

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche

République du Mali
Un peuple – Un But – Une Foisscientifique



UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES, ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie

Année universitaire 2012/2013N°...

TITRE

**ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET
PRATIQUES DES MERES D'ENFANTS DE 0 - 24
MOIS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL
EXCLUSIF DANS LA VILLE DE KORO(MOPTI)**

THÈSE

**Présentée et soutenue publiquement le /.... / 2014 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako**

PAR : M. GORO ABDOULAYE

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

JURY

Président : Pr SANGHO Hamadoun

Membre : Pr DIOP Samba

Pr TOGO Boubacar

Directeur : Pr DOUMBIA Seydou

DEDICACES

Au nom d'**ALLAH**, L'Infiniment Miséricordieux, Le Très Miséricordieux.

Louange à **ALLAH**, qui dans Sa Grâce Illimitée nous APermis d'aboutir à ce travail et qu'Il nous Guide davantage.

Au Prophète **MOHAMMAD** (PSL), nous lui témoignons nos respects et notre gratitude pour tout ce qu'il a fait pour le bien de l'humanité !

A mon père Saliou GORO

Modèle d'altruisme. Merci pour ton éducation et toutes ces années de sacrifices et de patience consentis. Jamais je ne saurais trouver de mots assez forts pour traduire le lien qui unit un père à son fils. Puisse **ALLAH** vous Accorde longue vie et beaucoup de santé.

A ma mère Salimata DIEME

Maman, tu m'as nourri et soigné. Tes bénédictions, tes encouragements et ton amour m'ont été d'un apport inestimable au couronnement de toutes ces années d'études. Merci pour ta patience, ta compréhension. Puisse Allah vous Prête longue vie, pleine de santé et de bonheur.

Pardon pour toutes les fois que je t'ai causé du tort.

A mon oncle Moussa GORO

Merci de m'avoir soutenu et encouragé. Puisse **ALLAH** vous Garde longtemps parmi nous.

A mes frères et sœurs :Amadou, Ousmane, Hamidou, Boubacar, Soumaila, Aminata, Adama, Hawa.

Ce travail qui est le vôtre, fruit de l'affection fraternelle, de vos conseils et votre soutien indéfectibles. Qu'il me soit permis d'exprimer en retour, ma profonde reconnaissance et mon amour fraternel.

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

A ma fiancée NIANGALY Mariam

Patiente et compréhensive, tu as su à chaque instant partager mes soucis, mes doutes et mes joies. Qu'il me soit donné la chance de pouvoir poursuivre ce chemin à tes côtés et en famille. Je voulais tout simplement te dire merci.

REMERCIEMENTS

A tout le corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Merci pour l'enseignement reçu.

A tous mes condisciples de la FMOS.

A nos chers parents : GORO Saliou, DIEME Salimata

Merci pour d'énormes efforts consentis au bénéfice de notre éducation. Nous en sommes reconnaissants.

A mon tuteur Souleymane GORO, les épouses Soungou, Hamsatou

Tuteurs infailibles au cours de ces longues années d'études. Que ce travail soit un remerciement pour le soutien merveilleux.

A la famille KODIO : Malick, Adama, Aminata et Idrissa

Un grand merci, pour vos conseils et investissements.

A mes tantes

En reconnaissance de vos prières et conseils.

A mes neveux et nièces : Adama, Sadio, Ramata, Fatoumata et Djénéba.

Qu'ALLAH vous Bénisse !

A mes cousins et cousines : Hamma, Souleymane, Boureima, Mariam, Djénéba. Merci.

A mes beaux-parents

C'est avec émotion que j'exprime ma reconnaissance.

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

Aux docteurs : FAROTA Sidiki, DOLO Ibrahima

Les rires et les bons moments que nous avons partagés m'ont permis de traverser dans la bonne humeur toutes ces années d'études. Puisse Le Très Miséricordieux vous Bénisse abondamment !

A la famille SAGARA : Seydou, Idrissa, Kadidia, Fatoumata et Aissata

Votre sens de l'hospitalité, votre soutien m'ont été précieux. Soyez assurés de ma profonde gratitude.

A mes amis : FAROTA Sidiki, DOLO Ibrahima, THIERO Alpha, TEME Mamadou, TEME Seydou, SAGARA Abdoulaye, SAGARA Abraham, GORO Moussa, GORO Idrissa

Recevez la marque de mon amitié.

Au docteur TOURE Aminata (DNS)

Vous avez eu la gentillesse de nous guider dans l'élaboration du questionnaire de l'étude. Que cette thèse soit pour vous le témoignage de nos remerciements.

Au docteur SANOGO Siaka et tout le personnel sanitaire de Koro.

Merci pour votre disponibilité et vos encouragements.

A tous les travailleurs du projet GIE GUINEDOU de Koro.

A toutes les mamans ayant participé à l'étude, merci pour votre accueil, votre patience et vos encouragements.

A toute la population de Koro et tous ceux qui m'ont signifié leur attachement.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maitre et président du jury

Professeur SANGHO Hamadoun

- Maître de conférences agrégé en santé publique
- Directeur Général du CREDOS
- Professeur titulaire en santé publique à la FMOS.

Cher maitre,

Nous vous remercions pour le grand honneur que vous faites en acceptant de présider notre jury de thèse. Malgré un agenda chargé, vous nous avez guidés avec bienveillance et une grande disponibilité. Ainsi nous avons largement bénéficié de vos compétences en santé publique.

Nous souhaitons que ce travail soit pour vous le témoignage de notre reconnaissance et l'expression de notre plus profond respect.

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

A notre maitre et juge

Professeur DIOP Samba

- Maitre de conférences à la FMOS
- Diplômé en anthropologie, en sciences de la vie, de la nature et de la terre, en écologie humaine et en éthique.

Cher maitre,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'apprécier notre travail. Nous sommes très honoré de vous avoir parmi le jury. Vos enseignements, votre démarche méthodique et le sens du travail bien font de vous un maitre exemplaire.

Recevez cher maitre notre plus profond respect.

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

A notre maitre et juge

Professeur TOGO Boubacar

- Pédiatre et hémato-oncologue
- Maitre de conférences à la FMOS
- Responsable de l'unité d'oncologie pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré

Cher maitre,

Vous avez été un de nos maitres avec qui nous avons eu le privilège de découvrir votre discipline : la pédiatrie. Vous nous faites l'honneur aujourd'hui de juger ce travail. Votre abord facile, vos compétences en pédiatrie font de vous un maitre respectable et admiré. Nous vous en remercions et nous vous prions de recevoir l'expression de notre plus profonde considération.

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

A notre maitre et directeur de thèse

Professeur DOUMBIA Seydou

- Spécialiste en épidémiologie
- Maitre de conférences
- Enseignant chercheur au MRTC

Cher maitre,

Nous ne saurions trouver de mots assez forts pour vous exprimer toute notre gratitude. Vos immenses connaissances théoriques et votre compétence technique sont exceptionnelles et suscitent en l'étudiant sincère un désir ardent d'identification. Malgré vos multiples occupations, vous avez fait preuve d'une disponibilité, et d'une patience constante et sans réserve. En travaillant avec vous, nous avons apprécié vos qualités humaines faites de simplicité et d'humilité. Soyez assuré cher maitre de notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS

| | | |
|--------------|--|--------------|
| I. | INTRODUCTION..... | 1-2 |
| II. | HYPOTHÈSE DE RECHERCHE..... | 3 |
| III. | OBJECTIFS..... | 4 |
| IV. | GENERALITES..... | 5-25 |
| V. | METHODOLOGIE..... | 26-37 |
| VI. | RESULTATS..... | 38-53 |
| VII. | COMMENTAIRES ET DISCUSSION..... | 54-58 |
| VIII. | CONCLUSION ET PROPOSITIONS..... | 59-60 |
| | REFERENCES | 61-68 |
| | ANNEXES..... | 69-78 |

SIGLES ET ABREVIATIONS

AME : Allaitement maternel exclusif

CAP : Connaissances-attitudes-pratiques

CPN : Consultation prénatale

CS Réf : Centre de santé de référence

CSCOM : Centre de santé communautaire

EDSM : Enquête démographique et de santé au Mali

IEC : Information-éducation-communication

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL: Oto-rhino-laryngologie

PED : Pédiatrie

UNICEF: Fonds des nations unies pour l'enfance

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

I. INTRODUCTION

Le meilleur lait pour le nourrisson est celui de sa mère. La supériorité du lait maternel est aujourd'hui admise par tous [1].

L'allaitement maternel exclusif s'explique par le fait que le bébé jusqu'à 6 mois n'a pas d'autres aliments ou boissons que le lait de sa mère, pas même une tétine, il suffit qu'il reçoive des vitamines, des aliments rituels, même en petites quantités, un peu d'eau ou de jus de fruit, pour ne plus pouvoir être considéré comme état exclusivement allaité [2].

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui à son tour, affectent la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses propriétés particulières (il est stérile et il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), le lait maternel évite les carences nutritionnelles et limite l'apparition de la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénéral, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et, donc, sur l'état de santé des enfants et des mères [3].

En outre l'allaitement maternel exclusif diminue les décès des nourrissons imputables à des maladies infantiles courantes, permet à l'enfant de se rétablir plus rapidement de la maladie [4].

Nonobstant les tentatives des industries, le lait maternel demeure inimitable et indispensable pour l'enfant.

En mai 2001, l'Organisation mondiale de la santé a modifié sa recommandation relative à l'allaitement maternel exclusif pour faire passer la durée de celui-ci à 6 mois plutôt que 4-6 mois [5]. L'OMS estime que 1.5 million de décès d'enfants

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

seraient évités si toutes les mères allaitantes en PED pratiquaient l'allaitement exclusif au sein [6].

Dans le monde 55% des nourrissons bénéficient de l'allaitement maternel exclusif pendant les 4 mois de leur vie [7]. En France 54% de nourrissons sont allaités dès l'âge de 1 mois et seulement 35% de façon exclusive [8]. Le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est de 43% en Colombie, le Pakistan affiche 37% et 34% au Sénégal [9].

Au niveau national, il existe une politique nationale de l'allaitement axée sur la protection de l'allaitement maternel exclusif à travers des actions de communication pour le changement de comportement, l'initiative hôpital ami des bébés (**IHAB**), l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel et la promotion de l'allaitement optimal jusqu'à 24 mois [10]. Il est important de signaler qu'au Mali 100% d'enfants sont allaités dès la naissance et cette pratique se poursuit longtemps puisqu'à 18-23 mois, 63% sont encore allaités. Cependant au Mali, l'allaitement maternel exclusif n'est pas une pratique courante. À moins de 2 mois, 58% ne reçoivent que le lait maternel, mais cette proportion tombe de 15% à 6-8 mois. Dans l'ensemble, à moins de 6 mois seulement 38% des enfants sont exclusivement allaités [3].

Malgré les efforts consentis bon nombre de femmes ne pratiquent pas l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Cela nous a motivé ainsi à entreprendre cette étude partant des objectifs que nous nous sommes assignés.

II. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Le faible taux d'allaitement maternel exclusif au Mali (38 % selon EDSM IV) serait-il lié, à une connaissance insuffisante des mères d'enfants et agents de santé sur les recommandations visant la promotion de l'allaitement maternel.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

III. OBJECTIFS :

▪ **Principal :**

Etudier les connaissances, les attitudes et les pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif.

▪ **Secondaires:**

- Déterminer la fréquence de l'allaitement maternel exclusif ;
- Mesurer les connaissances des mères sur l'allaitement exclusif au sein ;
- Décrire les attitudes et les pratiques des mères sur l'allaitement maternel exclusif ;
- Identifier les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif ;
- Mesurer les connaissances des agents de santé sur l'allaitement maternel.

IV.GENERALITES :

1.Définitions des termes :

- **Allaitement :**

Le mot allaitement signifie «alimentation du nourrisson avec du lait au sein de la mère ou d'une nourrice ou au biberon ». Il est aussi l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson dans lequel le lait joue un rôle exclusif ou principal [11].

- **Allaitement maternel exclusif :**

Signifie que le bébé n'a pas d'autres aliments ou boissons que le lait de sa mère, pas même une tétine, il suffit qu'il reçoive des vitamines, des aliments rituels, même en petites quantités, un peu d'eau ou de jus de fruit, pour ne plus pouvoir être considéré comme état exclusivement allaité [3].

- **Allaitement artificiel :**

C'est l'allaitement du nourrisson au biberon ou par un autre moyen avec le lait d'origine animale et /ou industrielle [3].

- **Allaitement mixte :**

Le bébé reçoit à la fois le lait de sa mère et un lait infantile adapté à son âge[12].

- **Connaissance :**

Selon le dictionnaire universel, 4^e édition[13] « Fait de connaître une chose, fait de savoir qu'elle existe ». Les connaissances en matière d'allaitement sont les expériences, savoir et informations que les femmes ont de l'allaitement.

- **Pratiques :**

« Observance d'une règle de conduite, d'un ensemble de prescriptions morales ou philosophiques » [13]. Dans notre étude, les pratiques englobent tout ce que les femmes font pour ou contre l'allaitement exclusif au sein.

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

▪ **Allaitement optimal :**

Ensemble des pratiques et conditions qui permettent au bébé et sa mère de tirer le meilleur profit du temps d'allaitement au sein [2].

2.Epidémiologie :

L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à l'âge de six mois. Et l'allaitement au sein doit être poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans. Cependant à partir de six mois le lait maternel est complété par l'introduction d'un aliment de complément approprié [6].

Mais seulement 55% des nourrissons dans le monde bénéficient pendant les quatre mois de leur vie de l'allaitement exclusif, ce qui est insuffisant pour l'enfant [14, 15,16].

Plusieurs travaux ont montré que l'introduction précoce des aliments de complément est associée à une augmentation du risque des maladies diarrhéiques [17,18] et à un raccourcissement de la durée de l'allaitement [19,20].

Depuis des années 70, un grand nombre d'enquêtes démographiques et de santé sont réalisées dans les pays africains. Ces enquêtes évaluent les pratiques de l'allaitement au niveau national à partir d'échantillons représentatifs de la population avec une méthodologie standardisée [21]. Dans les 34 pays d'Afrique où des enquêtes démographiques et de santé ont été réalisées, plus de 95% de nourrissons sont allaités. Cette universalité apparente cache toutefois d'importantes différences, en particulier suivant les régions [22]. L'initiation précoce de l'allaitement maternel à la naissance est peu fréquente en Afrique de l'ouest, car le colostrum n'y est pas traditionnellement donné au nouveau-né [23, 24]. Le taux d'initiation pendant les premières 24 heures y est beaucoup plus bas 51% que dans les autres régions en Afrique de l'est 86% et en Afrique centrale et du Sud 83% [21]. Cette tendance au déclin de l'allaitement maternel s'observe

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

surtout dans les grandes villes des pays du tiers monde [25]. En Côte-d'Ivoire, des enquêtes réalisées dans certains quartiers d'Abidjan ont révélé que 90% de mères donnaient en plus du lait maternel, du lait artificiel à des nourrissons de moins de 4 mois [26]. Au Maroc, on a observé une baisse du taux de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois qui est passé de 51% en 1952 à 31% en 2004 [27].

Au Mali, seulement 38% des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités. Plus de la moitié (soit 53%) reçoivent de l'eau en plus du lait maternel et dans 4% des cas d'autres laits [4].

Une étude transversale réalisée en 2009 par Mariko O à Sogoniko en commune VI du district de Bamako révélait que 38,8% des mères abordées pratiquaient l'allaitement exclusif au sein [28]. Dans la même optique, Traoré Y en 2009 notait 17,7% d'allaitement exclusif sur un échantillon de 203 mères au sein du service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré [29].

L'allaitement relève d'un accompagnement d'équipe dans lequel le médecin doit s'impliquer [30]. Une enquête CAP réalisée en 1991 auprès du personnel de santé et des mères à Dakar indiquait que 28% des agents de santé avaient recommandé d'allaiter le bébé dans l'heure où les deux heures qui avaient suivi l'accouchement alors que 34% recommandaient d'attendre 24 heures avant d'allaiter [31]. Au Maroc, une étude faite en 2004 montrait un taux un peu élevé 30,9% dans les services médicalisés alors que 71,4% recommandaient d'attendre 24 heures avant de mettre l'enfant au sein [27].

3. Anatomie du sein et physiologie de la lactation :

1. Anatomie :

- **Définition :** Les seins sont des organes glandulaires pectoraux exocrines au nombre de deux dont la fonction essentielle est la synthèse, la sécrétion et l'éjection du lait destiné à l'alimentation du bébé [32].

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

▪ **Développement des glandes mammaires:**

Les glandes mammaires sont des glandes exocrines, apparentées aux glandes sudoripares par leur origine embryologique et leur structure histologique. Avant la puberté, les glandes mammaires sont constituées de canaux galactophores ramifiés pourvus de petits agrégats cellulaires à leur extrémité[33]. Lors des premiers cycles menstruels, sous l'influence de la sécrétion des œstrogènes ovariens, mais aussi des corticoïdes, de l'hormone de croissance et de la prolactine [34],il apparaît une prolifération canalaire et un important développement du tissu conjonctif. A chaque cycle, les fluctuations hormonales induisent donc un début de développement du tissu mammaire comme pour la muqueuse utérine [35].

▪ **Modifications des glandes mammaires induites par la grossesse :**

➤ **La mammogénèse:**

Dès le début de la grossesse, il existe une prolifération intense des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui viennent s'organiser autour des alvéoles. Le développement de cet arbre vasculaire vient ainsi répondre à celui de l'arbre sécrétoire: des cellules épithéliales ou lactocytes (portion sécrétrice de la glande) apparaissent progressivement en prenant la place du tissu adipeux et s'organisent en alvéoles. Elles deviennent hautes, s'enrichissent en organites (mitochondries, appareil de Golgi, réticulum endoplasmique), en grains de sécrétion et en enclaves lipidiques [36].

La mammogénèse résulte de l'action synergique de plusieurs hormones : celles qui sont spécifiques de la grossesse (œstrogène, progestérone et hormone lactogène placentaire ou HPL) et d'autres moins spécifiques, mais qui jouent un rôle important dans la différenciation des cellules épithéliales : les hormones surrénaliennes, l'hormone de croissance (GH) et l'insuline [37].

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Les œstrogènes interviennent pour sensibiliser la glande mammaire aux divers facteurs de croissance, le véritable développement du tissu sécréteur ne peut avoir lieu qu'après une imprégnation durable par les œstrogènes et la progestérone.

✚ La progestérone :

Exerce également une activité mammogène, mais ses effets restent encore mal compris. Il semble que l'action combinée des œstrogènes et de la progestérone stimule l'arborisation de la glande [38];

✚ La prolactine:

Induit la différenciation des cellules sécrétrices. Mais le taux élevé des œstrogènes limite l'incorporation de la prolactine dans les lactocytes, de même que la forte progestéronémie inhibe l'action sécrétrice de la prolactine sur son effecteur mammaire[38].

➤ **Modifications anatomiques du sein:**

Le volume du sein croît, ainsi que le diamètre hautement variable de l'aréole: celle-ci est plus foncée pendant la grossesse et les premiers mois de la lactation [39].La vascularisation mammaire augmente en fin de grossesse et encore au début de la lactation[40].

➤ **Les glandes mammaires pendant la lactation :**

Hartmann [41] distingue en fait deux stades de lactogénèse : le stade I correspond à l'apparition de la capacité à synthétiser les composants spécifiques du lait (c'est à dire à partir du milieu de la grossesse) et se poursuit jusqu'à la chute de la progestéronémie, environ 2 jours après l'accouchement; le stade II débute alors avec l'apparition d'une sécrétion lactée abondante et l'apparition de flux d'éjection (qui correspondent à la "montée laiteuse").

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

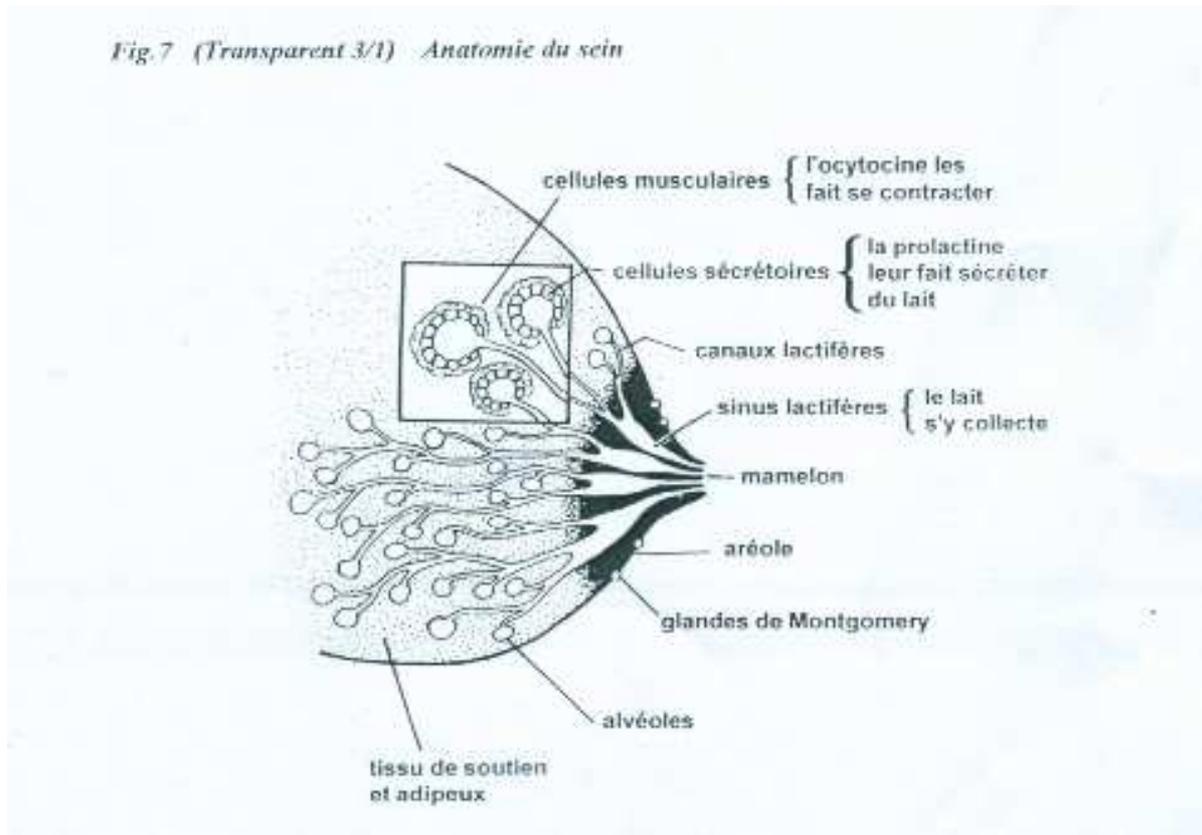


Figure 1: Anatomie du sein

Source: www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/sein-anatomie-physiologie-4205/anatomie.html[42]

2. Physiologie de la lactation : [43]

La fonction mammaire est sous l'influence d'hormones qui sont produites par les ovaires.

C'est au moment de la grossesse que la glande mammaire atteint son plein développement, en particulier le tissu sécrétoire sous l'influence d'hormones (œstrogènes, progestérone, hormone lactogène placentaire et l'insuline).

Après la naissance, on entre dans la période de la montée laiteuse déclenchée par l'expulsion du placenta, et de la baisse rapide du taux de progestérone dont la

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

concentration (élevée) jouait le rôle de frein puissant, bloquant l'induction de la lactation (elle inhibe la synthèse du lactose et la sécrétion de la prolactine) tout en favorisant la croissance mammaire.

Les seins vont d'abord produire du colostrum, puis du lait mature dont la composition va progressivement se modifier pour mieux répondre à l'évolution des besoins de l'enfant.

➤ **La prolactine :**

C'est une hormone lactogène. Elle déclenche la production initiale de lait, agit sur la synthèse du lactose par l'intermédiaire de l'alpha lactalbumine, elle assure en outre la rétention de l'eau et du sel par les reins. La montée laiteuse est régulée par la succion [42]. La production laiteuse est donc liée à un phénomène neuroendocrinien réflexe[35].

➤ **L'ocytocine :**

L'excrétion du lait est sous la dépendance de cette hormone. Elle est sécrétée grâce à la stimulation qu'exerce l'enfant en suçant le mamelon. L'ocytocine entraîne la contraction des cellules musculaires et permet ainsi la vidange des alvéoles, la dilatation des canaux galactophores et le jaillissement du lait. L'ocytocine agit également sur les muscles de l'utérus et favorise son involution et l'arrêt des saignements du post-partum.

4. Avantages de l'allaitement maternel[44].

Malgré leurs qualités nutritionnelles et leurs diversités, les laits artificiels les plus performants n'arrivent pas à reproduire certaines propriétés du lait maternel.

▪ **Aspects nutritionnels et physiologiques :**

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

Le lait humain est incontestablement le meilleur aliment pour le nouveau-né. Sa composition nutritionnelle variable permet de s'adapter aux besoins du bébé et la biodisponibilité des éléments nutritifs de ce lait est par ailleurs très élevée.

Le colostrum :

C'est le premier lait qui sort du sein immédiatement après l'accouchement, c'est un liquide jaune et épais [35].

Il contient des anticorps (défenses) qui protègent contre les maladies. Le colostrum qui sort en petite quantité contient aussi des vitamines et des éléments nutritifs qui permettent au bébé de se nourrir jusqu'à la montée laiteuse. Il protège l'appareil digestif, nettoie l'estomac du bébé et augmente ses chances de survie.

▪ Aspects immunologiques :

Les bébés nourris au lait maternel font moins fréquemment de diarrhées que les bébés nourris au lait de vache ou aux laits artificiels. Ils font aussi moins d'infections des voies respiratoires et de la sphère ORL (otites). Les raisons en sont les suivantes [45] :

- Le lait maternel est pur, il ne contient pas de germes pathogènes. Certains facteurs immunologiques (lactoferrine, lysozymes), cellulaires (macrophages, lymphocytes, polynucléaires neutrophiles) et biologiques (contenu en lactose, résidu acide du lait dans le gros intestin...) offrent une protection anti-infectieuse et antiallergique à l'enfant.
- La lactoferrine fixe le fer. Cette substance empêche la multiplication de certains types de bactéries qui ont besoin de fer pour leur croissance.
- Le lait maternel contient le facteur bifidus, nécessaire à la croissance de *Lactobacillus bifidus*, bactérie résidant dans l'intestin du bébé. Cette bactérie empêche la multiplication des germes pathogènes dans l'intestin et, par conséquent, protège le bébé contre la diarrhée ;

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

▪ **Aspects psychologiques :**

Le contact mère enfant au cours de l'allaitement favorise une stimulation sensorielle maximum du point de vue visuel (regard enfant), tactile, auditif, gustatif et olfactif (lait-mère). Les mères qui allaitent sont susceptibles de cajoler, de bercer, de toucher leur bébé et dormir avec lui.

▪ **Aspects pratiques :**

Le lait humain est l'aliment naturel par excellence. Il est toujours frais en quantité adéquate, économique en temps : pas besoin de stérilisation, de préparation ni de nettoyage de biberon ou de tétine.

▪ **Economie du temps :**

Le lait maternel est prêt à l'emploi, la température y est normale, la quantité suffisante, la mère n'a pas de manipulation à faire, sinon juste le nettoyage des bouts de seins, elle ne dépense pas son énergie et peut allaiter dans toutes les positions.

▪ **Economie d'argent :**

L'allaitement artificiel nécessite le matériel dont le coût et l'entretien alourdissent les charges dans le ménage : achat des combustibles, du bois, des biberons, laits et substituts.

✚ **Avantages pour l'enfant[44] :**

- Il protège contre les diarrhées parce qu'il est propre ;
- Il contient des anticorps qui protègent l'enfant contre les maladies ;
- Il n'y a pas d'allergie au lait maternel ;
- Il protège contre la constipation et les coliques ;
- L'enfant bénéficie du colostrum (1^{er} LAIT) ;
- Il favorise le développement du cerveau ;
- Il établit les liens d'affection entre la mère et l'enfant ;

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- Les enfants exclusivement allaités grandissent bien et ne courent pas souvent le risque d'être malnutris.

✚ Avantages pour la mère [46,44]

L'allaitement au sein, en plus des multiples bénéfices qu'il apporte aux enfants, présente de nombreux avantages pour les mères :

- Il renforce l'estime de soi et affermit le sentiment d'orgueille au fait d'offrir santé et vie à un autre être humain.
- Pendant la phase du post-partum, il contribue à ce que l'utérus retrouve sa dimension normale.
- L'allaitement maternel précoce(plus ou moins 30 minutes après l'accouchement) déclenche grâce à la succion du mamelon :
- ❖ Le décollement et l'expulsion précoce du placenta par un phénomène de concentration et rétraction de l'utérus ;
- ❖ Ensuite par le même phénomène, les vaisseaux sanguins au niveau de la plaie placentaire s'oblitérent, l'utérus se vide et forme un globe de sécurité qui protège contre l'hémorragie de la délivrance ;
- ❖ stimule la production et la sécrétion du lait maternel ;
- Il réduit les risques de cancer du sein et de l'utérus.
- Il aide à surmonter les risques de dépression post-partum.
- l'allaitement maternel de longue durée contribue à :
- ❖ l'espacement des naissances, deux méthodes sont possibles à cet effet :

* la méthode contraceptive qui consiste en l'abstinence des rapports sexuels pendant l'allaitement maternel (coutumes), ceci maintient la santé de la mère, de l'enfant et de toute la famille. La maman allaite longtemps (18 à 24 mois) ;

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

* l'allaitement maternel comme contraceptif, pour cela, il faut que l'allaitement soit total, que l'aménorrhée persiste, que les tétées soient prolongées (plus ou moins 15 minutes) et fréquentes et que les deux seins soient vidés, il faut que l'enfant soit nourri à la demande, il ne faudrait pas que le temps entre les tétées excède six heures.

Par la suite, ces lignes directrices ont été codifiées sous la forme d'une nouvelle méthode de planification dite : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)[47,48].

✚ Avantages pour la famille :

- Moins de dépense (biberons, lait, eau, bois etc....) ;
- Bébé est moins souvent malade (moins de dépenses) ;
- Développe l'harmonie dans la famille ;

✚ Avantages pour la société :

- Réduction du taux de morbidité et mortalité infantile ;
- Réduction des dépenses ;
- Crée une affection mère enfant ce qui permet de réduire les risques de crime et de violence chez l'adulte.

5. Incidents et solutions relatifs à la pratique de l'allaitement maternel exclusif [46,44] :

- **Mamelon douloureux** :se manifeste par des rougeurs et douleur à la succion.Il est causé soit par mauvaise position ou mauvaise prise du seinou encore une candidose buccale de l'enfant.

***Conduite à tenir :** Corriger la position du bébé, continuer à allaiter tout en assurant l'hygiène corporelle etéviter l'utilisation des pommades, crème.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

-Mettre sur le bout du sein une goutte de lait de fin de tétée et laisser le sein à l'air.

-En cas de muguet, la mère doit amener l'enfant au centre de santé.

- **Canal obstrué :** apparition d'une partie rouge douloureuse sur le sein et le lait ne s'écoule pas correctement. Il est dû aux tétées non fréquentes ou courtes, mauvais écoulement d'une partie du sein ou du sein tout entier ou pénétration des bactéries due à des crevasses.

***Conduite à tenir :**

-Appliquer des compresses tièdes avant la tétée pour stimuler l'éjection de lait

-Allaiter fréquemment le bébé

-Si le bébé ne vide pas les seins, tirer le lait (techniques d'expression du lait)

-Masser le sein avant d'allaiter en pressant doucement la partie dure et douloureuse vers le mamelon.

- **Crevasses :** l'apex du mamelon abîmé et douleur à la succion. Il découle d'une mauvaise position du bébé ou utilisation du savon pour laver le mamelon avant chaque tétée.

***Conduite à tenir :**

-Conseil à la mère pour l'arrêt de l'utilisation du savon, crèmes agressives et de pulvérisateur

-Corriger la position du bébé

-Déposer une goutte de lait de fin de tétée sur le mamelon

-Si la crevasse persiste et douloureuse la tétée, exprimer le sein manuellement ou avec un tire-lait, le temps de quelques tétées.

- **Engorgement mammaire :**

*** Signes :**

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- Seins durs, chauds, lourds
- Sein douloureux
- Le lait ne coule pas suffisamment

*** Causes :**

- Quand l'enfant est alimenté avant la montée laiteuse
- Si l'horaire des tétées est fixe
- Lorsque la mère a peur de faire téter son bébé

***Conduite à tenir :**

- Extraire le lait jusqu'à ce que l'engorgement régresse
- Laisser les mères nourrir leurs enfants juste après l'accouchement et à la demande
- Mettre une compresse chaude sur le sein ou faire prendre un bain chaud à la mère
- Masser avec beaucoup de douceur la peau du sein autour du mamelon.

▪ Abcès du sein :

***Signes :** Apparition de zone chaude, douloureuse et fluctuante sur le sein

- Fièvre, frissons

***Causes :** Canal du mamelon obstrué non débouché rapidement ou fissure du mamelon

***Conduite à tenir :**

- Soins médicaux
- Exprimer le sein malade et jeter le lait
- Donner le sein à téter après guérison.

6. Contre-indications : [49]

Certaines maladies, intoxications ou contaminations contre-indiquent l'allaitement maternel. C'est le cas :

- l'infection maternelle au VIH, la transmission au nourrisson augmentant avec la durée de l'allaitement. L'allaitement mixte augmente aussi la transmission par rapport à l'allaitement maternel exclusif.
- Contre-indication temporaire au cours de certaines infections cutanées (rares : staphylocoque doré, streptocoque B, salmonelles, herpès).
- Certains médicaments utilisés par la mère contre-indiquent l'allaitement maternel.
- Chez l'enfant : la galactosémie congénitale, la phénylcétonurie (un allaitement mixte est préconisé).

7. Aperçu sur les risques associés aux substituts du lait maternel :

Lorsque l'allaitement maternel n'est pas exclusif, les formules de lait pour bébés sont généralement utilisées. Le Code de commercialisation des substituts de lait maternel de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) exige que les parents soient informés des dangers pour la santé de l'utilisation non nécessaire ou incorrecte des préparations pour nourrisson [50].

Nous citerons quelques exemples parmi tant d'autres :

▪ Risque accru d'allergie :

Les enfants finlandais allaités le plus longtemps avaient l'incidence la plus faible d'atopie (hypersensibilité), d'eczéma, d'allergie alimentaire et respiratoire. À 17 ans, l'incidence d'allergie respiratoire pour ceux qui avaient été allaités sur une courte période était de 65 pour cent et chutait à 42 pour cent pour ceux qui avaient été allaités le plus longtemps. En Arizona, aux É-U, une étude de cohorte longitudinale portant sur 1 246 bébés en santé visait

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

à déterminer le lien entre l'allaitement maternel et le sifflement respiratoire récurrent. Les résultats ont démontré que les enfants non-atopiques à l'âge de six ans qui n'avaient pas été allaités avaient trois fois plus de risques d'être atteints de sifflement respiratoire récurrent [18].

▪ **Développement cognitif limité :**

Un total de 3 880 enfants australiens ont été suivis à partir de la naissance pour évaluer les modèles d'allaitement et le développement cognitif ultérieur. Les enfants allaités pendant six mois ou plus ont obtenu 8,2 points de plus pour les filles et 5,8 points de plus pour les garçons aux épreuves de vocabulaire que les enfants n'ayant jamais été allaités [51].

▪ **Risque de maladie respiratoire aiguë :**

Les enfants brésiliens non-allaités étaient 16,7 fois plus susceptibles d'être diagnostiqués pour une pneumonie que ceux qui avaient reçu exclusivement du lait maternel lorsqu'ils étaient nourrissons [52].

▪ **Risque accru d'infection provenant de préparation contaminée :**

Une observation clinique lors d'une récente éclosion de *Enterobacter sakazakii* dans une unité de soins intensifs néonatale américaine, documente le décès d'un nourrisson de 20 jours ayant développé de la fièvre, de la tachycardie, une diminution du débit vasculaire et des convulsions à 11 jours de vie. Le bébé est décédé à 20 jours. Des cultures d'*E. Sakazakii* ont été identifiées à partir du liquide rachidien et ont permis de retracer une préparation pour nourrissons en poudre contaminée utilisée à cette unité [53].

▪ **Risque accru d'infections gastro-intestinales :**

Une comparaison entre les bébés nourris principalement au lait maternel pendant leurs 12 premiers mois de vie et les bébés exclusivement nourris aux préparations pour nourrissons ou ayant été allaités pendant trois mois ou moins a permis de constater que la diarrhée était deux fois plus fréquente chez les bébés

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

nourris à la préparation pour nourrissons que chez les bébés ayant été allaités [54].

▪ **Risque de mortalité :**

Comparativement aux enfants exclusivement allaités, les enfants ayant vécu un allaitement mixte avaient 4,2 fois plus de risque de décéder d'une maladie diarrhéique. Le non-allaitement a été associé à 14,2 fois plus de risque de mourir d'une maladie diarrhéique chez les enfants brésiliens [55].

8. Moyens de promotion :

▪ **Aperçu des 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel : Initiative « Hôpitaux Amis des bébés »**

En 1989, l'UNICEF et l'OMS [11] lancèrent une initiative dans le but de favoriser la protection, le soutien et l'encouragement de l'allaitement maternel, en mettant un frein à la distribution gratuite ou à bas prix de lait maternisé et en favorisant en maternité les pratiques allant dans le sens de l'allaitement maternel. Les maternités et hôpitaux qui se conforment à la charte des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » énoncées dans le document UNICEF/OMS ci-dessous se voient décerner le label « Hôpital Ami des Bébé » [56].

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter au sein leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

**▪ Récapitulatif du code international de commercialisation
des substituts du lait maternel :**

L'OMS a adopté en 1981 le code international de commercialisation des substituts du lait maternel [57] qui vise à soustraire les mères à la pression des fabricants de substituts du lait maternel.

- Pour le grand public :

- Aucune publicité ou autre forme de promotion destinée au public ;
- Aucun échantillon de produit aux mères ;
- Aucun contact entre le personnel de la commercialisation et les femmes enceintes ou les mères ;
- Les matériaux sur l'alimentation du nourrisson peuvent seulement être fournis avec l'approbation du gouvernement et doivent expliquer la supériorité et les avantages de l'allaitement maternel aussi bien que les risques sanitaires liés à l'alimentation de remplacement.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- Des produits peu appropriés, tels que le lait concentré sucré, ne doivent pas être promus auprès des jeunes enfants et tous les produits alimentaires doivent répondre à des normes applicables.

- Pour le système de santé:

- Aucune promotion dans les services de santé
- Aucun don de fournitures gratuites ou à bas prix ;
- Aucun cadeau au personnel sanitaire ;
- Les échantillons de produits sont autorisés seulement pour l'évaluation et la recherche ;
- L'information des produits au personnel sanitaire limité aux sujets scientifiques et factuels ;
- Le personnel de la santé ne devrait jamais donner des échantillons aux femmes enceintes, aux mères ou aux familles.

- Pour l'étiquetage :

- Aucune image d'enfants, ou d'autres mots ou images idéalisant l'alimentation de remplacement ;
- Il doit clairement établir la supériorité de l'allaitement ;
- Il doit inclure des instructions de préparation ;
- Il doit inclure l'avertissement au sujet des risques sanitaires d'une mauvaise préparation.

- Pour les gouvernements :

- Adoption d'une législation nationale, de réglementations ou d'autres mesures appropriées ;

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

- Application des mesures sur la même base pour tous les procédés impliqués dans les produits indiqués dans la fabrication et la commercialisation ;
- L'établissement de mécanismes de surveillance transparents, indépendants et dégagés de toute influence commerciale.

- Pour les fabricants et les distributeurs des produits indiqués :

- Surveiller les pratiques de commercialisation, indépendamment de toutes les autres mesures prises pour mettre en œuvre le Code ;
- Assurer que leur conduite à chaque niveau se conforme aux principes et au but du Code et aux résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé ;
- Informer le personnel impliqué dans le domaine de la commercialisation du Code International des résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé, et des responsabilités qui leur incombent.

- Pour les Organisations non Gouvernementales et autresparties concernées

- Attirer l'attention du gouvernement, des fabricants ou des distributeurs sur les activités qui sont incompatibles avec les principes et le but du Code International et des résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée Mondiale de la Santé [58].

▪ **Stratégies de communication :**

➤ **Communiquer le message « ne pas donner de l'eau »[5] :**

Les messages suivants ont été utilisés dans des programmes en vue de convaincre les mères, leur famille et les agents de santé qu'il n'est pas nécessaire de donner de l'eau pendant les six premiers mois aux bébés allaités exclusivement. Les manières les plus efficaces de communiquer les messages dépendent du public et des pratiques, croyances, préoccupations et contraintes freinant l'adoption de bonnes pratiques dans un contexte donné.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- ✚ Expliquer clairement la signification de l'allaitement maternel exclusif
- ✚ L'allaitement maternel exclusif veut dire qu'on donne uniquement du lait maternel. Cela signifie qu'on ne donne pas d'eau, de liquides, de tisanes, de préparations à base d'herbes ou d'aliments pendant les six premiers mois de la vie.
- ✚ Emprunter les idées souvent associées à l'eau et les appliquer au colostrum
 - Le colostrum est l'aliment de bienvenue pour les bébés. C'est la première vaccination protégeant un bébé contre la maladie. Le colostrum nettoie l'estomac du bébé. L'eau sucrée n'est pas nécessaire.
- ✚ Expliquer pourquoi les bébés allaités exclusivement n'ont pas besoin d'eau
 - Le lait maternel est composé à 88% d'eau.
 - Chaque fois qu'une mère allaite, elle donne de l'eau à son bébé par le biais de son lait.
- ✚ Signaler les risques si on donne de l'eau
 - Donner de l'eau au bébé peut être nuisible et peut causer la diarrhée et la maladie. Le lait maternel est propre et pur et protège contre la maladie.
 - L'estomac d'un bébé est petit. Quand le bébé boit de l'eau, il y a moins de place pour le lait maternel nutritif qui est nécessaire pour que l'enfant devienne fort et en bonne santé.
- ✚ Relier les bonnes pratiques d'allaitement maternel à un apport suffisant en liquides
 - Quand une mère pense que son bébé a soif, elle devrait lui donner immédiatement le sein.
 - Ainsi, l'enfant recevra toute l'eau dont il a besoin.

9. Allaitement et VIH :

Dans les années 80-90, de multiples campagnes de promotion de l'allaitement maternel ont été menées de par le monde, donnant dans l'ensemble des résultats satisfaisants. Aujourd'hui dans les pays où la prévalence de l'infection par le VIH est élevée, le sida pourrait bouleverser les pratiques d'allaitement maternel [22]. Le risque global de transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement est estimé à 25-45 %. Environ un tiers des contaminations du nourrisson par le VIH serait lié à l'allaitement. ONUSIDA estime que, sur les 3,8 millions d'enfants décédés du sida depuis le début de l'épidémie, 3,4 millions ont été infectés par leur mère, dont 1,7 million contaminés par le lait maternel [59]. Le dilemme concernant l'interdiction d'allaiter en PED à cause de l'infection à VIH peut se résumer ainsi : une mère séropositive a 15 % de risque de transmettre le virus à son enfant par le lait maternel mais, en l'absence d'allaitement maternel, l'enfant a 6 fois plus de risque de mourir d'infection qu'un enfant nourri au sein. Dans les pays les plus pauvres d'Afrique, on estime que la mortalité due à l'absence d'allaitement serait égale ou supérieure au risque de transmission du VIH par le lait maternel [60].

Au niveau mondial, il est à craindre que l'épidémie de sida n'entraîne chez les mères une perte de confiance vis-à-vis de l'allaitement au sein [61].

Compte tenu, d'une part, de l'importance de l'allaitement au sein pour la santé de l'enfant et, d'autre part, du risque avéré de transmission du VIH de la mère à l'enfant, il est aujourd'hui capital que les autorités sanitaires aient une politique en matière d'infection par VIH et d'alimentation du nourrisson.

V.METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude:

▪ Aperçu historique :

Selon la tradition orale, les Dogons seraient originaires du Mandé, précisément du cercle de Kangaba. C'est à la suite des guerres tribales entre les Keïta et les soninké, que les malinké abandonnèrent leurs villages d'origine pour migrer vers le plateau Dogon. Leur premier lieu de refuge fut Kani-Bonzon dans le cercle de Bankass. De ces terres, ils délogèrent les Telems qu'ils pourchassèrent jusqu'en territoire Mossi (actuel Burkina-Faso).

Plusieurs légendes racontent la fondation de la ville de Koro. La plus populaire soutient que Koro fut créé par un vieux chasseur du nom d'Anaye GUINDO au 16^e siècle. Le nom Koro est une déformation du mot Dogon 'Kolo' qui indique le geste rituel des chasseurs d'accrocher les armes et la gibecière (geste qu'Anaye avait pris l'habitude de faire pour ses temps de repos sous un grand arbre à l'emplacement où il devait créer le village de Koro).

Le fondateur donna huit grandes familles dont les Niangaly issus de sa deuxième épouse assurent la chefferie. Erigé en subdivision administrative en 1957 sous la colonisation, le cercle de Koro eut comme premier commandant un administrateur colonial du nom de René GUILLARD. Avec l'indépendance du Mali, la subdivision fut érigée en cercle en juillet 1961. De nos jours, la ville de Koro compte huit (8) quartiers et est traditionnellement dirigée par un chef coutumier assisté de 13 conseillers. Dans ce conseil, chacun des huit quartiers de la ville est représenté par un conseiller.

▪ Limites géographiques :

Situé au sud-est de la région de Mopti, le cercle de Koro couvre une superficie de 10 937 Km² avec une population estimée à 388 473 habitants en 2011 (RGPH 2009). Il est limité :

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

- Au nord et au nord est par les cercles de Bandiagara et Douentza ;
- A l'est par le cercle de Douentza ;
- A l'ouest par le cercle de Bankass ;
- Au sud par la République du Burkina- Faso.

La ville de Koro est distante de Mopti de 175 km.

▪ **Relief:**

Le cercle de Koro est situé essentiellement dans la plaine de Seno, composée essentiellement de sable fin, propice à l'agriculture. Sa partie accidentée se trouve dans les communes de Bamba et Kassa. La végétation de type savane abusive, déjà très clairsemée continue à se dégrader d'année en année à cause des coupes sauvages d'arbres (pour les travaux champêtres, les constructions d'habitation) et des feux de brousse.

▪ **Hydrographie :**

Le cercle de Koro ne dispose d'aucun cours d'eau permanent. Seul le Sourou (affluent du Volta Noire), quelques mares (mare de Bourogoune, mare de Sirinimé, mare de Barabouro, mare de Salgol) et puits constituent la réserve d'eau du cercle.

▪ **Climat:**

Le climat est de type sahélien avec :

- une saison pluvieuse, allant de juillet à septembre. La pluviométrie dépasse rarement les 800 mm d'eau.
- une saison sèche allant d'octobre à juin, caractérisée par une température basse et une chaleur ardente avec des températures maximales atteignant parfois 42°C. A cette période souffle l'harmattan, vent de sables sur l'ensemble du cercle qui réduit souvent la visibilité.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

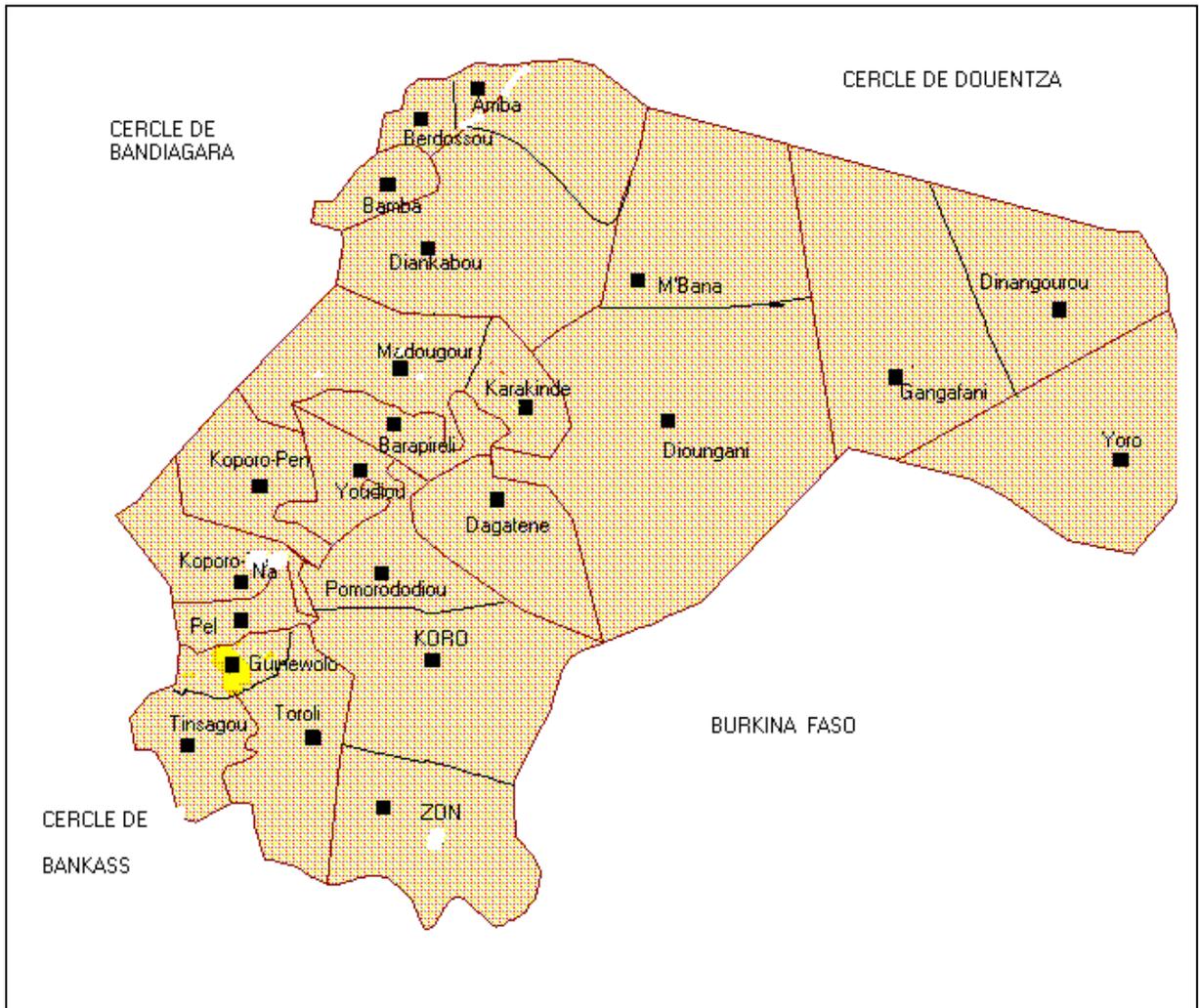


Figure 2: La carte du cercle de Koro

Source : www.reliefweb.int/ressources/OCHA-Mopti-Koro-A3-20131121.pdf [62].

▪ **Démographie :**

Le cercle de Koro compte en 2012 environ 396 209 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 2,2% (population actualisée à partir des résultats provisoires du 4eRGPH 2009 produits par la Direction nationale de la population). Cette population est à près de 51% féminine et à grande majorité jeune. Les principaux groupes ethniques sont : dogon, mossi, peulh. Il existe aussi des sonrhai et des bambara.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

▪ **Découpage administratif :**

Du point de vue division administrative et entité de développement, le cercle de Koro compte 313 villages et 107 hameaux repartis entre 16 communes qui sont : communes de Bamba, Barapiréli, Bondo, Diankabou, Dinangourou, Dioungani, DougouténéI, DougouténéII, Kassa, Koporopen, Koporo-Na, Koro, Madougou, Pel-Maoudé, Yoro et Youdiou.

**Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).**

Tableau I :Distribution des aires de santé selon les communes de 2005 à 2012

| Communes | Aires de santé | Villages chevauchants |
|----------------------|---|--|
| Bamba | Bamba | Aucun |
| Barapireli | Barapireli | 2 villages (Bandé, Goudiédourou) couverts par le CSCom de Madougou |
| Bondo | Dangaténé | Ombo couvert le CSCom central |
| Diankabou | Diankabou | - |
| Dinangourou | Gangafani | - |
| Dioungani | Dioungani, M'Bana | Yorou couvert par le CSCom de Dangatenè |
| Dougoutene I | Toroli, Guinaolo | |
| Dougoutene II | Tinsagou | |
| Kassa | Amba, Berdessou | |
| Koporo-Pen | Koporo-Pen | |
| Koporo-Na | Koporo-Na | |
| Koro | Koro Central, Bargou, Zon, Pomorododiou | |
| Madougou | Karakindé, Madougou | |
| PelMaoude | Pel | |
| Yoro | Yoro | |
| Youdiou | Youdiou | |

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

▪ **Situation économique et sociale :**

L'économie du cercle de Koro est avant tout agro-pastorale. La pluviométrie enregistrée dans le cercle varie d'une année à l'autre. L'agriculture repose essentiellement sur les cultures vivrières (mil, sorgho, maïs, arachides). L'élevage qui fut longtemps considéré comme étant l'apanage des Peulhs, est de plus en plus pratiqué par tous les autres habitants du cercle. A cause de ses vastes prairies et ses terres salées très prisées par le bétail, le cercle de Koro est une zone de transhumance par excellence. D'autres secteurs économiques moins développés sont également exploités. Il s'agit: du commerce, de l'artisanat et surtout de la cueillette (feuilles et fruits sauvages).

▪ **Données socio-culturelles :**

Les principaux groupes ethniques sont : les Dogon, les peuhl, les mossi, les telem. Il existe aussi des sonrhäi, sarakolé, dafing, bozo et bambara. La société traditionnelle est structurée de façon hiérarchique et le respect dû aux aînés est de rigueur chez toutes les ethnies dans le cercle. Le chef de village et ses conseillers jouissent d'une autorité rarement contestée.

Le cercle de Koro est l'un des plus pauvres de la région avec :

- une population majoritairement analphabète ;
- un taux de scolarisation jadis faible, mais de nos jours satisfaisant avec un taux global de 70,57 %.
- les difficultés d'accès aux services sociaux de base.

Du fait des coutumes ancestrales et des religions pratiquées, les prestataires modernes de soins sont confrontés aux contraintes suivantes :

- L'excision ;
- Le mariage précoce ;
- Le lévirat et sororat.

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

Les populations dogon et les peulh sont hostiles à certains examens médicaux modernes.

L'influence souvent très forte des thérapeutes traditionnels qui est un facteur non négligeable dans la faible fréquentation des centres de santé.

▪ Moyens de communication :

Le cercle de Koro, à l'instar de la plupart des circonscriptions administratives de la région de Mopti jouit de deux radios locales qui couvrent plus de la moitié des communes et de deux réseaux téléphoniques (SOTELMA/Malitel, Orange-Mali). Les moyens de communication les plus accessibles à l'intérieur du cercle sont le téléphone mobile et le RAC. Cependant, il est à noter que la plupart de ces RAC ne sont pas actuellement fonctionnels.

▪ Transport :

Les principaux axes routiers du cercle toutes catégories confondues totalisent 677 km. Hormis la nationale RN 15 Bandiagara- Bankass- Koro- Burkina Faso, les autres axes sont des pistes rurales en mauvais état. Toutes les routes reliant les principaux centres et marchés sont impraticables pendant la saison des pluies. Les moyens de transport du cercle sont désuets et sont constitués essentiellement par des charrettes et des motos qui relient les villages entre eux. Quelques véhicules assurent les liaisons foraines.

▪ Situation socio-sanitaire :

Le système de santé du district sanitaire de Koro à ce jour comprend essentiellement deux niveaux de soins : le premier échelon est constitué de 23 CSCom fonctionnels dont deux sont confessionnels servant d'interface entre les populations et le deuxième niveau représenté par le CS Réf. Cette organisation est régie sous une forme pyramidale avec les CSCom à la base et le CS Réf au sommet. Le premier niveau est tenu par une équipe qui est composée de : sage-femme, infirmière obstétricienne, aide-soignant, matrone, gérant de dépôt de

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

médicaments essentiels et un directeur technique qui est soit un médecin, un technicien supérieur de santé ou un technicien de santé. Le deuxième niveau est constitué par le CS Réf, qui est le premier niveau de référence de la pyramide sanitaire du Mali. Il remplit deux fonctions :

- Une fonction de santé publique comportant des tâches de planification, suivi et coordination dans la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire et Social de Cercle (PDSC).
- Une fonction de référence clinique

2. Type et période d'étude:

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 04 juin au 04 septembre 2013.

3. Population d'étude:

- Enfants de 0 à 24 mois ;
- Mères d'enfants de 0 à 24 mois.
- Personnel de santé

4. Critères d'inclusion :

- Mère d'enfant de 0 à 24 mois acceptant de répondre à nos questions.

5. Critères de non inclusion :

- Mère d'enfant de 0 à 24 mois non susceptible de répondre aux questions ;
- Mère dont l'enfant avait plus de 24 mois ;

6. Echantillonnage:

Pour les mères, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage aléatoire avec la technique de sondage à trois (3) degrés :

Au premier degré, on a le secteur ; au deuxième degré, la maison et au troisième degré, les mères d'enfants de 0 à 24 mois.

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

Pour faire, nous avons procédé au tirage aléatoire du secteur II sur les quatre (4) secteurs (Koro I, II, III et IV) qui constituent la ville de Koro. A partir du centre secteur II un stylo a été lancé en l'air, en retombant le bout pointu nous indiquait la première maison où nous débutons l'enquête.

Dans chaque maison les mères d'enfants de 0 à 24 mois ont été enquêtées, la maison suivante était celle la plus proche, ainsi de suite jusqu'au nombre voulu.

Concernant les agents de santé, l'échantillonnage est non probabiliste, en effet les personnes ressources ont été abordées.

7. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule suivante :

$$N = \frac{P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{I^2}$$

N=taille de l'échantillon

P=prévalence supposée ; 38% des mères au Mali pratiqueraient l'allaitement exclusif au sein selon EDSM IV.

$$Q = 1 - p = 1 - 0.38$$

Z_α=écart réduit du risque=**1.96**

I=marge d'erreur par rapport au résultat= **5%**.

$$N = 0.38 \cdot 0.62 \cdot 1.96^2 / 0.05^2$$

Donc **N=362**

8. Variables :

- **Variables liées à la mère:**

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

Caractéristiques sociodémographiques :

Age, sexe, parité, statut matrimonial, religion, ethnie, niveau d'instruction, profession.

Connaissances :

- les raisons de la pratique de l'allaitement maternel exclusif ;
- les avantages de l'allaitement maternel exclusif ;
- Age d'introduction d'autres aliments supplémentaires (pratique de l'AME) ;
- l'information sur l'allaitement maternel exclusif après accouchement ;
- Source d'information après accouchement ;
- la source d'information sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif ;
- Assistance aux séances d'IEC ;

Pratiques:

- Pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME en 6 mois);
- le délai de mise au sein après l'accouchement ;
- Nombre de tétées par jour ;
- Administration du colostrum ;
- Administration d'autres aliments ;
- Type d'allaitement au delà de six mois ;

▪ **Variables liées à l'enfant:**

-Sexe, âge et état de santé à la naissance.

▪ **Variables liées au père:**

-Profession ;

-Perception sur l'allaitement maternel exclusif.

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

▪ **Variables liées à l'environnement:**

- Obstacles perçus au cours de l'allaitement exclusif ;

-Facteurs d'incitation à l'allaitement.

9. Procédure et outils de collecte :

Nous avons utilisé comme procédure, l'administration des questionnaires. Les outils de collecte des données ont été des fiches techniques adressées aux mères d'enfants de 0 à 24 mois, ainsi qu'aux agents de santé. Au total, deux(2) fiches ont été utilisées.

10. Considérations éthiques:

Avant de débiter l'enquête, une demande d'approbation fut adressée aux autorités locales et le bien-fondé de l'étude leur fut explicité.

Nous avons également rassuré les mères d'enfants de la stricte confidentialité observable dans le recueil des données. Ainsi le consentement éclairé des participantes a été demandé et obtenu.

Ailleurs, l'anonymat des agents de santé enquêtés a permis d'assurer la confidentialité des données.

11. Traitement et analyse des données:

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel IBM SPSS statistiques 20 et Epi info 7.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux.

Le test statistique du khi carré de Pearson a été utilisé au seuil de 5% pour tester la relation significative entre la pratique de l'AME et les facteurs qui l'influencent. Le résultat du test statistique a été considéré comme significatif pour un degré de signification $p \leq 0,05$.

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

Ainsi nous avons croisé la pratique de l'AME avec les variables suivantes : l'âge, la parité, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la profession, assistance à l'accouchement, le délai de mise au sein et le niveau d'instruction.

12. Difficultés rencontrées :

Compte tenu de la période d'étude qui coïncidait avec la saison pluvieuse, nous avons eu des difficultés d'accès aux maisons. De plus, les mères d'enfant étant occupées par les travaux, nous avons dû travailler tôt les matins.

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

VI. Résultats :

A. Résultats descriptifs :

1. Données socio-démographiques des mères :

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Tableau II: Distribution selon les caractéristiques socio-démographiques

| Caractéristiques socio-démographiques | | Effectifs(N=362) | % |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------|-------------|
| Age | 15 à 20 ans | 52 | 14,4 |
| | 21 à 25 ans | 92 | 25,4 |
| | 26 à 30 ans | 99 | 27,3 |
| | 31 à 35 ans | 62 | 17,1 |
| | 36 à 45 ans | 57 | 15,7 |
| Ethnie | Dogon | 275 | 76,0 |
| | Mossi | 38 | 10,5 |
| | Autres* | 49 | 13,5 |
| Religion | Musulmane | 337 | 93,1 |
| | Chrétienne | 25 | 6,9 |
| Statut matrimonial | Mariée | 346 | 95,6 |
| | Célibataire | 16 | 4,4 |
| Parité | Moins de 5 | 245 | 67,7 |
| | 5 à 10 | 116 | 32,0 |
| | Plus de 10 | 1 | 0,3 |
| Profession | Ménagère | 272 | 75,1 |
| | Commerçante | 32 | 8,8 |
| | Fonctionnaire | 20 | 5,5 |
| | Elève/étudiant | 27 | 7,5 |
| | Autres** | 11 | 3,0 |
| Niveau d'instruction | Primaire | 61 | 16,9 |
| | Secondaire | 74 | 20,4 |
| | Supérieur | 24 | 6,6 |
| | Non scolarisée | 203 | 56,1 |

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- *Bambara, Peulh, Telem, Samogo
- **Teinturière, Couturière

Dans notre étude, la tranche d'âge majoritaire était de 26 à 30 ans, soit 27,3%.

La majorité des mères enquêtées (76%)étaient des dogon, suivi des mossi 38%.

Les musulmanes étaient majoritaires 93,1%.

Les mariées étaient plus représentées 95,6%.

Notre échantillon était constitué dans 67,7% des mères ayant moins de cinq(5) enfants.

Lesménagères représentaient 75,1%, suivi des commerçantes 8,8%.

Plus de la moitié (56,1%) des mères étaient analphabètes.

2. Caractéristiques socio-démographiques des enfants :

TableauIII: Distribution selon les tranches d'âge et sexe

| Caractéristiquessocio-démographiques | | Effectifs | Pourcentage |
|---|---------------------|------------------|--------------------|
| Tranches d'âge | 0 à 5 mois | 53 | 14,6 |
| | 6 à11 mois | 82 | 22,7 |
| | 12 à 17 mois | 84 | 23,2 |
| | 18 à 24 mois | 143 | 39,5 |
| | Total | 362 | 100,0 |
| Sexe | Masculin | 171 | 47,2 |
| | Féminin | 191 | 52,8 |
| | Total | 362 | 100,0 |

La tranche d'âge la plus importante était de 18-24 mois, soit 39.5%.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Plus de la moitié (52,8%) des enfants étaient de sexe féminin. Le ratio est de 1,12

3. Profession du conjoint :

Tableau IV : Distribution des conjoints selon la profession

| Profession du conjoint | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Commerçant | 59 | 16,3 |
| Cultivateur | 149 | 41,2 |
| Fonctionnaire | 77 | 21,3 |
| Élève /étudiant | 10 | 2,7 |
| Autres | 67 | 18,5 |
| Total | 362 | 100 |

Autres : Mécanicien,Couturier.

Dans notre étude, 41,2 % des conjoints étaient des cultivateurs.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

4. Fréquence de l'allaitement exclusif au sein :

Tableau V : Distribution des mères selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif

| Allaitement exclusif au sein | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------|------------|-------------|
| Oui | 142 | 39,2 |
| Non | 220 | 60 ,8 |
| Total | 362 | 100,0 |

Dans notre étude moins de la moitié (39,2%) des mères ont pratiqué l'allaitement exclusif.

5. Connaissances des mères et informations sur l'allaitement exclusif :

Tableau VI : Distribution des mères en fonction des raisons du choix de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois

| Raison de la pratique l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois | Effectifs | Pourcentage |
|--|-----------|-------------|
| Plus hygiénique | 11 | 7,7 |
| Economique | 8 | 5,6 |
| Protège contre les maladies | 56 | 39,4 |
| Adapté aux bébés | 29 | 20,4 |
| Ne se prononce pas | 38 | 26,8 |
| Total | 142 | 100,0 |

Moins de la moitié(39,4%) des mères déclaraient que l'allaitement exclusif protège contre les maladies. Par contre 26,8% ignoraient les raisons.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Tableau VII : Distribution des mères en fonction de leurs avis sur les avantages de l'allaitement exclusif au sein.

| Avantages de l'allaitement maternel exclusif | Effectifs N=362 | Pourcentage |
|---|----------------------------|--------------------|
| Permet une bonne croissance de l'enfant | 59 | 16,3 |
| Protège contre les maladies | 52 | 14,4 |
| Economique | 10 | 2,8 |
| Rassure la maman | 4 | 1,1 |
| Renforcement du lien mère-enfant | 37 | 10,2 |
| Adapté aux bébés | 129 | 35,6 |
| Ne se prononce pas | 43 | 11,9 |
| Autres* | 28 | 7,7 |

* Assouvir sa faim

Dans 35,6% des cas, les mères déclaraient que le lait est adapté aux bébés, suivi de 16,3% pour une bonne croissance de l'enfant.

Tableau VIII: Distribution des mères en fonction des opinions sur l'âge de diversification

| Age de diversification | Effectifs | Pourcentage |
|-------------------------------|------------------|--------------------|
| Avant le 4 ^e mois | 5 | 1,4 |
| Après 6mois | 309 | 85,4 |
| Entre 4et6mois | 3 | 0,8 |
| Ne se prononce pas | 45 | 12,4 |
| Total | 362 | 100,0 |

Dans notre étude 85,4% des mères estimaient qu'il faut diversifier l'alimentation après six mois.

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

**Tableau IX : Distribution des mères selon l'information reçue sur
l'allaitement exclusif au sein**

| Informations sur l'allaitement exclusif au sein | | Effectifs | Pourcentage |
|--|----------------------------|------------------|--------------------|
| A l'accouchement | Oui | 143 | 39,5 |
| | Non | 219 | 60,5 |
| | Total | 362 | 100,0 |
| Source | Médecin | 8 | 5,6 |
| | Sage-femme | 135 | 94,4 |
| | Total | 143 | 100,0 |
| Sources d'informations sur les avantages de l'AME | Medias (radio/télé) | 225 | 62,2 |
| | Agent de santé | 45 | 12,4 |
| | Autres | 25 | 6,9 |
| | Ne se prononce pas | 67 | 18,5 |
| | Total | 362 | 100,0 |
| Moment d'informations | Avant la grossesse | 114 | 31,5 |
| | Pendant la grossesse(CPN) | 111 | 30,7 |
| | Après la naissance | 71 | 19,6 |
| | Aucun | 66 | 18,2 |
| | Total | 362 | 100,0 |

La majorité des mères (60,5%) n'ont pas reçu d'informations à l'accouchement.

Les mères ont été informées(94,4%) sur l'allaitement exclusif par une sage-femme à l'accouchement.

Les médias (radio /télé) étaient plus importants (62,2%) comme sources d'informations sur les avantages.

Seulement 31,5% des enquêtées connaissaient les avantages avant la grossesse et 30,7% ont été informées pendant la grossesse.

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

Tableau X : Distribution des mères selon la source d'incitation à l'allaitement

| Incitation à l'allaitement | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|
| Motivations personnelles | 200 | 55,2 |
| Personnel de santé | 127 | 35,1 |
| Entourage | 21 | 5,8 |
| Conjoint | 14 | 3,9 |
| Total | 362 | 100,0 |

Dans notre échantillon 55,2% des mères déclaraient vouloir allaiter pour des motivations personnelles.

Tableau XI : Distribution des mères en fonction de leurs opinions sur les obstacles à l'allaitement

| Obstacles à l'allaitement | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Maladie de l'enfant | 64 | 17,7 |
| Seins douloureux | 21 | 5,8 |
| Mère malade sous traitement | 101 | 27,9 |
| Pas assez de lait | 50 | 13,8 |
| Ne se prononce pas | 36 | 9,9 |
| Autres* | 39 | 10,8 |
| Aucun | 51 | 14,1 |
| Total | 362 | 100,0 |

* grossesse, occupations.

Moins de la moitié des mères (27,9%) avaient cité comme obstacle la maladie de la mère.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

6. Attitudes et pratiques des mères dès accouchement :

Tableau XII : Distribution des mères en fonction du délai entre l'accouchement et la mise au sein

| Délai de mise au sein | Effectifs | Pourcentage |
|------------------------------------|------------------|--------------------|
| Aussitôt après accouchement | 261 | 72,1 |
| Entre la 1h et la 8h | 86 | 23,8 |
| Plus de 8h | 15 | 4,1 |
| Total | 362 | 100,0 |

Dans ce travail 72,1% des mères déclaraient avoir donné du sein dans l'heure suivant l'accouchement.

Tableau XIII : Distribution des mères en fonction de la fréquence journalière de tétée

| La fréquence journalière de tétée | Effectifs | Pourcentage |
|--|------------------|--------------------|
| Moins de 08 fois | 53 | 14,6 |
| Plus de 08 fois | 39 | 10,8 |
| A la demande | 270 | 74,6 |
| Total | 362 | 100,0 |

Les mères ont majoritairement donné du sein à la demande, soit 74,6%.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Tableau XIV : Distribution des mères en fonction de l'administration du colostrum

| Devenir du colostrum | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| Donné | 343 | 94,8 |
| Jeté | 19 | 5,2 |
| Total | 362 | 100,0 |

Les mères enquêtées ont majoritairement donné du colostrum à l'enfant, soit 94,8%.

Distribution des mères selon le type d'alimentation après six(6) mois

Les mères disaient opter (100%) pour l'allaitement mixte après 6 mois.

Tableau XV : Distribution des mères en fonction du type d'aliment donné dans les six(6) premiers mois

| Aliment de substitution | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| Eau | 122 | 55,5 |
| Bouillie | 28 | 12,7 |
| Tisane | 25 | 11,4 |
| Lait de vache | 45 | 20,4 |
| Total | 220 | 100,0 |

Plus de la moitié (55,5%) des mères enquêtées ont donné de l'eau dans les six premiers mois.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

B. Résultats analytiques :

1. Influence sur la pratique de l'allaitement exclusif :

Tableau XVI : Distribution des mères selon l'assistance et mode d'accouchement

| Assistance et mode d'accouchement | | Effectifs | Pourcentage |
|-----------------------------------|----------------------------|------------|-------------|
| Assistance | Médecin | 20 | 5,5 |
| | Sage-femme | 331 | 91,4 |
| | Aucune | 11 | 3,0 |
| | Total | 362 | 100,0 |
| Mode d'accouchement | Accouchement normal | 348 | 96,1 |
| | Césarienne | 14 | 3,9 |
| | Total | 362 | 100,0 |

Les mères enquêtées ont été majoritairement assistées par des sages-femmes à l'accouchement, soit 91,4%.

Dans notre étude, 96,1% des mères ont accouché par voie basse.

Tableau XVII : Distribution des enfants selon l'état de santé à la naissance

| Etat santé à la naissance | Effectifs | Pourcentage |
|---------------------------|------------|-------------|
| Bon | 358 | 98,9 |
| Mauvais | 4 | 1,1 |
| Total | 362 | 100,0 |

Dans notre étude, 98,9% des enfants avaient un état bon à la naissance.

Les conjoints avaient une perception positive de l'allaitement exclusif (100%).

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Tableau XVIII : Distribution des mères d'enfants en fonction de l'allaitement exclusif au sein selon l'âge de la mère (N=142).

| Tranche d'âge | Allaitement exclusif au sein | |
|--------------------|------------------------------|-------------|
| | Effectifs | % |
| 15 à 20 ans | 23/52 | 44,2 |
| 21 à 25 ans | 39/92 | 42,4 |
| 26 à 30 ans | 33/99 | 33,3 |
| 31 à 35 ans | 19/62 | 30,6 |
| 36 à 45 ans | 28/57 | 49,1 |
| Total | 142/362 | |

Les mères de la tranche d'âge de 36-45 ans avaient plus pratiqué l'allaitement exclusif (49,1%).

$\text{Khi}^2=6,63; \text{ddl}=4; \text{p}=0,1567$

Tableau XIX : Distribution des mères en fonction de l'allaitement maternel exclusif selon le statut matrimonial.

| Statut matrimonial | Allaitement exclusif au sein | |
|--------------------|------------------------------|-----------|
| | Effectifs | % |
| Mariée | 130/346 | 37,6 |
| Célibataire | 12/16 | 75 |
| Total | 142/362 | |

Les célibataires avaient plus pratiqué l'allaitement exclusif (75%).

$\text{Khi}^2 \text{ de Yates}=7,48; \text{ddl}=1; \text{p}=0,0062$

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

TableauXX : Distribution des mères en fonction de l'allaitement exclusif au sein selon la parité.

| Parité | Allaitement exclusif au sein | |
|----------------------|------------------------------|-------------|
| | Effectifs | % |
| Inférieur à 5 | 92/245 | 37,6 |
| Supérieur à 5 | 50/117 | 42,7 |
| Total | 142/362 | |

Les mères ayant plus de 5 enfants pratiquant l'allaitement exclusif étaient les plus représentées (42,7%).

Khi² de Yates=2,28;ddl=2;p=0,3198

Tableau XXI : Distribution des mères en fonction de l'allaitement maternel exclusif selon la profession.

| Profession | Allaitement exclusif au sein | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------|
| | Effectifs | % |
| Ménagère | 105/272 | 38,6 |
| Commerçante | 12/32 | 37,5 |
| Fonctionnaire | 8/20 | 40 |
| Elève /Etudiante | 11/27 | 40,7 |
| Teinturière/Couturière | 6/11 | 54,5 |
| Total | 142/362 | |

Les teinturières et couturières ont plus pratiqué l'allaitement exclusif (54,5%).

Khi² =1,20; ddl=4; p=0,8784

**Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).**

TableauXXII : Distribution des mères en fonction de l'allaitement maternel exclusif selon le niveau d'instruction.

| Niveau d'instruction | Allaitement exclusif au sein | |
|----------------------|------------------------------|-------------|
| | Effectifs | % |
| Primaire | 27/62 | 43,5 |
| Secondaire | 28/73 | 38,4 |
| Supérieur | 9/24 | 37,5 |
| Non scolarisée | 78/203 | 38,4 |
| Total | 142/362 | |

Les pratiquantes majoritaires de l'allaitement exclusif ont été celles du niveau primaire (43,5%).

$\text{Khi}^2=0,59;\text{ddl}=3;\text{p}=0,8978$

TableauXXIII : Distribution des mères en fonction de l'allaitement maternel exclusif selon l'assistance à l'accouchement.

| Assistance à l'accouchement | Allaitement exclusif au sein | |
|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| | Effectifs | % |
| Médecin | 3/20 | 15 |
| Sage-femme | 132/331 | 39,9 |
| Aucune | 7/11 | 63,6 |
| Total | 142/362 | |

L'allaitement exclusif était plus pratiqué par les mères qui n'ont pas été assistées (63,6%).

$\text{Kh}^2=7,73;\text{ddl}= 2;\text{p}= 0.0209$

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Tableau XXIV: Distribution des mères en fonction du délai de mise au sein selon le niveau d'instruction.

| Niveau d'instruction | Délai de mise au sein | |
|----------------------|-----------------------------|-------------|
| | Aussitôt après accouchement | |
| | Effectifs | % |
| Primaire | 46/61 | 75,4 |
| Secondaire | 56/74 | 75,7 |
| Supérieur | 20/24 | 83,3 |
| Non scolarisée | 139/203 | 68,5 |
| Total | 261/362 | |

Dans 83,3% les mères de niveau supérieur ont mis leurs bébés au sein dans l'heure suivant l'accouchement.

$\text{Khi}^2=3,64;\text{ddl}=3;\text{p}=0,3036$

2. Connaissances des agents de santé :

Nous avons inclus 11 agents de santé, dont les connaissances par rapport aux différents aspects de l'allaitement ont été mesurées.

Il ressort de l'étude que 90,9 % des agents savaient que les cellules sécrétoires constituent la couche interne des alvéoles du sein.

Plus de la moitié des agents (63,6 %) estimaient que l'ocytocine et la progestérone ne sont pas responsables de la production du lait.

Dans notre étude, la majorité (63,6 %) des agents ne connaissaient pas le sens de l'allaitement optimal.

Les agents trouvaient dans 72,7 % qu'il faut nécessairement donner les deux seins au cours de chaque tétée.

Une forte proportion (72,7 %) des agents affirmaient que l'enfant reçoit beaucoup d'eau au début d'une tétée.

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

Les agents affirmaient majoritairement (81,8 %) qu'un enfant bien allaité émet une à trois fois de selles par jour.

L'allaitement maternel exclusif était connu par 81,8 % des agents enquêtés.

La transmission mère-enfant du VIH pendant l'allaitement était connue par 90,9 % des agents.

Dans ce travail, 90,9 % des agents trouvaient que l'alimentation mixte n'augmente pas le risque de transmission VIH.

Dans notre étude, 63,6 % des agents pensaient que l'application du code n'est pas une stratégie nationale.

Les agents nous confiaient dans 54,5 % que l'analyse de la situation est une étape pour être « hôpital ami des bébés ».

VII. Commentaires et discussion :

1. Limites de l'étude :

Le caractère rétrospectif de l'étude constitue la principale limite. En effet, il existe un risque d'oubli en questionnant les mères sur des informations qui remontent dans le passé. Il aurait été plus facile de se fonder sur des données actuelles en procédant à un «Rappel de 24h» et en déterminant donc le pourcentage d'enfants de 0-5 mois allaités exclusivement les 24 heures précédant l'enquête.

Au cours de l'étude, nous avons été confrontés à des contraintes liées à la saison pluvieuse. Les femmes étant occupées par les travaux champêtres, nous avons dû travailler tôt les matins.

2. Caractéristiques socio-démographiques des mères et enfants :

Il ressort de l'étude que les mères de la tranche d'âge de 26-30 ans étaient majoritaires 27,3% avec les extrêmes allant de 15 à 45 ans.

Cette tranche d'âge se rapproche de celles obtenues par Oumar Yacouba Traoré [29](20-30 ans) et Oumar Mariko (20 à 29 ans)[28].

La quasi-totalité des mères enquêtées étaient mariées 95,6% ; celles qui ont moins de cinq enfants sont majoritaires 67,7%.

Quant à la profession et niveau d'instruction, nous notons 75,1% de ménagères pour 56,1% d'analphabètes. Ces deux caractéristiques ont été citées par Keita Fatoumata Diallo[63] mais à des proportions différentes : 67% de ménagères et 43% de non scolarisées.

Cette différence pourrait s'expliquer par la part plus importante des ménagères non scolarisées dans notre échantillon.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Parmi les enfants des mères enquêtées 39,5% étaient de la tranche d'âge de 18-24 mois. Un peu plus de la moitié des enfants étaient de sexe féminin 52,8%, le ratio est de 1,12.

3-Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants :

Dans notre étude, 39,2% des mères ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif. Ce résultat se rapproche de ceux obtenus par Mariko O 38,8%(p=0,7214) et de l'EDSMIV 38%(p=0,1421), mais nettement supérieur à celui obtenu par Traoré O.Y 17,7%(p=0,0000). Ces faibles taux d'allaitement exclusif peuvent être le reflet de :

- La perpétuation des traditions
- L'activité professionnelle des mères
- Un manque de communication et de sensibilisation sur la signification et les avantages de l'allaitement maternel exclusif.
- Un faible niveau de connaissance des mères sur l'allaitement exclusif au sein.

Dans notre étude, moins de la moitié(39,4%) des mères ont cité la protection contre les maladies comme raison de la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Les mères pensaient dans 35,6% que le lait maternel est adapté aux bébés, d'où l'avantage.

Ces résultats sont différents de ceux obtenus par MarikoO, respectivement la bonne santé de l'enfant et protection contre les maladies.

Quant à l'âge de diversification, les mères déclaraient dans 85,4% qu'il faut diversifier l'alimentation après six(6) mois. A contrario 12,4% ignoraient l'âge de diversification.

Dans une étude au Maroc, F. Ben Slama et col [64] ont trouvé que la majorité des mères primipares enquêtées (72%) proposaient l'âge de 2-3 mois comme

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

période d'introduction d'autres aliments pour l'enfant. Seulement 8% étaient pour l'âge de 6 à 12 mois et 20% pour l'âge de 4 mois.

Plus de la moitié des mères (60,5%) déclaraient n'avoir pas reçu de l'information à l'accouchement et les sages-femmes ont été majoritairement citées comme source d'information, soit 94,4%. Dans notre étude 31,5% des mères ont été informé avant la grossesse contre 30,7% pendant la grossesse. Les médias (radio/télé) constituaient les principales sources d'informations sur les avantages de l'allaitement maternel avec 62,2%.

Ce phénomène pourrait s'expliquer par une forte implication des agents de santé dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif et le plus grand nombre de CPN et d'accouchements fait par les sages-femmes.

Evoquant le délai de mise au sein, les mères ont aussitôt mis leur bébé au sein dans l'heure suivant l'accouchement avec une proportion de 72,1%.

Ce taux est différent de ceux obtenus par l'EDSMIV au plan national (46%) et 56,2% dans la région de Mopti ($p=0,0000$).

Cette différence pourrait s'expliquer par notre échantillon plus petit, et qui intéresse donc une infime partie de la population.

Dans ce travail 74,6% des mères affirmaient qu'elles ont allaité le bébé à la demande. Ce résultat est différent de celui obtenu par MarikoO (55,8%), $p=0,0000$.

4-Facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif :

Les mères enquêtées ont été majoritairement assistées par des sages-femmes à l'accouchement, soit 91,4%.

Dans ce travail, 96,1% des mères ont accouché par voie basse.

Les enfants avaient un état bon à la naissance (98,9%).

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

▪ **Allaitement exclusif et âge de la mère :**

Les mères de la tranche d'âge 36-45 ans pratiquaient plus l'allaitement maternel exclusif dans notre échantillon par rapport aux autres tranches d'âge.

Cela pourrait s'expliquer par l'âge mûr et/ou la multiparité des mères dans notre étude.

Le lien entre la pratique de l'AME et l'âge de la mère n'est pas statistiquement significatif ($P=0,1567$).

▪ **Allaitement maternel exclusif et Parité :**

Les mères ayant plus de cinq enfants ont majoritairement allaité avec 42,7%.

Le lien entre la pratique de l'allaitement exclusif et la parité n'est pas significatif ($p=0,3198$).

▪ **Allaitement exclusif et statut matrimonial :**

Les célibataires ont été les plus nombreuses à pratiquer l'AME avec 75%.

Cela pourrait s'expliquer par le niveau socio-économique des mères célibataires.

Le lien entre la pratique de l'AME et le statut matrimonial est statistiquement significatif ($p=0,0062$).

▪ **Allaitement exclusif et niveau d'instruction :**

Les femmes du niveau primaire représentaient 43,5% de l'échantillon.

Le lien entre la pratique de l'AME et le niveau d'instruction n'est pas statistiquement significatif ($p=0,8978$).

▪ **Allaitement exclusif et profession :**

Les teinturières et couturières pratiquaient plus l'allaitement maternel exclusif (54,5%) par rapport aux autres professions.

Le lien entre la pratique de l'AME et la profession n'est pas statistiquement significatif ($p=0,8784$).

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

▪ **Allaitement exclusif et assistance à l'accouchement :**

Les mères qui n'ont pas été assistées pratiquaient plus l'allaitement exclusif (63,6%).

Cela pourrait s'expliquer par les habitudes familiales de donner exclusivement le lait maternel.

Le lien entre la pratique de l'allaitement exclusif et assistance est statistiquement significatif ($p=0,0209$).

▪ **Le délai de mise au sein en fonction du niveau d'instruction :**

Les mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées du niveau supérieur ont donné le sein aussitôt après l'accouchement avec 83,3%.

La différence n'est pas statistiquement significative avec $p=0,3036$.

5-Connaissances des agents de santé :

Dans notre travail 36,4% des agents enquêtés ne connaissaient pas la signification de l'allaitement optimal. Par contre, l'allaitement exclusif était connu par 81,8%. Une forte proportion des agents (90,9%) pensaient qu'un enfant ne court pas de risque d'infection VIH en recevant d'autres types d'aliments.

Au Cameroun Bernadette G [12] révélait que 70% des agents de santé savaient qu'il faut allaiter exclusivement au sein jusqu'à 6 mois. Tandis que 50% des agents laissaient le soin aux mamans de décider de la date d'ablactation de leurs enfants. Et c'est seulement 10% qui demandaient aux mères d'arrêter complètement à deux ans.

Aux Etats Unis, Schanler et al [65] ont montré que l'allaitement maternel comme l'allaitement maternel exclusif pratiqué pendant le premier mois après la naissance étaient recommandés par seulement 65% des pédiatres.

VIII. Conclusion et propositions :

1.Conclusion :

Bien que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus répandu dans la ville de Koro (100%).Le taux d'allaitement exclusif reste bas (39,2%), même si ce taux est légèrement supérieur à la référence nationale qui est de 38% selon EDISMIV.

Notre étude a aussi révélé que 72,1% des mères ont mis leurs bébés au sein dans l'heure suivant l'accouchement. Une proportion importante des mères (74,6%) ont allaité à la demande et 85,4% savaient qu'il faut diversifier l'alimentation après 6 mois. Ainsi les recommandations de bonnes pratiques ont été suivies.

De nombreux facteurs semblent influencer le taux d'allaitement exclusif, entre autres le statut matrimonial et l'assistance à l'accouchement par les professionnels de santé ($p<0.05$).

Même si 81,8% des agents de santé connaissaient la signification de l'allaitement maternel exclusif. D'autres aspects décrits dans l'étude suscitent des questions.

Au regard de ces résultats, il semble nécessaire de s'appuyer sur les recommandations de l'OMS /UNICEF afin de promouvoir la poursuite de l'allaitement.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

2-Propositions :

Aux autorités sanitaires :

- Cibler en priorité le personnel sanitaire chargé des consultations prénatales et pédiatriques à travers les séances de formation afin d'améliorer leurs connaissances sur l'allaitement maternel.
- Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois.
- Aider les organismes non gouvernementaux et associations de soutien à l'allaitement afin de promouvoir l'exclusivité au sein jusqu'à 6 mois.

Au personnel de santé :

- Mettre un accent sur l'information, éducation et communication des mères pendant les séances de vaccination, consultations prénatales et pédiatriques en ce qui concerne la nécessité d'allaiter exclusivement dans les 6 premiers mois, et de la poursuite à 2 ans.
- Aider les gestantes à mettre leurs bébés au sein dans la demi-heure suivant l'accouchement.

Aux mères :

- Respecter l'exclusivité de l'allaitement au sein jusqu'à 6 mois (sauf en cas de diarrhée), puis l'introduction progressive d'autres aliments.
- Participer activement aux séances d'IEC.

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

REFERENCES

- [1] Thirion M .L'allaitement de la naissance au sevrage. Paris: Albin Michel;2004.256 p
- [2] WHO. Aperçu global dans le monde.1996 [http: // ass.wanadoo.fr](http://ass.wanadoo.fr).Page consultée le 06-05-2013
- [3]Cellule de Planification et de Statistique(CPS)
Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM IV) ; 4^e édition ;
Allaitement et état nutritionnel ; Chapitre 11 ; Bamako, 2006,157p
- [4] LINKAGES
Allaitement maternel exclusif : la seule source d'eau dont les nourrissons ont
besoin, fiche 5, juin 2004
Disponible sur <http://www.linkagesproject.org/>. Page consultée le 06-05-2013
- [5] OMS
54^e Assemblée mondiale de la santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune
enfant.WHA54.2 ,18 mai 2001
([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf files/WHA 54r2.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA_54r2.pdf))
- [6] JC. DILLON ET COLL.
L'allaitement maternel dans les pays en développement ; évolution et
recommandation actuelles. Med trop 2003 ; 63 :400-406
- [7] OMS/UNICEF2007.Disponible sur : [www.yawatari.com /](http://www.yawatari.com/)quand
l'allaitement va droit au cœur-a792.html
- [8] Bulletin épidémiologique hebdomadaire
Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de
l'enfant.Résultats de l'étude Epifane ;France,2012 , n°34

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Http://www.invs.santé. Page consultée le 05-07-2013

[9] UNICEF

Guide de programmation en alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;New York, juin 2012, page 12

<http://www.unicef.org/nutrition>. Page consultée le 26-10-2013

[10] Ministère de la santé/ Direction nationale de la santé/ Division nutrition
Plan stratégique de communication pour le changement de comportement en nutrition, Bamako, 2008, 15p

[11] Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité, déclaration conjointe de l'OMS et du FISE, Genève, 1989

[12] BernadetteG

Etude des connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement maternel à l'hôpital provincial et à la PMI de Bafoussam, Cameroun

Thèse de doctorat, 2009, 18p

[13] Dictionnaire universel ;Edicef ; 4^e édition ;France, 2002,p265

[14] Jhugroo.Y. Allaitement maternel : un débat toujours actuel. Courrier de l'IBFAN ; 1992.P1- 3

[15] Barry B. Allaitons exclusivement nos bébés jusqu'à 6 mois. Courrier de l'IBFAN ; 1998. P.1-3

[16] Dop MC. L'allaitement maternel en Afrique : l'évolution favorable sera-t-elle remise en question par l'épidémie du sida ? Santé 2002 Jan-Fév; 12(1): 64-72

[17] Sheard.N, Allan.W. The role of breast milk in development of gastrointestinal tract. Nutrition Rev 1988; 46: 1-8

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- [18] Saarimen UM, Kajosaari.M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: a prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995; 346: 1065-9
- [19] Hening MJ, Nommsen LA, Person JM, Lonnerdal B, Dewev K. Intake and growth of breast-fed and formula-fed infants in relation to the timing of introduction of complementary foods: the DARLING Study. *ActPaediatr* 1993;82:999-1006
- [20] Sepou.A, Yanza.MC, Nguembi.E, Tetpa G, Ngbale R. Quelle valeur l'allaitement maternel a-t-il en milieu urbain et semi-urbain centrafricain ? *Santé* 2001 Avril- Mai Juin;11 (2) : 85-9
- [21] Measure DHS, MACRO International Inc, Calverton, USA. Demographic and health surveys. Disponible sur: [http : //www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)
- [22] Dop MC, Benbouzid D, Trèche S, Benoist B, Verster A, Delpeuch F. Complementary feeding of young children in Africa and Middle East. Geneva: World Health Organization; 1999. P. 43-58 (WHO/NHD/99.3)
- [23] Morse.JM Jehle.C, Gamble.D. Initiating breastfeeding: a world survey of the timing of post-partum breastfeeding. *Int J Nurs Stud* 1990; 27: 303-13
- [24] Semega-janneh IJ, Bohler E, Holm H, Matheson I, Holmboe-ottesen G. Promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge. *Health Planning* 2001; 16: 199-205
- [25] Traoré A, Tall FR, Sanou I, Sicard JM, Km.L, Sawadogo.A. Allaitement maternel en milieu urbain au Burkina-Faso. *Recherche Médicale: Publications pédiatriques*
- [26] Savage KF, Benoist B. Aider les mères à allaiter. Genève: Organisation mondiale de la santé, 1996; 192p (WHO/CHD/96.8)

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

[27] Barkat A, Lyaghfour A, Midaghri A.A, Lambouar B.N. Réflexion sur l'allaitement maternel au Maroc. Juillet 2004. Médecine du Maghreb

[28] Mariko O. Etudes sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif dans le quartier de sogoniko en commune VI du district de Bamako.

Thèse de médecine, 2009, 78p

[29] Traoré Y O. Connaissances, aptitudes et pratiques de l'allaitement au sein chez les mères consultant à la pédiatrie du CHU Gabriel Touré.

Thèse de médecine, 2009, 70p

[30] Lavollay B, Rancourt P. Allaitement maternel : mise en place et accompagnement durant les premiers jours de vie. MédTher Pédiatrie 2005 ; 8(5): 312-22

[31] Wade B. Etat actuel de l'allaitement maternel dans les villes du Sénégal

[32] Akrej. Alimentation infantile. Genève : 1987 ; 19-39

[33] DADOUNE J.P. Histologie - Collection de la biologie à la clinique.

Paris: Flammarion, 1990, 462p.(Médecine Sciences)

[34] HOUBEDINE L.M. La physiologie de la lactation humaine In: La lactation et ses troubles. La Revue du Praticien 1986; 36(27):1495-507

[35] HOUDEBINE L.M. Biologie de la lactation. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-008-A-30, 1997, 15-190p

[36] POIRIER J, RIBADEAU-DUMAS J. L, CATALA M, ANDRE J. M, GHERARDI R. K, BERNAUDIN J.F. Histologie moléculaire. Paris: Masson, 1999, 430p

[37] AKRE J. L'alimentation infantile. Bases Physiologiques. Bulletin de l'O.M.S. 1989 ; 67(suppl.) :112 p

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

- [38] LAWRENCE R.A, LAWRENCE R.M. Breastfeeding. A guide for a medical profession. - 5th ed. Saint Louis (Missouri): Mosby, 1999, 966p
- [39] MARCHAND-LUCAS L, LUCAS E. Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement. Th: Méd: Paris VI ; 1998
- [40] KAMINA P. Anatomie. Introduction à la clinique. No 11 "Dos et Thorax". Paris : Maloine, 1997, 287p
- [41] HARTMANN P. Régulation de la synthèse du lait chez les femmes. In : Les dossiers de l'allaitement. (Hors série), 4^e journée internationale de l'allaitement. Paris : Unesco ; 2000 :12-8
- [42] VULGARUS MEDICAL
Sein : anatomie et physiologie
<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/sein-anatomie-physiologie-4205.html>
- [43] GRABOWSKI T :
Principe d'anatomie et de physiologie
Deuxième édition française, P1009-1011-1057-1058
- [44] SAVAGE KING F. &. BENOIST B:
Aider les mères à allaiter
OMS; WHO/CHD/96; WHO/AFRO/NUT/96.1; Genève 1996, P192
- [45] BELLINOT M. C, CACHIA H, MACHINOT S:
Cahiers de puériculture. Diététique infantile. Masson 1986. P13-18
- [46] DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE (DNS)
Manuel du formateur en gestion de la lactation
Février 2006-page5

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

[47] GINNEKEN V.J.

“The impact of prolonged breast-feeding on birth intervals and on post-partum amenorrhea” Nutrition and human reproduction. Plenum press New York 1979
P21

[48] KONEMS.

Etude de la prévalence, connaissances, aptitudes et pratiques de l'allaitement au sein chez les mères consultant au service de la Pédiatrie du CHU Gabriel TOURE à Bamako au Mali. Thèse Médecine Bamako, 2009

[49] Histoire de l'allaitement/www.Lerelait.com/; Page consultée le 30-10-2013

[50] Infact Canada. Risques associés aux préparations lactées, 2002.

Disponible sur [http:// www.infactcanada.ca](http://www.infactcanada.ca). Page consultée le 30-10-2013

[51] Quinn PJ, O'Callagan M, Williams GM, Najman JM, Anderson MJ, Bo W. The effect of breastfeeding on child development at 5 years: a cohort study. *J Paediatr Child Health* 37: 465-469, 2001

[52] Cesar JA, Victora CG, Barros FC, et al. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post neonatal period in Brazil: Nested case-controlled study. *BMJ* 318: 1316-1320, 1999

[53] Weir E, Powdered infant formula and fatal infection with *Enterobactersakazakii*. *CMAJ* 166, 2002

[54] Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 126: 696-702, 1995

[55] Victora CG, Smith PG, Patrick J, et al. Infant feeding and deaths due to diarrhea: A case-controlled study. *Amer J Epidemiol* 129: 1032-1041, 1989

[56] UNICEF - Les nouveaux problèmes des enfants au XXI^e siècle. Conseil d'administration de l'UNICEF, Session annuelle 2000. New York, 2000

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- [57] World Health Assembly Resolution 34.22 - International Code for marketing of breast milk substitutes. WHO ed, Geneva, 21 May 1981, 2 p
- [58] Sources: Chetley A, Allain A. Protecting infant health: a healthWorker's guide to the International Code of Marketing of Breast milk Substitutes (10th edition). IBFAN-ICDC, Penang (Malaysia), 2002. UNICEF. Celebrating the Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding: past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. UNICEF. New York, 2005
- [59] WHO, UNAIDS - A review of HIV transmission through breast feeding (WHO/FRH/NUT/CHD98.3). WHO ed, Geneva, 1998
- [60] HUMPHREY J, ILIFF P - Is breast not best? Feeding babies born to HIV-positive mothers: bringing balance to a complex issue. *Nutr Rev* 2001; 59: 119-127
- [61] WHO - Consensus statement from the WHO/UNICEF Consultation on HIV Transmission and Breast Feeding. WHO, Geneva, 1992
- [62] Carte de références, cercle de Koro, région de Mopti. Disponible sur www.reliefweb.int/ressources/OCHA-Mopti-Koro-A3-20131121.pdf. Page consultée le 08-05-2014 à 17h59
- [63] Keita Fatoumata D
Problématique de l'allaitement maternel au Mali, cas à la PMI de Kati.
Thèse de médecine, 2004
- [64] F. Ben Slama et col. Allaitement maternel exclusif et allaitement mixte: Connaissances, attitudes et pratiques des mères primipares, 2010,634
- [65] Schanler RJ, O'Connort KG, Laurence RA. Pediatricians' practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics* 1999; 103 (3):E35

*Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).*

Fiche d'enquête

IDENTIFICATION

Date de l'enquête :...

Commune :...

Quartier :...

Numéro du questionnaire :...

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES (MERE-ENFANT)

1-Nom et prénom de la mère :...

2- Age :...

3-Ethnie: a-Dogon;b-Bambara ;c-Peulh ; d-Autres (à préciser)... 4-

Religion...

5-Statut matrimonial : a-Mariée; b-Divorcée ; c-Célibataire

6- Parité :...

7-Profession : a-Ménagère; b-Commerçante; c-Fonctionnaire; d-Elèvee-
Autre (à préciser)...

8-Niveau d'instruction : a-primaire;b-secondaire;c-supérieur; d-autres (à
préciser) ...

9-Assistance à l'accouchement : a-Médecin ;b-Sage-femme; c-Autres (à
préciser) ...

10- Mode d'accouchement : a-Accouchement normal; b-Césarienne

11-Nom et prénom de l'enfant :... 12-Age :...(mois) 13- Sexe :...

**CONNAISSANCES ET ATTITUDES DES MERES SUR
L'ALLAITEMENT MATERNEL DÈS ACCOUCHEMENT**

1-A quel moment avez-vous donné la première tétée ?

a-Aussitôt après accouchement

b-Entre la première (1^{ère}heure) et la huitième heure (8^{ème}heure)

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

c-Plus de 8 heures

d-Autres (à préciser)...

2-La fréquence journalière de tétée ?

a-Moins de 10 fois

b-Plus de 10 fois

c-A la demande

d-Autres (à préciser)...

3-Devenir du colostrum ? a- Donne au nouveau-né b-Jeté

4-Avez-vous donné au bébé autre que le lait maternel de 0-6mois ? Oui Non

-Si oui :

a-Eau

b-Tisane

c-Lait de vache

d-Bouillie

e-Autres (à préciser)...

-Si non pourquoi le choix de l'allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois ?

a-Plus hygiénique

b-Protège l'enfant contre les maladies

c-Economique

d-Autres (à préciser)...

5-Quels sont les avantages de l'allaitement maternel ?...

a-Permet une bonne croissance de l'enfant

b-Protège l'enfant contre les maladies

c-Facile à digérer

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- d-Economique
- e-Réduction du taux de fécondité
- f-Rassure la maman
- g-Renforcement du lien mère-enfant
- h-Adapte aux bébés
- i- Ne se prononce pas
- j-Autres (à préciser)...

DUREE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

1-A quel âge faut-il introduire d'autres aliments ?

- a-Avant le 4^emois
- b-Entre 4 et 6mois
- c- Après 6mois
- d-Ne se prononce pas

2-Continuez-vous à pratiquer l'allaitement maternel exclusif après 6 mois ? oui
non

a- Si oui jusqu'à quel âge ?...

b- Si non quel type d'allaitement préférez-vous ? Mixte artificiel

INFORMATIONS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

ET ASSISTANCE AUX SEANCES D'IEC

1- A l'accouchement vous a-t-on informé de l'allaitement maternel exclusif ? oui non

-Si oui par qui : a-Médecin

b-Sage-femme

c-Infirmier

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

d-Autres (à préciser)...

2- Comment avez-vous su les avantages de l'allaitement maternel exclusif ?

a-Médias (radio /télé)

b-Agent de santé

c-Séance d'IEC

d-Conjoint

e-Ne se prononce pas

f-Autres (à préciser)...

3- A quel moment avez-vous été informé sur l'allaitement maternel exclusif ?

a-Avant la grossesse

b-Pendant la grossesse (au cours des CPN)

c- Après la naissance

d-Aucun

e-Autres (à préciser)...

**CONNAISSANCE RELATIVE A L'EXPRESSION DE LA SECRETION
LACTEE**

1-A votre absence qui s'occupe de l'enfant ?

a-Aide-ménagère

b-Sœur

c-Tante

d-Mère

e-autres (à préciser)...

2- Comment alimente-t-elle l'enfant ?

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

- a-Votre lait exclusif
- b-Son lait exclusif
- c-Lait artificiel
- d-Autres (à préciser)...

INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT

1- Qui vous a incité à allaiter ?

- a-Motivations personnelles
- b-Personnel de sante
- c-Conjoint
- d-Entourage
- e-Aucune personne
- f-Autres (à préciser)...

Obstacles perçus à l'allaitement maternel exclusif

- a-Maladie de l'enfant
- b-Seins douloureux
- c-Enfant prématuré
- d-Mère malade sous traitement
- e-Pas assez de lait
- f-Autres (à préciser)...

CONJOINT

1- Profession : a-commerçant ; b-cultivateur ; c-Fonctionnaire ; d-Autres (à préciser)...

2- Accepte-t-il l'allaitement maternel exclusif ? oui non

***Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur
l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).***

Fiche technique

CONNAISSANCES DU PERSONNEL DE SANTE

Mettre un **V** si l'énoncé est vrai et **F** si l'énoncé est faux dans l'espace prévu à cet effet

1-Les cellules sécrétoires constituent la couche interne des alvéoles du sein _____/

2-L'Ocytocine et la progestérone sont les hormones responsables de la production du lait maternel _____/

3-L'allaitement optimal c'est donner exclusivement le sein à l'enfant jusqu'à 6 mois _____/

4-Il faut nécessairement donner les deux seins au bébé au cours de chaque tétée _____/

5-Au début d'une tétée l'enfant reçoit beaucoup d'eau _____/

6-Un enfant qui reçoit suffisamment de lait maternel émet des selles 1 à 3 fois par jour avant l'âge de deux mois _____/

7-L'allaitement maternel exclusif c'est donner le sein à l'enfant sans eau ni autres boissons jusqu'à l'âge de six mois _____/

8-La transmission mère enfant du VIH peut se faire pendant l'allaitement à travers le lait maternel _____/

9-Un enfant qui reçoit d'autres types d'aliments en plus du lait maternel court plus de risque transmission mère- enfant du VIH ____/

10-Au Mali une des stratégies de la politique nationale en matière d'allaitement est l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel. _____/

11-L'analyse de la situation est une des étapes du processus de labellisation pour être Hôpital Ami des Bébé _____/

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : GORO

Prénom : ABDOULAYE

Pays d'origine : Mali

Année académique : 2012-2013

Titre de la thèse : Etude des connaissances, Attitudes et Pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Secteur d'intérêt : Santé publique, Nutrition, Pédiatrie.

Email : goroabdallah@yahoo.fr

Résumé :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur 3 mois, auprès de 362 mères d'enfants de 0-24 mois et 11 agents de santé.

L'étude visait à étudier les connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois, à déterminer le taux d'allaitement exclusif et identifier les facteurs influençant. De même les connaissances des agents de santé en la matière ont été appréciées.

Bien que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus répandu dans la ville de Koro (100%). Le taux d'allaitement exclusif reste bas (39,2%), même si ce taux est légèrement supérieur à la référence nationale qui est de 38% selon EDISMIV.

Notre étude a aussi révélé que 72,1% des mères ont mis leurs bébés au sein dans l'heure suivant l'accouchement. Une proportion importante des mères (74,6%)

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

ont allaité à la demande et 85,4% savaient qu'il faut diversifier l'alimentation après 6 mois. Ainsi les recommandations de bonnes pratiques ont été suivies.

De nombreux facteurs semblent influencer le taux d'allaitement exclusif, entre autres le statut matrimonial et l'assistance à l'accouchement par les professionnels de santé ($p < 0.05$).

Même si 81,8% des agents de santé connaissaient la signification de l'allaitement maternel exclusif. A contrario 36,4% des agents ignoraient le sens de l'allaitement optimal. La quasi-totalité (90,9%) des agents ne savaient pas que l'apport d'autres aliments en plus du lait maternel augmente le risque de transmission VIH.

Au regard des résultats, il semble nécessaire de s'appuyer sur les recommandations de l'OMS /UNICEF afin de promouvoir la poursuite de l'allaitement maternel.

Mots clés : Mères, Connaissances, Attitudes, Pratiques, Allaitement exclusif.

Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti).

Summary:

It was about a descriptive cross-street study over 3 months, next to 362 mothers of children from 0 to 24 months and 11 health's agents.

The study aimed to study knowledge, attitudes and practices of mother's children of 0 to 24 months, at determining the exclusive breast feeding rate to the breast and to identify the influencing factors. In the same way health's agents knowledge on the matter were appreciated.

Although maternal feeding is the most widespread mode of food in the town(area) of Koro(100%). The rate of exclusive breastfeeding remains low (39,2%), even if this rate is slightly higher than the national reference which is of 38% according EDSMIV.

Our study has revealed that 72,1% of mothers put their babies at the breast the hour following the delivery(childbirth). An important proportion of mothers (74,6%) breastfed with the request and 85,4% knew that is necessary to diversify foods after 6 months. In this way good practices recommendations were followed. Many factors seems to influence the rate of exclusive breast feeding, among others, the matrimonial statute and delivery assistance by health's professionals ($p < 0,05$).

Even if 81,8% of health's agents knew the meaning of exclusive maternal feeding. In the contrary 36,4% of the agents were unaware of the meaning of optimal breast feeding. Almost all (90,9%) of the agents didn't know that the contribution of other food in addition of mother's milk increases the risk of VIH transmission.

In the eyes of the results, it seems necessary to lean on the recommendations of WHO /UNICEF in order to promote the pursuit of the breast feeding.

Keywords: Mothers, Knowledge, Attitudes, Practices, exclusive Breast feeding.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !