit 50%) savaient que les substituts de lait de mère doivent être prescrits si le bébé perd plus de 10% de son poids corporel ou s'il a des signes d'ictère important ou une déshydratation.



Tableau 13 : Enquêtés selon l'impact de l'expérience personnelle ou familiale d'AME sur la connaissance des indications de prescription des substituts du lait de mère

Expérience personnelle ou familiale d'AME	Connaissances indications de prescription des substituts de lait de mère	
	Bonne connaissance (%)	Mauvaise connaissance (%)
<i>Oui</i>	49,57(n=57)	50,43(n=58)
<i>Non</i>	51,43 (n=18)	48,57(n=17)

Khi2 =0,037, P = 0,847, DDL= 1

Il n'existe pas d'association significative entre le fait d'avoir une expérience personnelle ou familiale d'AME et l'obtention d'une meilleure connaissance des indications de prescription des substituts de lait de mère (p=0,847).



Tableau 14 : Enquêtés selon l'impact de la formation complémentaire sur la connaissance des bonnes indications de prescription des substituts de lait de mère

<i>Formation complémentaire</i>	Connaissances des indications de prescription des substituts de lait de mère	
	Bonne connaissance (%)	Mauvaise connaissance (%)
<i>Oui</i>	53,85 (n=21)	46,15(n=18)
<i>Non</i>	48,65(n=54)	51,35(n=57)

Khi2 =0,310, P = 0,577, DDL= 1

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le fait de bénéficier d'une formation complémentaire sur l'allaitement maternel et l'acquisition de bonne connaissance des indications de prescription de substituts de lait de mère (p=0,577).



2.4. Attitudes des professionnels de santé relatives à l'allaitement maternel

2.4.1. Abord du sujet d'allaitement maternel avec les mères

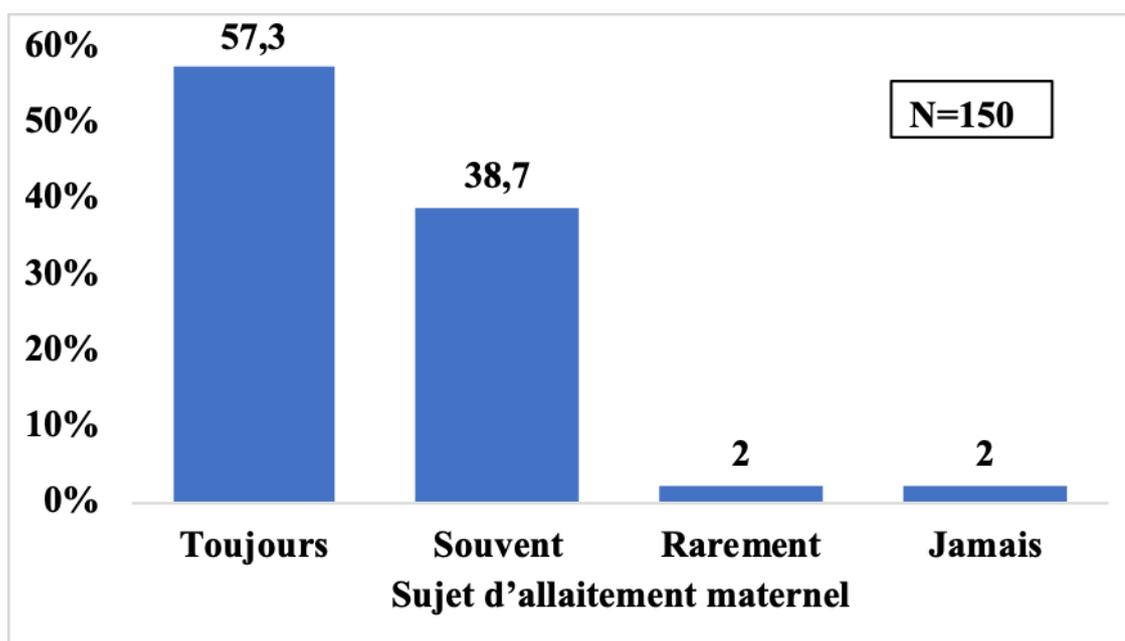


Figure 15: Répartition des enquêtés selon l'abord du sujet de l'allaitement maternel avec les mères

Plus de la moitié des enquêtés (soit 57,3%, n=86) abordaient toujours la question de l'allaitement avec les mères.

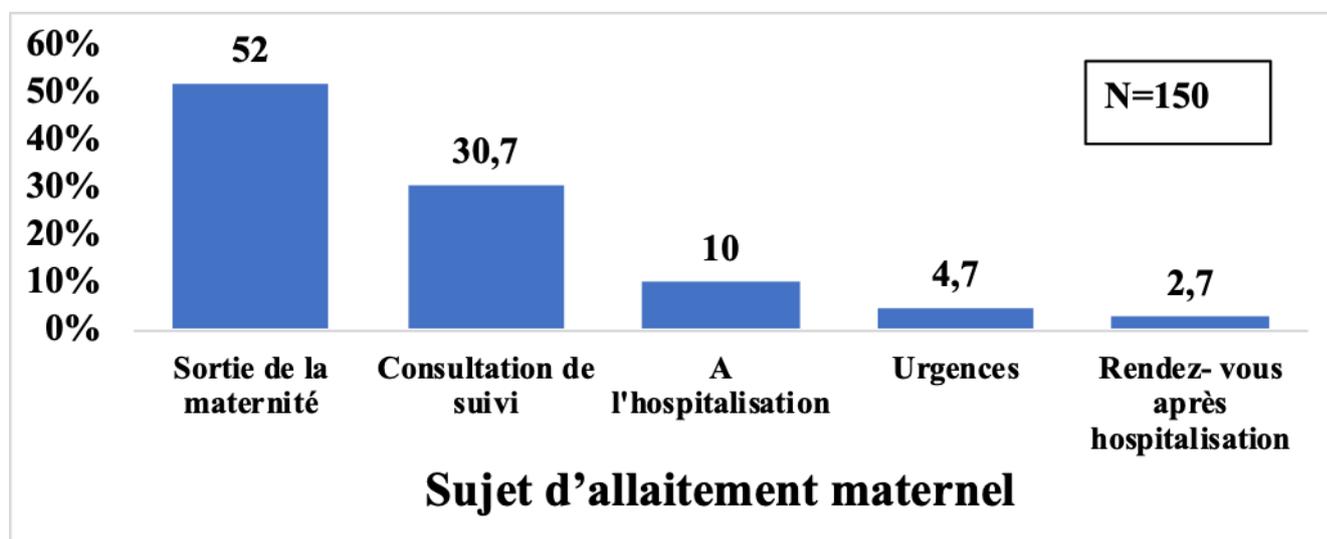


Figure 16: Répartition des enquêtés selon le moment où le sujet de l'allaitement maternel a été abordé avec les mères

Plus de la moitié soit (52%, n=78) des enquêtés l'ont abordé à la sortie de la maternité.



2.4.2. Gestion des difficultés liées à l'allaitement maternel

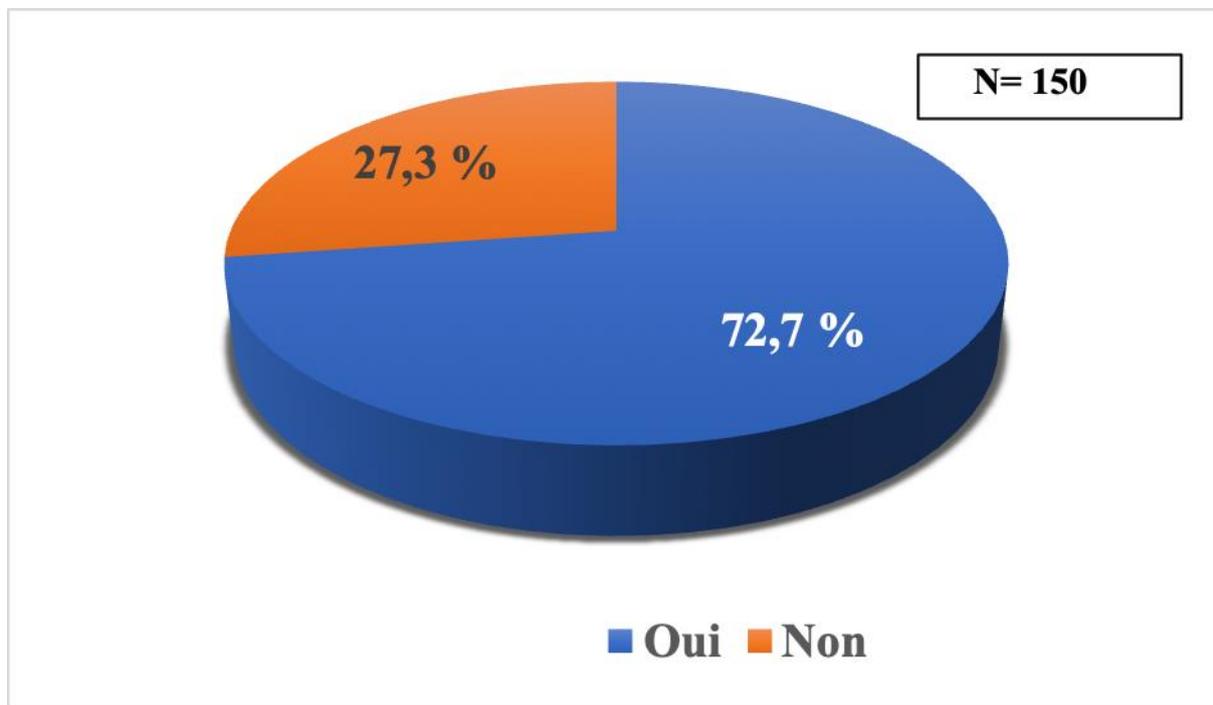


Figure 17 : Répartition des enquêtés selon le sentiment d'être démuni devant certains problèmes liés à l'AM

Dans 72,7% des cas, les enquêtés se sont sentis démunis devant certaines situations impliquant l'allaitement maternel.



Tableau 15 : Répartition des enquêtés selon les situations pour lesquelles ils se sentent démunis

<i>Situations</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8) %	<i>Gynécologue</i> (n=1) %	<i>D.E.S Pédiatrie</i> (n=44) %	<i>D.E.S gynécologie</i> (n=20) %	<i>Infirmier</i> (n=24) %	<i>Sage femme</i> (n=33) %	<i>Thésard</i> (n=20) %	<i>Total</i> (N=150) %
<i>Mauvaise prise pondérale du nouveau-né</i>	50	0	43,2	30	29,2	27,3	25	33,3
<i>Seins douloureux (engorgement, crevasses...)</i>	62,5	100	25	45	50	30,3	35	36,7
<i>Insuffisance de lactation</i>	75	0	43,2	40	50	36,4	30	42
<i>Problème de compatibilité médicamenteuse avec l'allaitement</i>	37,5	0	31,8	10	16,7	27,3	5	22
<i>Autres*</i>	0	0	2	10	0	6	0	3,3

Autres : Abscès des seins, mère dépistée séropositive à l'accouchement, mère décédée*

Moins de la moitié des enquêtés (soit 42%) se sentaient démunis face à l'insuffisance de lactation.



Tableau 16 : Répartition des enquêtés selon les personnes sollicitées en cas de difficultés concernant l'allaitement maternel

<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre</i>	<i>Gynécologue</i>	<i>D.E.S Pédiatrie</i>	<i>D.E.S gynécologie</i>	<i>Infirmier</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Thésard</i>	<i>Total</i>
	<i>(n=8)</i> %	<i>(n=1)</i> %	<i>(n=44)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(n=24)</i> %	<i>(n=33)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(N=150)</i> %
<i>Recours cités</i>								
<i>Confrère</i>	37,5	0	88,6	65	16,7	39,4	80	58,7
<i>Famille ou ami non professionnel médical</i>	25	100	6,8	0	12,5	18,2	5	10,7
<i>Associations</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Sage-femme</i>	12,5	0	4,5	35	54,2	66,7	30	34
<i>Internet</i>	37,5	0	9,1	0	20,8	6	10	10,7
<i>Autres*</i>	0	0	6,8	10	8,3	0	5	5,3

Autres : Support des cours, manuel de formation*

Plus de la moitié des enquêtés (soit 58,7%) demandaient conseils à un confrère.



Tableau 17: Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une insuffisance de lactation

<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre</i>	<i>Gynécologue</i>	<i>D.E.S Pédiatrie</i>	<i>D.E.S gynécologie</i>	<i>Infirmier</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Thésard</i>	<i>Total</i>
<i>Attitude</i>	<i>(n=8) %</i>	<i>(n=1) %</i>	<i>(n=44) %</i>	<i>(n=20) %</i>	<i>(n=24) %</i>	<i>(n=33) %</i>	<i>(n=20) %</i>	<i>(N=150) %</i>
<i>Vérifier la courbe de croissance du bébé</i>	75	100	65,9	30	50	60,6	40	54,7
<i>Rassurer la maman et lui conseiller de continuer l'allaitement</i>	87,5	100	75	55	70,8	87,9	75	75,3
<i>Proposer l'ajout d'un complément de l'AME</i>	0	0	2,3	15	16,7	6	10	8
<i>Observer la tétée pour rechercher des signes de mauvaise prise de sein</i>	75	100	77,3	65	45,8	75,8	85	71,3
<i>Donner des conseils et proposer revoir la mère dans 48h</i>	62,5	100	70,5	60	37,5	66,7	85	64,7
<i>Ne sait pas</i>	0	0	4,5	0	8,3	3	0	2,7

La majorité des enquêtés (soit 75,3%) rassuraient la mère et lui conseillaient de continuer l'allaitement.



Tableau 18 : Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une notion de constipation chez un bébé nourri uniquement au sein

<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8) %	<i>Gynécologue</i> (n=1) %	<i>D.E.S Pédiatrie</i> (n=44) %	<i>D.E.S gynécologie</i> (n=20) %	<i>Infirmier</i> (n=24) %	<i>Sage femme</i> (n=33) %	<i>Thésard</i> (n=20) %	<i>Total</i> N=(150) %
<i>Attitude</i>								
<i>Vous la rassurez et vous lui expliquez qu'au sein le transit n'est pas régulier</i>	63	100	66	50	63	79	15	65
<i>Vous lui dites de boire de l'Hepar* qui accélèrera le transit et lui dites de venir consulter si elle n'a toujours pas de selle dans 48h</i>	25	0	14	0	25	12	20	15
<i>Vous lui demandez de vous l'amener tout de suite pour la peser</i>	50	0	16	40	13	15	15	20
<i>Ne sait pas</i>	0	0	11	15	17	15	30	15

Plus de la moitié des enquêtés (soit 65%) rassuraient et expliquaient qu'au sein le transit n'est pas régulier.



Tableau 19 : Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une crevasse du sein droit

<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8) %	<i>Gynécologue</i> (n=1) %	<i>D.E.S Pédiatrie</i> (n=44) %	<i>D.E.S gynécologie</i> (n=20) %	<i>Infirmier</i> (n=24) %	<i>Sage femme</i> (n=33) %	<i>Thésard</i> (n=20) %	<i>Total</i> (N=150) %
<i>Vous lui dites de tirer son lait du sein droit tout en continuant de l'allaiter sur le sein gauche en attendant que la crevasse soit guérie puis elle pourra reprendre.</i>	87,5	100	77,3	75	58,3	60,6	70	70
<i>Vous prescrivez une pommade cicatrisante</i>	50	0	22,7	15	12,5	27,3	45	25,5
<i>Vous l'encouragez à prendre une bonne position et à varier les positions</i>	50	100	43,2	30	20,8	60,6	35	41,3
<i>Ne sait pas</i>	0	0	2,3	10	20,8	12,1	5	8,7

Seulement 41,3% des enquêtés encourageaient à prendre une bonne position et à la varier.



Tableau 20 : Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une mastite inflammatoire

<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre</i> (n=8) %	<i>Gynécologue</i> (n=1) %	<i>D.E.S Pédiatrie</i> (n=44) %	<i>D.E.S gynécologie</i> (n=20) %	<i>Infirmier</i> (n=24) %	<i>Sage femme</i> (n=33) %	<i>Thésard</i> (n=20) %	<i>Total</i> (N=150) %
<i>Suspendre l'allaitement sur le sein douloureux, tirer son lait et le jeter et poursuivre l'allaitement sur l'autre sein puis soulager la douleur avec du paracétamol.</i>	75	100	86,4	75	58,3	60,6	80	73,3
<i>Poursuivre l'allaitement sur les 2 seins en conseillant la position du ballon de rugby et soulager la douleur avec de l'ibuprofène</i>	12,5	0	2,3	15	12,5	24,4	15	12,7
<i>Mettre systématique sous antibiotiques</i>	62,5	0	52,3	30	16,7	30,3	20	34,7
<i>Ne sait pas</i>	0	0	2,3	5	25	15,1	10	10

Seulement 12,7% des enquêtés poursuivaient l'allaitement sur les 2 seins en conseillant la position du ballon de rugby et soulageaient la douleur avec de l'ibuprofène en cas de mastite au niveau du quadrant supéro-externe droit.



Tableau 21 : Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer un engorgement mammaire

<i>Attitudes</i>	<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre</i>	<i>Gynécologue</i>	<i>D.E.S Pédiatrie</i>	<i>D.E.S gynécologie</i>	<i>Infirmier</i>	<i>Sage femme</i>	<i>Thésard</i>	<i>Total</i>
	<i>(n=8)</i> %	<i>(n=1)</i> %	<i>(n=44)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>(n=24)</i> %	<i>(n=33)</i> %	<i>(n=20)</i> %	<i>N= (150)</i> %	
<i>Vous lui dites de restreindre ses quantités de boissons et de tirer son lait entre les tétées pour soulager les seins</i>	37,5	0	47,7	20	29,2	21,2	35	32,7	
<i>Vous augmentez la fréquence des tétées en commençant par le sein le plus douloureux</i>	37,5	0	29,5	60	20,8	39,4	35	34,7	
<i>Vous faites une expression manuelle du sein</i>	75	100	47,7	50	50	33,3	55	48	
<i>Ne sait pas</i>	0	0	6,8	5	12,5	21,2	0	9,3	

Plus du tiers des enquêtés (soit 34,7%) conseillaient d'augmenter la fréquence des tétées en commençant par le sein le plus douloureux.



Tableau 22 : Répartition des enquêtés selon l'attitude à gérer une mère allaitante tabagique active

<i>Spécialités</i>	<i>Pédiatre (n=8) %</i>	<i>Gynécologue (n=1) %</i>	<i>D.E.S Pédiatrie (n=44) %</i>	<i>D.E.S gynécologie (n=20) %</i>	<i>Infirmier (n=24) %</i>	<i>Sage femme (n=33) %</i>	<i>Thésard (n=20) %</i>	<i>Total N= (150) %</i>
<i>Attitudes</i>								
<i>Arrêter complètement de fumer et allaiter</i>	50	0	47,7	40	62,5	60,6	50	52
<i>Arrêter de fumer 2 h avant la tétée</i>	37,5	100	22,7	30	12,5	12,1	20	21
<i>Prendre un substitut nicotinique avant d'allaiter</i>	0	0	11,4	5	0	6	5	6
<i>Ne sait pas</i>	12,5	0	29,5	25	25	24,2	25	25

Seulement moins d'un quart (soit 21%) des enquêtés proposaient de fumer 2 h avant la tétée.



3. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

3.1. Profil et caractéristiques socio-professionnelles des enquêtés

Cent cinquante professionnels de santé ont participé à l'étude et toutes les catégories ont pris part.

La taille de notre échantillon était plus grande que celle de **Schaffar A et coll [9]** qui avaient enquêté sur 29 pharmaciens et plus petite que celle de **Simard-Émond L et coll** qui avaient enquêté sur 353 obstétriciens-gynécologues et 109 résidents [7].

Dans notre étude, l'âge moyen de nos enquêtés était estimé à 34 ans avec des extrêmes de 22 et 54 ans plus jeune que ceux de **Simard-Émond L et coll [7]** et **Auclair M [6]** avec respectivement 40 et 43 ans ; cela pouvait s'expliquer par la diversité de notre échantillon et le cycle court de certains (sages-femmes, et infirmiers thésards).

La très grande majorité de notre population soit 62,7% était féminine avec un sexe ratio de 0,6. **Auclair M [6]** avait trouvé un résultat proche de la notre avec 60,8% et inférieur à celui de **Simard-Émond L et coll [7]** avec 69,8%. Cependant, nous ne pouvons pas tirer de conclusion car nous ne connaissons pas le nombre de femmes dans les deux services où l'étude était réalisée mais nous pouvons supposer que les femmes se sentaient plus concernées par la problématique de l'allaitement maternel.

Le quart de nos enquêtés soit 37,3% étaient affiliés à l'unité de néonatalogie. Nous en déduisons que ceux-ci étaient plus accessibles du fait qu'ils se sentaient plus concernés par le sujet de l'enquête.

Plus des trois quarts des enquêtés soit 76,7% avaient une expérience personnelle ou familiale d'allaitement maternel exclusif. Notre taux est supérieur à celui de **Simard-Émond L et coll [7]** qui avaient obtenu 69,8% et inférieur à celui de **Auclair M [6]** avec 87,3%. La forte sensibilisation des professionnels en santé



au sujet de l'allaitement et l'expérience obstétricale de certains de nos enquêtés pourraient justifier notre pourcentage.

3.2. Formation sur l'allaitement maternel

Plusieurs travaux s'accordent sur l'insuffisance de la formation initiale des professionnels de santé [8, 9, 22, 23].

Acroute-Vial F avait constaté une insuffisance de formation des internes de médecine générale en allaitement maternel et un meilleur niveau de connaissances et de compétences chez les internes de pédiatrie [24].

Ainsi en 2012, **Puyt-Gratien B** avait montré également que la formation des internes de médecine générale de Rouen en allaitement maternel était insuffisante mais qu'une formation médicale continue avait permis d'améliorer leurs compétences [16] à ce sujet.

De plus, les médecins, les résidents en pédiatrie et en gynécologie-obstétrique avaient des connaissances limitées sur les sujets touchant l'allaitement [7].

Nous avons trouvé que dans notre étude 86% des enquêtés avaient reçu un cours l'allaitement maternel lors du cursus de base contre seulement 26% ayant reçu un cours spécifique après.

Près d'un sixième seulement des enquêtés (soit 17%) avaient reçu un cours plus récent de moins d'un an et d'une durée plus courte comprise entre 1h à 2h dans 62% des cas.

Comme le signale **Turck D** dans son étude, l'allaitement était traité de façon très succincte sous forme de cours théoriques lors de ces formations initiales [25].

A notre avis ces formations initiales ont été écoutées avec peu d'intérêt, parfois oubliées et ne peuvent traiter l'ensemble des difficultés pour lesquelles les mères pourraient demander conseils.



Nous avons aussi constaté que les formations continues ont un poids dans l'information et le renforcement des compétences des professionnels. Ce constat était soutenu par les données de certains auteurs qui avaient prouvé que la participation des médecins et pharmaciens à une formation médicale continue sur l'allaitement permettait rehausser leur niveau de connaissance, leur compétence et répondait mieux à leurs attentes [26, 27, 28].

De même, en 2014, **Serre H** révélait qu'une soirée de formation médicale continue avait permis d'améliorer le niveau de connaissances global d'un groupe de médecins généralistes de la région rouennaise sur l'allaitement maternel [29].

Nous avons trouvé que moins de la moitié de nos enquêtés soit 41,3% estimaient leur formation partiellement suffisante pour leur pratique. Une enquête faite auprès des médecins libéraux avait obtenu un résultat plus élevé soit 50% [6].

Une thèse faite à Lyon avait trouvé que les enseignants interrogés sur la formation à l'allaitement maternel des internes du DES de médecine générale reconnaissent tous que très peu de cours étaient plus orientés vers les conseils pratiques qu'aux complications et à leurs traitements [30].

3.3. Connaissances sur l'allaitement maternel

3.4. Connaissances sur l'AME

3.4.1.1. Connaissances sur les avantages de l'AME

Conformément à plusieurs études [31-35] qui ont souligné les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif sur la croissance staturo-Pondéral, sur la diminution des infections respiratoires et des allergies, nous avons vu que ces avantages étaient mieux connus de nos enquêtés. Seuls 50,7% d'entre eux savaient qu'il favorise une meilleure réponse vaccinale pour le bébé. Cet avantage de l'allaitement maternel exclusif méconnu de presque la moitié de nos enquêtes a été prouvé par d'autres travaux.



Pabst HF et coll [36] qui avaient conclu que la réponse immunitaire à médiation cellulaire au vaccin BCG (Bacille de Calmette et Guérin) administré à la naissance a été améliorée par l'allaitement maternel.

De plus ils ont prouvé dans une autre étude que les nourrissons allaités au sein et immunisés avec le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* type b avaient des anticorps significativement plus élevés à l'âge de 7mois et à 12 mois [37].

En effet **Greenberg et coll** avaient aussi rapporté, après étude des réponses immunitaires au vaccin conjugué contre le tétanos, *Haemophilus influenzae* de type b sur un sous-ensemble de 10 000 nourrissons immunisés, qu'il existait une augmentation significative des anticorps anti vaccinaux chez les nourrissons allaités pendant au moins 6 mois [38].

3.4.2. Connaissance sur la Possibilité de l'AME chez les jumeaux

Pour 63,3% des enquêtés, l'AME est possible et suffisant pour les jumeaux à terme. Nos résultats sont soutenus par les données de la littérature médicale, où la production du lait maternel répond au système d'offre et de la demande. Donc toutes les mères peuvent avoir une production et un approvisionnement de lait maternel suffisants pour les jumeaux à condition qu'elles se reposent, qu'elles aient un régime équilibré et boivent beaucoup de liquide, qu'elles soient plus détendues et soutenues par des prestataires de soins compétents. Elles doivent aussi alterner le sein afin d'avoir une stimulation égale et un lait équitable pour deux bébés [39, 40].

3.4.3. Connaissances sur les modalités pratique de l'allaitement maternel

3.4.3.1. Connaissances sur les avantages de la tétée précoce

Contrairement à l'étude de Maiga L [10] au Mali, où moins du quart du personnel enquêté (19,5%) connaissait le délai d'initiation de la première tétée, nous avons trouvé que plus de la moitié soit 53,3 % de nos enquêtés savaient



qu'une tétée précoce accélère le transit et diminue la fréquence de l'ictère néonatal. Cela supposait que l'accent a été mis plutôt sur les avantages que sur le délai lors de la formation du personnel.

Cette mise au sein précoce, fait partie de nos jours, des recommandations internationales pour la réussite de l'allaitement maternel. Son délai d'initiation est crucial pour la poursuite de l'allaitement maternel. Plus elle survient dans l'heure suivant l'accouchement, plus le risque de mortalité néonatale est réduit à un maximum de 15% [41]. Elle présente des avantages indispensables pour le nouveau-né et ainsi que pour la mère. Ainsi pour le nouveau-né elle permet de : bénéficier du colostrum, d'éviter l'hypoglycémie qui peut s'avérer dangereuse, de favoriser l'élimination du méconium, de diminuer le taux de bilirubinémie néonatale, la prise du poids de l'enfant durant les deux premières semaines [18]. Enfin chez la mère elle stimulera une montée laiteuse plus rapide, plus durable et l'involution utérine importante dans la prévention des complications de la délivrance [42].

Devant ces arguments tous les professionnels de santé doivent donc œuvrer pour l'application et la généralisation de cette pratique au sein de toutes les maternités afin de promouvoir l'allaitement exclusif et sa bonne poursuite.

Les professionnels de santé sont des acteurs clés dans le choix et le bon déroulement de l'allaitement maternel ; ceux-ci passent alors par des séances de démonstrations continues. Malheureusement, au Mali, l'information et l'encadrement des mères sont encore peu suffisants. Beaucoup de stratégies d'interventions doivent être mises en place afin de pallier le manque d'information lors des consultations prénatales, à l'indifférence du personnel de santé, le manque de connaissances pratiques ou encore la séparation encore trop longue entre le nouveau-né et la mère, parfois non justifiée.



3.4.3.2. *Connaissances sur la conservation du lait maternel*

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et Schelstraete C [43] recommandent une conservation du lait maternel 4 à 6 heures à l'air libre en dessous de 25°C recommandation connue par 35,5% de nos répondants, au réfrigérateur (4°C) pendant 48heures maximum et au congélateur (-18°) pendant 4 mois maximum, recommandation connue par seulement 10% des répondants.

Dans la métropole lilloise **Schaffar A et coll** en 2012 avaient mis en évidence que cette recommandation de (Afssaps) sur la conservation au réfrigérateur était connue par 24,1% des interrogés et celle au congélateur par seulement 10,7% [9].

Puyt-Gratien B montrait que très peu de ses enquêtés soit seulement 23,1% des internes ont répondu correctement à cette question. Elle a aussi constaté que les internes ayant déjà au moins un enfant ont significativement mieux répondu que ceux sans enfants [16].

En 2005, **Debonnet-Gobin V** lors de l'évaluation des médecins généralistes avant la soirée de formation médicale continue trouvait que sur 18 interrogés lors du pré-test, 15 savaient que le lait maternel se conservait pendant 48 heures au réfrigérateur [26].

Nos résultats étaient proches de **Cadon-Asencio N** où la plupart des généralistes interrogés ignoraient les durées de conservation du lait maternel.

La durée de conservation à la température ambiante était mieux connue par 39% des médecins enquêtés tandis que 11% d'entre eux savaient l'ensemble des durées de conservation. Par ailleurs, le sexe du médecin ainsi que son relevé individuel d'activité et de prescription avaient une influence statistiquement significative sur la connaissance de la durée de conservation du lait maternel au congélateur [44].



D'une part, les femmes étaient deux fois plus nombreuses que les hommes à connaître la durée de conservation au congélateur. D'autre part, ceux ayant un RIAP supérieur ou égal à 20 étaient 2,5 fois plus nombreux à savoir que le lait maternel se conserve jusqu'à six mois au congélateur que ceux à RIAP faible.

La méconnaissance de ces durées de conservation du lait maternel de nos professionnels pourrait s'expliquer par le fait qu'elle est moins enseignée lors des formations initiales et de pratique peu courante. Plusieurs raisons peuvent être citées : la proximité du bébé puis le fait que la majorité des mères assure une profession libérale moins contraignante dans la poursuite de l'allaitement maternel, et le risque de contamination élevé du lait par défaut d'hygiène. D'autres raisons méritent d'être recherchées pour assurer une meilleure intégration de cette pratique afin de diminuer le risque de sevrage précoce.

3.4.4. Connaissances sur les substituts de lait de mère

La moitié des enquêtés soit 50% savaient que le “Les substituts de lait de mère” doivent être prescrit si la perte de poids du bébé est supérieur à 10% en plus des signes d'ictère important ou de déshydratation.

Ces résultats étaient meilleurs que ceux de **Daul M [20]** où 70% des sages-femmes de la maternité bas-rhinoise déclarent avoir eu recours aux substituts de lait de mère au moins une fois par semaine. La majorité soit 34,9% avait donné deux indications et seules 2,3% des sages-femmes interrogées ont donné cinq indications médicales sur six attendues. Les trois premières indications médicales de prescription de substituts de lait de mère les plus citées par celles-ci étaient : les pathologies maternelles ou les traitements contre-indiquant l'allaitement, la séparation mère enfant, et l'insuffisance de lait documentée **Daul M [20]**.



Turdu N C en 2011 avait trouvé que 16% des médecins avait prescrit à tort les substituts de lait de mère en cas de ralentissement de la courbe de croissance à quatre mois [45].

En effet, d'après une revue littéraire la perte du poids mesurée de plus de 7 à 10% a été évoquée par plusieurs auteurs comme principal motif de prescription de ces substituts [19, 46, 47].

Pluinage C. par contre avait constaté que l'hypoglycémie néonatale était le second motif médical retrouvé à 11% [46].

TRIAA Benhammadi I. à Grenoble avait mis en évidence que 31% des mères qui ont eu recours aux substituts de lait de mère l'ont fait pour sa commodité [48].

Au Maroc, selon l'étude de **Lamyae M.**, l'insuffisante production lactée revenait fréquemment comme le principal motif d'introduction de lait artificiel par les mères avec 73% [49]. C'est la première cause d'arrêt de l'allaitement avant la neuvième semaine. Les insuffisances avérées sont rares et ne touchent que moins de 5% des femmes. Les impressions de baisse de la lactation ressenties par la mère en générale sont réversibles si la mère est bien entourée et informée [50].

A Rouen **Wimmer M** avait trouvé que la mauvaise prise de poids réelle ou ressentie a été responsable de près du tiers des sevrages. Le manque de lait ou que l'absolu conviction que son "lait n'est pas bon" ont été les motifs de plainte prédominants pendant les six mois de suivi [51].

En effet, **Mariau Dinot L** avait objectivé que l'obsession d'une reprise rapide de poids et le manque de confiance dans l'allaitement maternel encourageaient à proposer des compléments et à précipiter l'arrêt de l'allaitement malgré le désir des parents [52].



Sqalli H Z et coll avaient montré que seulement 13% de ses enquêtés employés n'ont pas eu recours au lait artificiel. Les horaires de travail inadaptés étaient la raison principale d'avoir recours au biberon [53, 54].

Cependant d'autres facteurs peuvent influencer la poursuite de l'allaitement maternel et occasionner l'utilisation de substituts de lait de mère : mauvaise expérience initiale, perception négative de l'allaitement par le père, utilisation précoce de tétine, manque de soutien des professionnels de santé [55].

3.5. Attitudes des professionnels de santé relatives à l'allaitement maternel

3.5.1. Abord du sujet d'allaitement avec les mères

Plus de la moitié de nos professionnels soit 57,3% abordaient toujours le sujet d'allaitement maternel avec les patientes et 52% le faisaient après l'accouchement à la sortie de la maternité.

Barriere H avait trouvé que sur les 365 femmes soit 73,1% avaient été informées par les professionnels de santé pendant la grossesse et la majorité disait avoir été prioritairement informée par une sage-femme. La plupart des femmes, soit 77,8% avaient reconnu être informées surtout sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour le bébé contre 51,4% pour les femmes [56].

Nos résultats sont similaires à ceux de **El kamel N** à Fès qui avait montré que plus de la moitié des professionnels ont sensibilisé les mères après l'accouchement et que seulement 27% d'entre eux déclarent avoir toujours fait cette sensibilisation [22].

Teveras et coll [57] aussi avaient trouvé que 92% des pédiatres discutaient toujours de la durée de l'allaitement maternel pendant les deux semaines de visites préventives après l'accouchement et 91% des obstétriciens lors des visites prénatales.



Certains auteurs, au contraire ont choisi de faire cette discussion avant et pendant la grossesse [1,58].

3.5.2. Gestions des difficultés liées à l'allaitement maternel

3.5.2.1. Gestion d'une crevasse

Dans notre étude, 41,3% des enquêtés conseillaient la poursuite de l'allaitement maternel puis encourageaient les mères à prendre une bonne position et à les varier. **Puyt Gratien B** dans son étude avait trouvé des attitudes similaires celles de nos enquêtés avec plus de 71,1% de bonne réponse [16].

De même **Bellenger E** avait mis en évidence que plus de la moitié des étudiants soit 56% savaient que le meilleur moyen de prévenir les crevasses était de corriger la position du bébé lors de la tétée. Les internes plus jeunes et ceux n'ayant pas séjourné au planning familial répondaient significativement mieux que les autres. La Moitié des internes de médecine générale (soit 50%) Conseillaient plus l'application de crèmes adaptées contre seulement 30% qui pensaient à faire appliquer du lait sur le sein de la maman. Les antalgiques étaient prescrits par 42% et les plus jeunes avaient significativement plus tendance à prescrire que les autres [21].

Schaff A et coll. [9] avaient trouvé que 96% des pharmaciens encourageaient de poursuivre l'allaitement en cas de crevasse tandis que seulement 10 % savaient qu'il faut corriger la position du bébé au sein. Les pharmaciens rencontrés globalement avaient une attitude très orientée vers les médicaments (crème spécifique au bout des seins, antalgiques), ce qui pouvait être dû au manque de connaissances des alternatives possibles.

A l'inverse **El kamel N** avait trouvé que 30% de ses enquêtés conseillaient la suspension de l'allaitement de quelques jours sans proposer l'utilisation d'un tire lait pour maintenir la lactation et éviter les engorgements ; 61% proposaient de



raccourcir la durée des tétées, 47% pensaient qu'il faut nettoyer les mamelons régulièrement avec du sérum salé ou de l'eau [22].

Du fait de son caractère douloureux lors de la tétée, les crevasses font partie des principales causes d'abandon d'allaitement dans les premières semaines comme le soulignent certains auteurs de la littérature. Elles peuvent être à l'origine de mastites et d'infections bactériennes à staphylocoques dorés ou fongiques d'où l'intérêt de ne pas donc les négliger. Il est ainsi primordial de revoir la technique d'allaitement et notamment la bonne et large prise de l'aréole par le nouveau-né [5, 59].

3.5.2.2. Gestion d'un engorgement mammaire

De façon similaire à **Puyt Gratien B** où le tiers des interrogés conseillaient d'augmenter la fréquence des tétées en commençant par le sein le plus douloureux, nous avons constaté que seulement 34,7% savaient donner le bon conseil [16].

D'après les résultats d'une étude faite à Bordeaux en 2015, l'engorgement mammaire était un sujet mal maîtrisé par la majorité de ses enquêtés. Seuls 29% ont pu poser le diagnostic. Parmi lesquels 93% mettaient en place un traitement local et 44% pensaient ajouter un traitement antalgique per os [60].

Contrairement à notre étude **El kamel N** avait objectivé que la majorité des médecins avait une maîtrise parfaite de la gestion d'un engorgement, 91% d'entre eux demandaient de continuer à allaiter à la demande contre 60% qui prescrivaient des antalgiques [22].

La gestion de l'engorgement du sein se fait sur plusieurs volets : qui sont rassurer la mère que l'engorgement est une condition temporaire, ensuite faire un massage doux du sein et/ou de l'aréole, appliquer des compresses chaudes sur le sein, puis faire l'expression manuelle. Les anti-inflammatoires peuvent être finalement être prescrits pour soulager la douleur. Une fois que la pression



des seins diminue, des tétées efficaces peuvent aider à vider aussi le sein. Si ces tétées s'avèrent inefficaces, un tire-lait peut être utilisé. L'engorgement est une des causes de plus d'arrêt injustifié d'allaitement maternel. La méconnaissance de sa prise en charge est un risque majeur de son aggravation et de son évolution vers la mastite voire l'abcès [17, 59].

3.5.2.3. Gestion d'une mastite inflammatoire

Dans notre échantillon, 12,7% de nos enquêtés poursuivaient l'allaitement sur les 2 seins en conseillant la position du ballon de rugby et soulageaient la douleur avec de l'ibuprofène en cas de mastite au niveau du quadrant supéro-externe droit.

En contradiction avec notre étude **Puyt Gratien B** obtenait que la majorité de ses internes soit 71,2% avaient bien répondu à cette question avec une différence significative en faveur de ceux ayant participé à la formation médicale continue [16].

Cet écart assez grand pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude la majorité n'avait pas bénéficié d'une formation initiale qui datait de plus d'un an et n'ayant durée que deux heures de temps, cela sous-entendait qu'elle était plus vite oubliée ou moins abordée au cours de ces formations.

Schaffar A et coll pensaient qu'une bonne connaissance des conseils à donner en cas de mastite est d'autant plus importante que ces conseils suffisent largement dans la majorité des cas et diminuent aussi la nécessité d'une consultation médicale [9].

Bellenger E en 2015 a mis en évidence que seulement 4% des interrogés ont pensé à faire téter l'enfant pour désengorger le sein et améliorer les symptômes de la maman. Seuls 17% ont proposé le maintien de l'allaitement en cas de mastite [21].



Massée C en 2017 a constaté une diminution des arrêts injustifiés de l'allaitement maternel par les internes après l'enseignement facultaire de 84% à 53% en cas de mastite infectieuse [61].

3.6. Gestion d'une mère tabagique souhaitant allaitée

Nous avons trouvé que seulement moins ¼ soit 21% des enquêtés proposaient la poursuite de l'allaitement en conseillant de fumer 2 h au moins avant la tétée contre 52% qui conseillaient de continuer à allaiter tout en arrêtant complètement de fumer.

Bien que les mères fumeuses allaitent moins que les non fumeuses, aussi la durée est plus courte [62].

Plusieurs études faites avaient ainsi montré l'impact direct du tabac sur la lactation mais très peu se sont intéressées aux connaissances des soignants sur la question [63, 64].

En effet, **Bellenger E** avait trouvé dans son étude que 85% de ses étudiants autorisaient la poursuite du tabac au cours de l'AM, mais seulement 27% pensaient proposer à la maman une aide au sevrage [21].

La concentration de la nicotine dans le lait de mère varie en fonction du nombre de cigarettes fumées et du laps de temps entre deux cigarettes fumées. Elle est deux à trois fois plus élevée dans le lait que dans le sérum ; ainsi c'est au bout de 60 à 90 minutes après la cigarette fumée que 50% du taux de nicotine est éliminé du lait maternel. C'est pourquoi il est conseillé d'intercaler au moins deux heures de temps la dernière cigarette fumée et la tétée, de fumer dans une autre pièce où l'enfant ne pourra pas être exposé à la fumée [65].

Nous en concluons que la grande majorité de nos enquêtés ignoraient le risque de syndrome de sevrage nicotinique lié à un arrêt forcé au profit de l'allaitement.



4. CONCLUSION / RECOMMANDATIONS

4.1. CONCLUSION

Bien que nos observations n'ont pu être généralisées à tous les professionnels de santé des deux services, nous avons mis en évidence de bonne connaissance globale théorique sur l'allaitement maternel. Cependant, au regard de cette étude nous suggérons que certaines connaissances et attitudes devraient être améliorées notamment celles relatives l'allaitement maternel exclusif chez les jumeaux à terme, le principe de l'allaitement à la demande, la conservation du lait maternel, les indications de prescriptions des substituts de lait de mère et l'engorgement mammaire bilatéral. Il est donc nécessaire de compléter ces lacunes par des séries de formation continue, un recyclage permanent des professionnels de santé afin de leur permettre d'assurer un soutien adéquat aux mères allaitantes et garantir une meilleure croissance aux nouveau-nés.



4.2.RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, et au regard de la conclusion, nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Aux autorités de la direction générale du CHU Gabriel Touré :**

- Rendre disponibles aux services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique des posters, affiches et matériaux de projections vidéo sur l'allaitement maternel ;

➤ **Aux responsables des services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique**

- Mettre en place une plateforme d'échange et de partage des connaissances sur l'allaitement maternel.
- Faire des affiches de conduite à tenir pratique sur les connaissances et attitudes à améliorer dans les salles de suivi prénatales, d'accouchement ou de structures d'hospitalisation des nouveau-nés.
- Faire une restitution des résultats obtenus de ce travail.

➤ **Aux professionnels de santé des services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique :**

- Participer aux formations sur l'allaitement maternel avec assiduité et intérêt ;
- Se mettre à jour fréquemment sur les connaissances relatives à l'AME ;
- Organiser des séances de démonstrations pratiques sur la technique de l'AM;
- Renforcer les activités de sensibilisation sur l'allaitement maternel, les avantages, les complications fréquentes ainsi que les moyens de prévention lors des consultations prénatales et pédiatriques.



REFERENCES

1. Segue Balleux P. Allaitement maternel dans l'exercice de la médecine générale : Enquête auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne [Thèse : Médecine]. Haute-Vienne : UL ; 2003. 183p
2. OMS. Nouvelles orientations pour promouvoir l'allaitement maternel dans les établissements de santé du monde entier. [En ligne] 2018. [Cité le 18 Avril 2020]. disponible: [https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-04-2018 - who-and-unicef-new-guidanc...](https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-04-2018-who-and-unicef-new-guidanc...)
3. OMS. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. [En ligne] 2020. [Cité le 10 mai 2020]. disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
4. Liffra O. Pays de l'Afrique de l'ouest à la traîne : Taux d'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de six mois. [En ligne]. Paris : JA, 2017. [mise à jour le 4 août 2017; consulté le 19 mai 2020]. Disponible : <https://infogram.com/taux-dallaitement-exclusifs-des-nourrissons-de-moins-de-six-mois-1g4qpzl4ev7o21y>
5. 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. Nutrition des enfants et des femmes. Dans Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF; 2019. p.209-238
6. Auclair M. Evaluation de la formation des médecins libéraux à l'allaitement maternel [Thèse : Médecine]. Angers : Ua; 2018. 84p



7. Simard-Émond L, MD, BSC, Sansregret A, Dubé J, Mayrand M H et al. Obstétriciens-gynécologues et allaitement maternel : pratique, attitudes, formation et connaissances. *Journal of Obstet and Gynaecol Can.* 2011; 33(2):145-152
8. Aba AM. Attitude et pratiques des professionnels de la santé vis-à-vis la promotion de l'allaitement maternel exclusif au Niger : cas de la communauté urbaine de Niamey [Thèse : Med]. Niamey : UL; 2009.201p
9. Schaffar A, Huyghe A S, Bomy H, Duriez P, Ego A, Pierrat V. et al. Allaitement maternel: opinions et connaissances des pharmaciens dans la métropole lilloise. *Archives de pédiatrie.*2012 ; 19 (5) : 476-483.
10. Maiga L. Connaissances relatives aux soins essentiels du nouveau-né (SENN) du personnel de la maternité et de la pédiatrie du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré [mémoire : DES péd].Bamako : FMOS; 2017.92p
11. Freed GL, Clark SJ, Cefalo RC, et al. Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 173:1607–1613.
12. Brodribb W, Fallon A, Jackson C, et al. The relationship between personal breastfeeding experience and the breastfeeding attitudes, knowledge, confidence and effectiveness of Australian GP registrars. *Matern Child Nutr.* 2008;4: 264–74.
13. DiGirolamo AM, Grummer-Strawnet LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions?.*Birth.* 2003;30 (2):94–100.
- 14.2^{ième} Registre d'accouchement 2020 de la maternité du CHU-GT



15. Rapport des activités annuelles 2019 du service de néonatalogie du CHU-Gabriel Touré.
16. Puyt Gratien B. Etat des lieux des connaissances des internes en médecine générale de Rouen concernant l'allaitement maternel [Thèse : Médecine]. Rouen : FMMPR; 2012. 104p
17. Schepper C, Pirard Gilbert L, Schaner L, Masson V, Claes N. Allaitement maternel guide à l'usage des professionnels de la santé. Edition 2019. Belgique : Benoît Parmentier; 2019
18. Gassier J, Saint-Sauveur C. Le guide de la puéricultrice : Elsevier, 2007, 1155 p (40)
19. Francoual C, Bouillié J, Parat-Lesbros S. Pédiatrie en maternité. 3e édition. Paris : Médecine-Sciences Flammarion; 2008.
20. Daul M. les compléments de lait artificiel en maternité : connaissances et pratiques des sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin [mémoire de sage-femme]. Strasbourg : US; 2017. 67p
21. Bellenger E. Etats des lieux des compétences des futurs médecins généralistes dans la prise en charge et l'accompagnement de l'allaitement maternel. Médecine humaine et pathologie [Thèse : Médecine]. Bordeaux : UFR des sciences Médicales ; 2015. 111p
22. El kamel N. Connaissances, attitudes et pratiques des mères et médecins concernant l'allaitement maternel. [Thèse : Med]. Fès : USMBA; 2018. 157p
23. Bagayoko S. Etude des connaissances et attitudes et pratiques du personnel de santé sur l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois dans la commune I du District de Bamako [Thèse : Med]. Bamako : FMOS; 2015. 119p



- 24.**Acroute-Vial F. Connaissances, compétences et formation des internes de Médecine Générale à Nice concernant l'allaitement maternel. [Thèse : Médecine]. Nice : UN ; 2009.95p
- 25.**Turck D, Razanamahefa L, Dazlle C, Gelbert N, Gremmo-feger G, Manela A et al. Plan d'action : allaitement maternel.Med Nutr.2010;46 (3-4) : 25-47
- 26.**Dobonnet Gobin V. Allaitement maternel et médecine générale : Etude A propos des représentations et des connaissances de 18 médecins généralistes s'articulant autour d'une soirée de formation médicale continue [Thèse Médecine].Amiens : UPJV; 2005. 159p
- 27.**Rubé D M, Sosiewicz Lengsavath C. Allaitement maternel : Représentation de médecins généralistes du Cher et Loiret [Thèse : Médecine]. Paris : UFR; 2013.46p
- 28.**Carre M, Geiler I, Dumoulin D, Schanen C, Bomy H, Rousseau S. et al. Allaitement maternel et pratiques à l'officine : intérêt d'une formation pour les pharmaciens et préparateurs en pharmacie. Revue de médecine périnatale. 2017; 9 (3) : 171- 177
- 29.**Serre H. Allaitement maternel et médecine générale : évaluation des connaissances globales d'un groupe de généralistes de la région rouennaise et impact d'une formation médicale continue [Thèse : Médecine].Rouen: UR; 2011.91p.
- 30.**Jacotot E. Etat des lieux : formation initiale des médecins français en allaitement maternel [Thèse : Médecine].Lyon : UCB; 2012.109p
- 31.**Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives Pédiatrie. 2005; 12(Supp 3) : S145–S165.



- 32.**Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives Pédiatrie. 2013; 20(supp 2) : S29–S48.
- 33.**Rigouda V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenne P, Kieffer F, Assaf Z et al. Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2013; 26(2) : 90-99.
- 34.**Picaud J C. Allaitement maternel et lait maternel : quels bénéfices pour la santé de l'enfant. Nutr Clin Métab.2008; 22(2) : 71-74.
- 35.**Marchand-Lucas L, Lucas E. Les généralistes favorisent-ils l'allaitement. Revue du Praticien Médecine Générale. 2000; 14(510) : 1692-1701.
- 36.**Pabst HF, Grace M, Godel J, Cho H, Spady D W.Effet de l'allaitement maternel sur la réponse immunitaire à la vaccination par le BCG. The Lancet. 1989; 333(8633) :295-297
- 37.**Pabst HF, Spady DW. Effect of breast-feeding on antibody response to conjugate vaccine. Lancet 1990; 336: 269–70.
- 38.**Greenberg DP, Vadheim CM, Partridge S, Chang SJ, Chiu CY, Ward JI. Immunogénicité du vaccin conjugué contre l'anatoxine tétanique Haemophilus influenzae type b chez les jeunes nourrissons. Le groupe d'étude sur les vaccins Kaiser-UCLA. J Infect Dis. 1994; 170 : 76 – 81.
- 39.**Cinar N D, Alvur MT, Kose D, Nemet T. Nursing twins: a qualitative study. J Health Popul Nutr . Déc 2013; 31 (4): 504–509.
- 40.**Bennington LK. Multiples d'allaitement : c'est possible. Infirmière nouvelle pour nourrissons Rév. 2011; 11 : 194–7.



- 41.**Phukan D, Ranjan M, Dwivedi L K. Impact of timing of breastfeeding initiation on neonatal mortality in India. *International Breastfeeding Journal*.2018;13(27): 18-162
- 42.**Boutet C, Vercueil L, Schelstraete C, Buffin A, Legros JJ. Oxytocin and maternal stress during the post-partum period. *Annales d'Endocrinologie*, Juin 2006; 67 (3) : 214-223(43).
- 43.**Schelstraete C. Travailler et Allaiter, pourquoi pas ? *Médecines et Enfance*. 2006; 26 : 565-567
- 44.**Cadon-Asencio N.Le retour au travail de la mère allaitante : enquête auprès des médecins généralistes du Rhône [Thèse : Médecine].Lyon : UCBL1;2005.124p
- 45.**Turdu N C L. Allaitement maternel et insuffisance de lait : Prise en charge en médecine générale [Thèse : Med]. Grenoble : UJF; 2011.82p
- 46.**Pluvinage C. Etat des lieux du recours aux compléments de lait artificiel chez les nouveau-nés allaités, à la maternité de Chambéry.[Mémoire : sage-femme].Grenoble : UJF;2015.36p
- 47.**Blyth RJ, Creedy DK, Denis CL, Moyle W, Pratt j, De Vries SM, and al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact*. 2004; 20 (1): 30-38
- 48.**TRIAA Benhammadi I. les déterminants du choix du mode d'allaitement : Etude prospective auprès de 111 femmes à la maternité de Max Fourestier de Nanterre [Thèse : Médecine].Paris : UPDP; 2009.173p
- 49.**Lamyae M. Pratique de l'allaitement maternel en maternité et facteurs associés à la mise au sein précoce. [Thèse : Médecine].Rabat : Université Mohamed V; 2018.145p



- 50.**Gremmot-Féger G. Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *Spirale*.2003; 3(27) : 45-59
- 51.**Wimmer M. Le rôle du médecin généraliste dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois [Thèse : Médecine].Rouen : UFRMPR ; 2014.163p
- 52.**Mariau Dinot L. Rôle des médecins généralistes dans la durée de l'allaitement maternel : enquête prospective sur 6 mois dans 15 maternités des Pays de la Loire. [Thèse : Médecine].Nantes : UN; 2009.75p
- 53.**Sqalli H Z, Inékac S, Benbachir Hassani M, Ouhssine M. Situation actuelle et facteurs influençant l'allaitement dans la ville de Rabat au Maroc à propos d'une enquête chez 275 Mères. *European scientific journal*.2017; 13(9) : 194
- 54.**Martin C. Allaitement maternel et reprise du travail : le point de vue des femmes [Mémoire de sage-femme].Paris : UPD; 2010.72p
- 55.**Noirhomme Renard F, Lafalize A, Glosset C, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au - delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*.2009; 22 (3) : 112-120
- 56.**Barriere H, Tanguy M, Connan M, Fanello S. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. *Archives de pédiatrie*. 2011; 18(9) : 945-954
- 57.**Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, et al. Mothers'and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics*.2004;113: 405—411.
- 58.**Klepper C. Les Difficultés de l'initiation de l'allaitement [Thèse : Médecine]. Paris : UPMC; 2014.155p



- 59.**Mass S. Breast pain: engorgement, nipple pain and mastitis. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004; 47(3): 676-682
- 60.**Dorut A, Tur M. Soutien à la poursuite de l'allaitement maternel. *Vocation de sage-femme*. 2016; 15(120) : 32-36
- 61.**Massée C. Effets d'un enseignement facultaire sur les connaissances théoriques des internes de médecine générale en matière d'allaitement maternel [Thèse : Médecine].Toulouse : UT; 2017.45p
- 62.**Lepage M, Dumas L, Renaud L. Lutter contre le tabac et promouvoir l'allaitement au Québec : un défi. *Santé Publique*. 2005; 4 (17) : 637-647
- 63.**Rigourd V, Magny J F, Serreau R, Tasseau A, Aubry S, Lévêque M et al. Conseils pour l'allaitement. *Akos (Traité de Médecine)*.2008; 8(415) : 1-13
- 64.**Fuxe K, Andersson K, Eneroth P, Härfstrand A, Agnati LF.Neuroendocrine actions of nicotine and of exposure to cigarette smoke: medical implications. *Psychoneuroendocrinology*. 1989; 14(12) : 19-41
- 65.**League L. Tabagisme et produits de substitution-Cannabis. Dossier de l'allaitement n°101.Déc 2014



ANNEXES

Questionnaires

Date de l'enquête : /..... / 2020

numéros d'identification /...../

A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Age /...../
2. Sexe /...../ 1=Homme 2=Femme
3. Spécialité /...../ 1= Pédiatre 2=Gynécologue 3=DES Pédiatrie 4=DES gynécologie
5=infirmiers 6=Sagefemme 7=Autre
4. Unité d'exercice /...../ 1=Néonatalogie 2=Pédiatrie générale 3=Urgences
4=CEP 5=nutrition 6=consultation externe 7=maternité 8= Autres
5. Avez-vous déjà vécu une expérience personnelle ou familiale d'allaitement
maternel exclusif ? /...../ 1= Oui 2= Non

B. FORMATION SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Avez-vous bénéficié d'une formation ou d'un cours sur l'allaitement maternel durant
votre cursus universitaire ou professionnel ? /.../ 1= Oui 2= Non
Si oui, Préciser l'année de la dernière formation /...../ et nombre d'heures environ /.../h
2. Avez-vous reçu une formation complémentaire ? /.../ 1=Oui 2=Non
Si oui, précisez l'année de la dernière formation /...../ et sa durée /.../h
3. Votre formation vous semble-t-elle suffisante pour votre pratique quotidienne ? /...../
1=oui 2=Partiellement 3= non

C. CONNAISSANCES ET ATTITUDES FACE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Abordez-vous systématiquement le sujet d'allaitement maternel avec vos patientes? /.../
1=Toujours 2=souvent 3= Rarement 4= jamais
Si oui à quel moment ? /.../ 1=Sortie de la maternité 2=Urgences
3=consultation de suivi 4= Au rendez-vous après hospitalisation 5= Autres
2. A votre avis quel est le taux de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins
de 6 mois au Mali ? /.../ 1=28% 2=33% 3=38% 4=40% 5=Je ne sais pas

Encerchez-la ou les bonnes réponses

3. Quels sont les avantages de l'allaitement maternel exclusif?
 - a. Augmente la survenue des gastro-entérites
 - b. Meilleure réponse vaccinale
 - c. Bon Développement Staturo-Pondéral
 - d. Diminue la fréquence des infections respiratoires et d'allergies



- e. Je ne sais pas
4. L'allaitement maternel exclusif est-il possible et suffisant pour des jumeaux à terme? /..../
1=Oui 2=Non 3=Je ne sais pas
 5. Une tétée précoce favorise-t-elle ?
 - a. Succion efficace
 - b. Augmente le risque d'hypothermie et d'hypoglycémie
 - c. Accélère le transit et diminue la fréquence de l'ictère néonatal
 - d. Je ne sais pas
 6. Quels sont les signes ci-dessous indiquant qu'une tétée se passe bien ?
 - a. Mère en bonne santé et à l'aise
 - b. Bonne interaction entre la mère et l'enfant
 - c. Sein tenu avec les doigts sur l'aréole
 - d. Mouvements de succion rapides
 - e. Bouche grande ouverte et l'aréole au-dessus de la lèvre supérieure
 - f. Je ne sais pas
 7. A 2 mois, un bébé nourri au sein tète en moyenne combien de fois ?
 - a. 4 à 8 fois /j
 - b. 8 à 12 fois/j
 - c. 12 à 16 fois /j
 - d. Je ne sais pas
 8. Quel(s) est (sont) les critères d'efficacité d'un allaitement maternel ?
 - a. Au moins 6 couches mouillées d'urines par jour
 - b. Bébé qui s'endort repu au sein
 - c. Au moins 3 selles par jour voire une après chaque tétée
 - d. Je ne sais pas
 9. Comment expliquez- vous le principe de l'allaitement maternel à la demande ?
 - a. Proposer le sein à chaque phase d'éveil calme
 - b. Proposer le sein dès que bébé s'agite ou met les mains à la bouche
 - c. Proposer le sein quand bébé pleure
 - d. Je ne sais pas
 10. Quels sont les avantages offerts par l'allaitement maternel à la demande ?
 - a. Réduit la perte de poids du nouveau-né
 - b. Diminue le risque d'engorgement mammaire
 - c. Augmente le risque de survenue des crevasses
 - d. Augmente le risque d'ictère
 - e. Je ne sais pas
 11. Malgré les bienfaits du lait maternel certaines situations médicales obligent la prescription du lait artificiel la ou le(s) quelle(s) ?
 - a. Mère césarisée et hospitalisée en maternité
 - b. Systématiquement chez les prématurés et hypotrophes
 - c. Avant une meilleure montée laiteuse chez la mère
 - d. Perte de poids >10% plus des signes ictère importants ou une déshydratation
 - e. Je ne sais pas



12. L'ajout de lait artificiel ou d'autres compléments dans l'alimentation du nouveau-né permet-il ?
- Assurer 30-70% d'énergie dans 24-48h
 - Mère de se reposer et d'être détendue
 - Perdre une totale confiance en sa capacité à allaiter
 - Interférer avec le système d'offre et de la demande aussi avec l'apprentissage du bébé à téter le sein
 - Faciliter la montée laiteuse
 - Je ne sais pas

D. ATTITUDES PRATIQUES DU PROFESSIONNEL DE SANTE FACE AUX DIFFICULTES AU COURS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Est-ce que vous vous êtes déjà senti démuné devant certaines situations impliquant l'allaitement maternel ? /.../ 1=Oui 2=Non

Si oui à préciser :

- Mauvaise prise pondérale du nouveau-né
 - Sein douloureux (engorgement, crevasses...)
 - Insuffisance de lactation
 - Problème de compatibilité médicamenteuse avec l'allaitement
 - Autre :
2. Vers qui vous tournez vous en cas de difficultés concernant l'allaitement maternel ?
- Confrère
 - Famille ou ami non professionnel médical
 - Associations
 - Sage-femme
 - Internet
 - Autre :
3. Que faites-vous lorsqu'une mère allaitante exclusivement vous signale qu'elle n'a pas assez de lait?
- Vérifier la courbe de croissance du bébé
 - Rassurer la maman et lui conseiller de continuer l'allaitement
 - Proposer l'ajout d'un complément de LA
 - Vous observez la tétée pour rechercher des signes de mauvaise prise de sein,
 - Vous lui donnez des conseils et lui proposez de la revoir dans 48h
 - Je ne sais pas
4. Quelle est la durée de conservation du lait maternel ?
- 12h au réfrigérateur et 4 mois au congélateur
 - 4jours au réfrigérateur et 6 mois au congélateur
 - 4 heures à l'air libre en dessous de 25°C
 - 48h au réfrigérateur et 4 mois au congélateur
 - Je ne sais pas
5. Que dites-vous quand une mère soucieuse vous appelle parce que son bébé nourri uniquement au sein est constipé depuis 3jours ?
- Vous la rassurez et vous lui expliquez qu'au sein le transit n'est pas régulier



- b. Vous lui dites de boire de l'hépar pour accélérer le transit de sa fille et de venir consulter si elle n'a toujours pas de selle dans 48h
 - c. Vous lui demandez de vous l'amener tout de suite pour la peser
 - d. Je ne sais pas
6. Quelle serait votre attitude devant une maman qui présente des crevasses au sein droit?
- a. Vous lui dites de tirer son lait du sein droit tout en continuant de l'allaiter sur le sein gauche en attendant que la crevasse soit guérie puis elle pourra reprendre.
 - b. Vous prescrivez une pommade cicatrisante
 - c. Vous l'encouragez à prendre une bonne position et à varier les positions
 - d. Je ne sais pas
7. Vous la revoyez 4 jours plus tard car elle a une fièvre de 38,5°C ; le sein droit est maintenant rouge, gonflé et douloureux dans le quadrant supéro- externe. Vous concluez à une mastite inflammatoire, que faites-vous ?
- a. Suspendre l'allaitement sur le sein douloureux, tirer son lait et le jeter et poursuivre l'allaitement sur l'autre sein puis soulager la douleur avec du paracétamol.
 - b. Poursuivre l'allaitement sur les 2 seins en conseillant la position du ballon de rugby et soulager la douleur avec de l'ibuprofène,
 - c. Mettre systématiquement sous antibiotiques
 - d. Je ne sais pas
8. Que conseillez-vous à une mère allaitante qui présente depuis 3 jours un engorgement mammaire bilatéral?
- a. Vous lui dites de restreindre ses quantités de boissons et de tirer son lait entre les tétées pour soulager les seins.
 - b. Vous augmentez la fréquence des tétées en commençant par le sein le plus douloureux.
 - c. Faire une expression manuelle du sein
 - d. Je ne sais pas
9. Une maman tabagique active qui ne parvient pas à se sevrer vous demande si elle pourra quand même allaiter son bébé. Que lui répondez-vous?
- a. Arrêter complètement de fumer et allaiter
 - b. Arrêter de fumer 2h avant la tétée
 - c. Prendre un substitut nicotinique avant d'allaiter
 - d. Je ne sais pas

Propositions et Avis sur l'allaitement maternel :

.....

.....



FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM=BOCOUM

PRENOM = BELCO

Titre du Mémoire : Evaluation des connaissances et attitudes des professionnels de santé du CHU Gabriel Toure relatives à l'allaitement maternel

ANNEE UNIVERSITAIRE= 2019-2020

PAYS D'ORIGINE= Mali

LIEU DE DEPOT = Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (F.M.O.S).

SECTEUR D'INTERET = Pédiatrie, Gynéco-obstétrique et Santé publique

Résumé

Malgré ses avantages reconnus et l'existence des politiques de formation la prévalence de l'allaitement maternel au Mali reste une des plus faibles des pays Africains. Un manque de compétences, de soutien et de suivi aux mères allaitantes par des professionnels de santé insuffisamment formés a été mis en cause comme il a été bien documenté dans la littérature médicale.

L'objectif principal de notre travail était d'étudier les connaissances et attitudes des professionnels de santé des services de néonatalogie et de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré de Bamako relatives à l'allaitement maternel.

Il s'agissait d'une étude transversale prospective qui s'est déroulée sur une période d'un mois, allant du 12 Avril au 12 Mai 2020.

L'étude a permis d'évaluer 150 sur 190 professionnels de santé identifiés dans les deux services soit **78,9%**.



Plus des trois quarts des enquêtés soit 76,7% avaient une expérience personnelle ou familiale d'AME. Nous avons trouvé que 86% des enquêtés avaient **reçu un cours lors du cursus de base** sur l'allaitement maternel contre seulement 26% ayant reçu un **cours spécifique après**.

Près d'un sixième seulement des enquêtés (soit 17%) avaient **reçu un cours plus récent** de moins d'un an et d'une durée plus courte comprise entre 1h à 2h dans 62% des cas.

Les D.E.S de gynéco-obstétrique, les thésards et les sages-femmes étaient les plus nombreux à ne pas **bénéficier de formation spécifique**.

La moitié des enquêtés soit 50,7% savaient que l'allaitement maternel exclusif favorise une meilleure réponse vaccinale pour le bébé ; 53,3% ont répondu mieux aux avantages de la tétée précoce. Seulement 10 % des enquêtés connaissaient les durées de conservations des substituts du lait de mère au réfrigérateur et au congélateur; 50% pour celles des indications de prescriptions des substituts du lait de mère.

Peu d'enquêtés soit 12,7% avaient une bonne attitude en cas de mastite contre 41,3% et 34,7% respectivement pour la crevasse et l'engorgement mammaire.

Les attitudes des enquêtés devant une mère tabagique souhaitant allaiter n'étaient pas si mauvaises soit 21% de bonnes réponses.

Mots clés : Allaitement maternel, professionnels de santé, pédiatrie, Hôpital Gabriel Touré.

