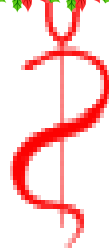


MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



*FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO
STOMATOLOGIE*

Année Universitaire 2009-2010

N....

TITRE

**ETUDE 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**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement le __/__/2009 devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie**

Par MARIKO Oumar

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

JURY :

Président : Pr. RHALY Ag Abdoulaye

Membre : Dr. MAÏGA Mariam Maïga

Co-directeur : Dr KEÏTA SIDIBE Assa

Directeur de thèse : Pr. SANGHO Hamadoun

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2007-2008

ADMINISTRATION

DOYEN :

PROFESSEUR Anatole TOUNKARA

1^{er} ASSESSEUR :

Drissa DIALLO

MAITRE DE CONFÉRENCES

2^{ème} ASSESSEUR :

Sékou SIDIBÉ

MAITRE DE CONFÉRENCES

SECRÉTAIRE PRINCIPAL :

PROFESSEUR Yénimégue Albert DEMBÉLÉ

AGENT COMPTABLE :

Mme COULIBALY Fatoumata TALL

CONTRÔLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie – Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARÉ	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARÉ	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histologie-embryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boukassoum HAÏDARA	Législation

Liste du personnel enseignant par D.E.R. & par grade

▪ D.E.R. CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Djibril SANGARÉ	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFÉRENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie/ Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie / Réanimation
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAÏGA	Gynécologie/ Obstétrique

▪ **D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES**

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou Koné	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A THERA	Parasitologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARÉ	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bocary Y SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie/ Parasitologie entomologie médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

▪ **D.E.R. DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES**

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARÉ	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAÏGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KÉITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Bah KÉITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORÉ	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBÉ	Radiologie
Mr Mamadou DEMBÉLÉ	Médecine Interne
Mr Mamady KANÉ	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBÉ Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORÉ Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme Diarra Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATÉ	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUIINTO	Neurologie

▪ **D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTÉ	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAÎTRE DE CONFÉRENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Boukassoum HAÏDARA	Législation
Mr Alou KÉITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARÉ	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANÉ	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAÏGA	Législation
Mr Ousmane KOÏTA	Parasitologie Moléculaire

• **D.E.R. SANTE PUBLIQUE**

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURÉ	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORÉ	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
Mr Oumar THIÉRO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

▪ **CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTÉ	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBÉLÉ Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBÉ	Chimie-Organique

▪ **ENSEIGNANTS EN MISSION**

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

DEDICACES

DEDICACES

Je dédie ce travail

A **ALLAH** le tout puissant le miséricordieux qui m'a permis jusque là de rester en vie et de mener à bien ce travail ;

A mon père **Ibrahima Mariko** qui m'a accompagné tout long de mes études et à des moments très difficiles. Merci à toi papa pour toutes ces années de souffrances consenties à mon égard, jamais je n'aurais assez de vie pour te récompenser pour tout ce que tu as fait pour moi. Puisse cette thèse m'offrir l'occasion de me rendre digne de tes conseils, de ton estime, de ta confiance et t'accorder longue vie afin que tu puisses en jouir.

A ma Mère **Salimata Traoré**, l'amour et l'affection que tu as pour moi sont inestimables. Ce travail est le résultat de tes prières et bénédictions de tous les jours. Maman, les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens ici. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi de ma naissance à maintenant.

A mes oncles : **Madou, Idrissa, Tanhoulé** qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de mon cycle, je vous serais toujours reconnaissant.

A mes tantes : **Rokia Sow, Baryatou Cissé, Sadio**, merci pour les conseils et la documentation.

A mon tonton **Fakaba Diakité** qui a toujours été à mes côtés et à des moments difficiles, je te dis merci tonton.

A mon tonton et homonyme **Dr Oumar MARIKO**, je te dis grand merci pour le soutien et l'encouragement. Ce travail est aussi le tien. Encore merci tonton.

A mon grand père et homonyme **feu Oumar Traoré**, bien que m'aies quitté avant la fin de ce travail, je n'ai jamais oublié que tu existais toujours dans mes pensées. Que la terre te soit légère, dors en paix.

A ma grande famille à Bamako (Sogoniko).

A tous ceux qui m'ont aidé à faire l'enquête : **Boli, Bourama, Bobo, Mme Goïta Ramata, Mohamed, Cheick**. Je vous remercie pour l'effort fourni, sans vous ce travail n'aurait pas été mené si promptement comme prévu.

A mes frère et sœur : **Sory et Mariam**, je vous adore tous.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au docteur **Traoré Aboubacar**, gynéco-obstétricien, médecin chef du centre de santé de la commune VI. Que le tout puissant Allah t'aide à aller jusqu'au bout de tes ambitions professionnelles et reçois à travers ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

Au Docteur Sinayoko Kadiatou médecin chef adjoint du centre de la commune VI. Merci pour ton amabilité et tes encouragements.

Au Major de la commune VI Assan Diawara.

A mes collègues de la pédiatrie commune VI : Dr Dabo, Mme Cissé Mireille, Mme Traoré Nana Traoré, Mme Sangaré.

Au personnel du SIS (système d'information sanitaire), du secrétariat, aux sages femmes.

A tout le personnel du centre de santé de la commune VI. Toute ma profonde reconnaissance pour vos conseils et encouragements.

Au Docteur **Sangaré Aboubacar** DES de pédiatrie au CHU Gabriel Touré, grâce à toi j'ai aimé la pédiatrie. Merci pour ta grande disponibilité et tes encouragements. Recevez à travers ce travail toute ma profonde gratitude.

A tout le personnel du CREDOS, merci pour votre franche collaboration.

Au Docteur Diarra S. Seydou CVD Mali : merci pour tes encouragements et ton soutien.

A tous mes amis et collègues de la FMPOS

A toutes les personnes qui m'ont aidé à la réalisation de ce travail.

Merci à tous !

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury Professeur

AG RHALY Abdoulaye

- Professeur titulaire de médecine interne, chargé de cours d'endocrinologie à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie
- Ancien Directeur Général de l'INRSP
- Ancien secrétaire général de l'OCCGE
- Secrétaire permanent du comité national de l'éthique pour la santé et les sciences de la vie
- Chevalier de l'ordre international de palmes académiques du conseil africain et Malgache pour l'enseignement supérieur

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse
Au cours de votre formation, nous avons été profondément impressionné
par votre humilité, vos qualités humaines et intellectuelles
votre exigence du respect de l'éthique médicale faisant à la fois de vous un
exemple à suivre et une référence
Nous garderont de vous l'image d'un professeur aux très grandes qualités
didactiques et toujours disponible.

Recevez Honorable maître l'expression de nos remerciements les
plus sincères et de notre profonde estime.

A notre maître et juge **Dr KEÏTA SIDIBE Assa**

- Docteur en santé publique.
- Directrice Générale adjointe du CREDOS

Cher maître,

C'est un honneur et aussi une joie pour nous d'avoir accepté de prendre part à ce jury malgré un emploi du temps très restreint.

Votre rigueur dans le travail, votre souci du bien fait et votre manière de rendre abordable les notions les plus difficiles en santé publique font de vous une personne admirable

Si ce travail est une réussite il le doit en partie à vos conseils et à votre savoir faire

Le jugement que vous porterez sur ce travail nous rendra un immense service car il sera à votre image

Recevez ici cher Maître l'expression de notre admiration et notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Dr MAÏGA Mariam MAÏGA

- Docteur en Pédiatrie
- Responsable de l'unité de pédiatrie du centre de référence de la commune

VI

Cher maître,

C'est un honneur pour nous de vous compter parmi ce jury de thèse

Votre expérience en pédiatrie et votre souci constant du bien être des enfants font de vous une personne admirable et exemplaire

Cher maître, toute notre fierté d'être encadré par vous, c'est l'occasion pour nous de vous présenter toute notre profonde gratitude.

Veillez croire cher maître à l'expression de notre plus grand respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur **SANGHO Hamadoun**

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

Cher maître,

vous nous avez très bien accueilli, accepter de diriger cette thèse malgré un emploi du temps très rempli et nous faire bénéficier de vos compétences en matière de santé publique, ceci est un grand honneur pour nous

Cher maître Recevez à travers ce travail le témoignage de notre profonde gratitude et sincère reconnaissance.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AME : Allaitement maternel exclusif

IRA : Infection respiration aigue

OMS : Organisation mondiale de la santé

UNICEF: United Nations International Children Education Fund

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

EDS : Enquête démographique pour la santé

FAO : Found agriculture organization

FMPOS : Faculté de Médecine de pharmacie et d'Odontostomatologie

IBFAN: International Baby Food Action Network

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

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

AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments

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

AM : Allaitement mixte

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AA : Allaitement artificiel

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	1
II. HYPOTHESES	5
III. OBJECTIFS	5
IV. GENERALITES	6
4.1. Définition du lait	7
4.2. Définitions opératoires de concepts	7
4.3. Composition du lait.....	10
4.4. Rappel sur les seins.....	12
4.4.1. Définition.....	12
4.4.2. Anatomie du sein.....	13
4.4.3 Physiologie de la lactation	14
4.5. Allaitement maternel exclusif	
4.5.1. Définition.....	19
4.5.2. Avantages de l'allaitement maternel.....	19
4.5.2.1. Aspects nutritionnels et physiologiques.....	19
4.5.2.2. Aspects immunologiques.....	20
4.5.2.3. Aspects psychologiques.....	21
4.5.2.3. Aspects psychologiques.....	21
4.5.3. Les techniques de l'allaitement maternel.....	25
4.5.4. Quelques précautions pour le succès de l'allaitement exclusif...28	
4.5.5. Incidents et solutions relatifs à la pratique de l'allaitement maternel exclusif.....	28
4.6. La diversification.....	33
4.7. L'arrêt de l'allaitement au sein.....	34
4.8. Allaitement mixte	35
4.9. L'allaitement au sein et VIH.....	36
4.10. Allaitement maternel et médicaments.....	37
4.11. Résumé des principaux points du code international de commercialisation des substituts du lait maternel	39

V. METHODOLOGIE

5.1. Le cadre d'étude.....	43
5.2. Type d'étude et période	49
5.3. Population d'étude	49
5.4. Critères d'inclusion	49
5.5. Critères de non inclusion	49
5.6. Echantillonnage.....	49
5.7. Taille de l'échantillon	50
5.8. Variables	50
5.8.1. Variables liées à la mère.....	50
5.8.2. Variables liées à l'enfant.....	51
5.8.3. Variables liées au père.....	51
5.8.4. Variables liés à l'environnement.....	51
5.9. Technique et outil de collecte.....	51
5.10. Ethique.....	51
5.11. Traitement et analyse des données.....	52
5.12. Difficultés rencontrées.....	52
VI. RESULTATS.....	54
VII. DISCUSSIONS.....	74
VIII. CONCLUSION.....	82
IX. RECOMMANDATIONS.....	84

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

L'allaitement maternel est essentiel à la survie de l'enfant. Il n'y a rien de meilleur que l'allaitement maternel pour garantir à l'enfant un bon départ dans la vie.

La composition du lait de chaque espèce de mammifère est unique. Elle est adaptée aux exigences des petits en croissance et leur fournit l'énergie et les nutriments dont ils ont besoin en fonction des caractéristiques propres de leur espèce. En dépit de leur très grande variabilité interspécifique, les laits poursuivent tous le même objectif : permettre la croissance des petits et leur développement jusqu'à ce qu'ils soient capables d'acquérir, par eux-mêmes, leur nourriture et de survivre en l'absence de leur mère. Le lait maternel constitue, sans aucun doute, l'aliment idéal des nouveau-nés, quelle que soit la région du monde où ils vivent. À côté de ses qualités nutritionnelles (apport de matière et d'énergie) qui sont de mieux en mieux connues, il contribue à la santé des femmes en réduisant les risques d'obésité [1,2], de cancer du sein et des ovaires et en augmentant l'espacement des naissances entre les grossesses.

Il est le plus favorable à l'établissement des liens psychologiques entre la mère et son enfant. Il sera sans doute difficile de « copier » le lait de femme, mais on peut le faire en partie ou, tout au moins, essayer de le faire.

La fameuse citation du Dalaï Lama qui dit ceci : « *Notre tout premier acte est de téter le lait de notre mère. C'est là un acte de compassion, sans lequel à l'évidence nous ne pourrions pas survivre* ». Cela doit nous inciter à fournir davantage plus d'efforts pour aider les futures mamans à allaiter dans les bonnes conditions.

Dans les pays en voie de développement, l'allaitement au sein reste un impératif absolu en raison de la sécurité qu'il apporte dans la prévention des infections respiratoires et digestives et de son rôle dans la régulation des naissances.

En mai 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a modifié sa recommandation relative à l'allaitement maternel exclusif pour faire passer la durée de celui-ci à six mois plutôt que quatre à six mois [3].

A l'heure actuelle, environ 39% des nourrissons dans le monde bénéficient de cette pratique pendant les six premiers mois de leur vie [4].

Sa prévalence en France est une des plus faibles des pays européens. L'allaitement à quatre mois est maintenu dans plus de 65 % des cas en Suède et en Suisse, 34 % au Canada, 27 % au Royaume-Uni et à peine 5 % en France [5]. Au Mali 100% des femmes qui accouchent, pratiquent l'allaitement maternel [6], mais seulement 38% des enfants de moins de six mois sont exclusivement allaités.

L'Unicef estime que l'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de vie pourrait prévenir le décès de quelque 1,3 million d'enfants de moins de cinq ans chaque année.

L'utilisation abusive des substituts du lait maternel dans les pays en voie de développement pose d'énormes difficultés dans la réalisation de la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Dans de nombreux pays encore, croyances culturelles et traditionnelles s'opposent au développement de l'allaitement. Sans oublier les méthodes commerciales agressives des fabricants de laits artificiels, et bien sûr la crainte que l'allaitement favorise la transmission du virus du VIH de la mère à son enfant.

Malgré cette progression encourageante du taux d'allaitement maternel exclusif au Mali (38% en 2006 pour 25% en 2001), très peu de femmes continuent de donner le sein jusqu'à six mois ou ne le font pas correctement.

Quelle est la fréquence de l'allaitement maternel exclusif dans le quartier de Sogoniko chez les mères d'enfant de 0 à 24 mois ?

Quelles sont les attitudes adoptées par les mères lors de cette pratique ?

L'environnement influence-t-il la pratique de l'allaitement maternel exclusif ?

C'est pour trouver des réponses à ces questions que nous avons mené une enquête CAP sur l'allaitement maternel exclusif dans le quartier de Sogoniko en commune CVI du district de Bamako

HYPOTHESES ET OBJECTIFS

II. HYPOTHESES

Les facteurs liés à la mère, au bébé, au système de santé, et à l'environnement influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois dans le quartier de Sogoniko en commune VI du district de Bamako.

III. OBJECTIFS

3.1. Objectif général

- Etudier les connaissances, attitudes et pratiques des mères sur l'allaitement maternel exclusif.

3.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 24 mois à Sogoniko en commune VI du district de Bamako en 2009 ;
- Evaluer la connaissance des mères d'enfants de 0 à 24 mois sur l'allaitement maternel exclusif à Sogoniko en commune VI du district de Bamako en 2009 ;
- Décrire les attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif ;
- Identifier les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif ;
- Proposer des solutions pour améliorer la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

GENERALITES

IV. GENERALITES

4.1. Définition du lait

Le lait est le produit élaboré par les glandes mammaires des femelles après la naissance du jeune. Le lait est l'aliment biologique par excellence. Il est depuis plus de 10.000 ans, synonyme de fertilité, de richesse et d'abondance. Le lait occupe une place de choix dans notre société moderne grâce à l'étonnante variété de ses produits.

4.2. Définitions opératoires de concepts :

- Allaitement :

C'est le mode d'alimentation du nouveau né et du nourrisson dans lequel le lait joue un rôle exclusif ou principal

- Allaitement maternel :

C'est l'allaitement au sein.

- Allaitement mixte :

Un mode d'alimentation du nouveau-né combinant le sein et le lait artificiel. Dans notre étude, nous avons utilisé ce terme pour désigner à la fois l'allaitement maternel et toute autre forme d'alimentation du nouveau-né.

- Allaitement artificiel :

C'est l'allaitement au biberon avec du lait autre que le lait maternel.

- Allaitement maternel exclusif :

L'allaitement maternel exclusif consiste à ne donner au bébé aucun autre liquide ou aliment que le lait maternel. L'usage des tisanes, décoctions ou infusions et même de l'eau de boisson ou de l'eau minérale remet en cause le principe de l'exclusivité de l'allaitement maternel.

- Connaissances :

Expériences, savoir, informations que les femmes ont de l'allaitement maternel.

- Croyance :

Le fait de tenir quelque chose pour vrai et ceci indépendamment des preuves de son existence.

- **Culture :**

Ensemble de savoir, pratique, traditions, propre à une communauté et qui se transmet de génération en génération.

- **Perception :**

Compréhension des faits d'ordre psychologique fondé sur l'expérience personnelle, et des informations disponibles sans raisonnement.

- **Tradition :**

Ensemble des valeurs, croyances et coutumes propres à une communauté donnée et transmises de générations en générations.

- **Pratiques traditionnelles :**

Les pratiques traditionnelles sont des pratiques, de nos parents, liées aux attitudes, croyances, coutume et valeurs ; notre pharmacopée regorge de préparations et de recettes phytothérapeutiques à vertu curative et qui sont généralement utilisées pour les nourrissons

Ces pratiques sont caractérisées par l'usage des tisanes (décoctions ou infusions). Elles remettent en cause le principe de l'exclusivité de l'allaitement maternel.

- **Publicité :**

Action ou art qui consistent à faire connaître et à vanter dans le but d'inciter le public à acheter ou à utiliser le lait artificiel

- **Promotion de l'allaitement maternel :**

Action à faire, à favoriser, et à soutenir l'allaitement maternel exclusif.

- **Pratiques hospitalières :**

C'est la réalisation des séances éducatives sur l'allaitement maternel exclusif menées par le personnel de santé.

- **Soutien des professionnels de santé :**

Mesure d'assistance apportée par les professionnels de santé ayant acquis les compétences à travers la formation, la disponibilité des supports d'IEC, et l'existence d'une politique « Hôpital ami des bébés ».

- **L'âge révolu :**

Correspond à l'âge exact au dernier anniversaire.

- **Soutien de l'entourage :**

Mesure d'assistance apportée par la famille, les voisins.

4.3. Composition du lait [7].**Tableau I :** Composition comparative du lait de femme par rapport au lait de vache.

NUTRIMENTS	LAIT DE FEMME	LAIT DE VACHE
Protides totaux (en grammes)	0,8-1,2	3-3,5
a)protéines	1,2	3,5
-caséine	40%	80%
-lactosérum (protéines solubles)	60%	20%
*lactalbumine	35%	7%
*bêta lactoglobuline	0	8%
*lacto transferrine	15%	0,2%
*immunoglobuline	10%	2%
b) azote non protéique	0,05	0,03
Glucides (en grammes)	7	7
a) lactose	6	6
b) oligosaccharides	1	1
Lipides (en grammes)	3-4	3-4
AG saturés/AG non saturés	50%/ 50%	75%/ 25%
Les sels minéraux		
Sodium (milligrammes)	10-20	50-60
Chlore	45	110
Phosphore	14-15	90
Calcium	27-32	120
Rapport C/P	2	1,3
Magnésium	3,5	12
Fer (en microgrammes)	30-70	10
Zinc	50-400	200-500
Cuivre	25-70	2-15
Iode	3-50	-
Vitamines		
°A (UI)	200	45
°D (UI)	20 à 40	25
°E (mg)	0,35	0,1
°C (mg)	4	10
PP(mg)	1,3	0,5
Charge osmotique (mos/l)		
Déchets solubles d'élimination urinaire	90	280
Calorie	60-80	57-85

-Apport énergétique Il n'y a pas de différence sensible sur le plan calorifique :

Un litre de lait apportant en moyenne 670 Kcal.

➤ **Les protides**

Le lait de vache contient trois fois plus de protides que le lait maternel. C'est dire que le nourrisson alimenté avec du lait de vache non modifié devra éliminer les deux tiers des protéines qu'il reçoit. Les protéines du lait de vache sont des molécules étrangères pour l'organisme humain.

La conséquence immunologique est la fréquence de l'intolérance aux protéines du lait de vache touchant 1% des nourrissons dans sa forme sévère (diarrhée majeure, choc allergique...) et 5 à 7 % dans sa forme bénigne (troubles digestifs, *hypotrophie*, éruption...)

Le lait de mère est adapté à la physiologie du bébé et contient des protéines telles que la *méthionine*, la *taurine* ou la *tyrosine*, qui répondent à l'immaturité enzymatique de l'enfant [32].

➤ **Les glucides**

Le principal sucre du lait maternel est le lactose qui, grâce à la lactase, enzyme présente dans les cellules intestinales, est dédoublé en glucose et galactose.

Le lait de vache contient moins de lactose que le lait maternel.

Le lait de femme comprend en outre de nombreux oligosaccharides dont seuls certains sont connus pour l'instant. Leur rôle est encore incompris mais il est probable qu'ils favorisent le développement intestinal d'une flore microbienne (*lactobacilles bifidus*) qui protège la muqueuse intestinale contre les agressions bactériennes.

➤ **Les lipides**

Si la richesse en graisses des deux laits est sensiblement identique, il n'en est pas de même pour la proportion en acides gras insaturés.

Un litre de lait de femme apporte 2 à 9 fois plus d'acides gras insaturés (*acides linoléiques et arachnoides*) qu'un lait (de vache) industriel demi écrémé.

Ces acides gras insaturés sont essentiels pour les synthèses cérébrales et l'organisme humain ne sait pas les fabriquer.

➤ **Les sels minéraux**

Le lait de vache contient trois fois plus de calcium que le lait de femme mais il est très mal métabolisé par le nourrisson pour des raisons biochimiques diverses.

Le lait de vache apporte trois fois plus de sodium que le lait de femme et l'on sait les risques d'hypertension artérielle que cela peut entraîner chez l'adulte.

Le lait de vache apporte deux fois moins de fer que le lait maternel, ce dernier étant déjà à la limite inférieure aux besoins.

➤ **Les vitamines**

Par rapport au lait de vache, les teneurs en vitamines sont à des taux plus élevés dans le lait maternel, sauf pour l'acide folique (identique) et pour la vitamine K (plus faible dans le lait maternel). Le taux de vitamine C est juste suffisant si la mère ne fume pas.

Pour la vitamine D, la situation n'est pas claire mais il est préférable d'en rajouter quelle que soit l'alimentation de l'enfant. Le lait de femme est par ailleurs très riche en vitamine E, puissant agent antioxydant.

4.4. Rappel sur les seins

4.4.1. Définition

Le **sein** est un organe pair et globuleux situé en avant et en haut du thorax. Il contient la **glande mammaire** (qui se développe au moment de la puberté) noyée dans du **tissu graisseux**. L'**aréole** est la zone de coloration noirâtre avec des petites boursouflures et de forme circulaire située autour du mamelon. Le **mamelon** est la saillie, l'éminence en forme de cône qui constitue la **pointe du sein** de la femme ou de l'homme. Les **tubercules de Montgomery** sont des petits grains disséminés à la surface de l'aréole. Ils deviennent saillants vers la huitième semaine de **grossesse**. Le sein possède une place particulière chez la femme chez laquelle il joue un rôle non seulement nourricier mais aussi esthétique et bien entendu sexuel.

4.4.2. Anatomie du sein. [9,10]

Les seins présentent, dans les deux sexes, une zone pigmentée en leur centre, de coloration marron foncée, appelée l'aréole.

Chez la femme, cette zone contient de petits orifices qui correspondent aux canaux excréteurs d'une vingtaine de lobes constitués de glandes destinées à fabriquer le lait. Ces canaux excréteurs (canaux galactophores) débouchent au niveau du mamelon. Anatomiquement, les seins sont constitués de tissu graisseux contenant les glandes mammaires proprement dites. Ils reposent sur une couche musculaire, le muscle pectoral, recouvrant lui-même le thorax.

Les seins sont soutenus par un système constitué par la peau et par des fibres qui pénètrent à l'intérieur de la glande mammaire, participant ainsi à leur maintien.

Chez l'homme, le sein ne joue aucun rôle (il ne contient pas de glandes mammaires).

➤ les glandes mammaires

Le sein est formé de 15 à 26 lobes, composés eux-mêmes d'un ensemble d'alvéoles.

C'est un tissu glandulaire, entouré de tissus de soutien et adipeux. Chaque alvéole est constitué de cellules sécrétrices qui vont élaborer les différents constituants du lait.

L'alvéole est entourée de vaisseaux sanguins qui drainent les éléments indispensables à la synthèse du lait, des cellules musculaires et des tissus dont la contraction entraîne l'expulsion du lait vers la cavité centrale de l'alvéole ; puis vers les canaux *galactophores*.

Avant d'atteindre le mamelon, ces canaux s'élargissent en forme d'ampoules ou sinus lactifères où le lait est collecté. Partant de ces sinus, des canaux très fins se dirigent vers le mamelon et là débouchent à l'extérieur par une dizaine de pores. Il n'y a pas autant de pores que de canaux car ils peuvent se réunir. Cet ensemble est enrobé de tissus graisseux et conjonctifs plus ou moins importants suivant les femmes : c'est ce qui fait la différence de volume de seins.

Il ne faut donc pas associer la taille des seins à la qualité d'une femme à allaiter. Le mamelon est cerné par l'alvéole où l'on peut voir de petites boursouflures (**les glandes de Montgomery**) qui secrètent un liquide odorant.

L'alvéole et le mamelon sont très innervés (nombreux filets nerveux) et leur sensibilité augmente au cours de la grossesse. La stimulation de ses terminaisons nerveuses entraîne l'érection du mamelon et déclenche par des mécanismes réflexes hypophysaires, la production d'**ocytocine** (hormone *hypophysaire* de sécrétion du lait).

Durant la grossesse, le mamelon augmente de volume et est pointé. Puis il est protubérant, c'est la raison pour laquelle lors des consultations prénatales ou de toutes préparations à l'allaitement, un examen des seins est indispensable car certaines réactions du mamelon sont facilement corrigées.

4.4.3 Physiologie de la lactation : [12]

La fonction mammaire est sous l'influence d'hormones qui sont produites par les ovaires. La production d'hormones par les ovaires est sous la dépendance de sécrétions hormonales cérébrales, depuis la période de la puberté jusqu'à celle de la ménopause.

Pendant la puberté, la première manifestation hormonale permet à la jeune fille d'observer des changements dans la forme et le volume de ses seins. A partir de ce moment, en effet, les hormones sexuelles fabriquées par les ovaires jusqu'à la ménopause vont avoir une influence sur les seins.

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 :

➤ les œstrogènes :

Permettent le développement des canaux galactophores et la progestérone agit sur la croissance et la prolifération des alvéoles, qui s'épanouissent et se forment.

D'autres hormones comme l'hormone placentaire lactogène, l'hormone de croissance et l'*insuline* interviennent sur la multiplication des cellules sécrétrices et leurs protéines à la fin de la grossesse. La progestérone s'oppose à

l'augmentation de la production lactée et son action bien connue est utilisée sur le plan médicamenteux quand on veut arrêter la montée laiteuse. Il faut savoir que dès la 16ème semaine de la gestation, les seins peuvent sécréter du lait en très petite quantité.

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 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 synthèse du lactose s'intensifie et simultanément le volume du lait augmente, puisque le lactose est le constituant le plus actif sur le plan osmotique. La succion du mamelon par l'enfant a pour effet une augmentation de la sécrétion de prolactine par le lobe antérieur de l'hypophyse.

➤ **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 [9]. La production laiteuse est donc liée à un phénomène neuroendocrinien réflexe [14]. C'est un mécanisme somatique, c'est à dire plus la succion est active et fréquente plus la sécrétion lactée est importante.

Le lait est synthétisé par les cellules sécrétrices des alvéoles situées à la base des canaux galactophores. Les cellules mammaires sont une véritable usine de transformation. Elles ont un rôle de filtre quand elles reçoivent directement des vaisseaux sanguins les vitamines, l'eau, certains ions, les immunoglobulines. Mais elles synthétisent aussi le lactose et élaborent certains acides gras et acides aminés. Dans une cellule mammaire, la partie apicale contient des éléments constitutifs du lait et a pour rôle de les sécréter. La partie basale contient le noyau et les éléments de reconstitution cellulaire. Les phénomènes de

biosynthèse et de sécrétion lactée sont couplés à celui d'éjection vers les canaux et les *sinus lactifères*, puis vers l'extérieur en raison de l'hypertension intra alvéolaire.

➤ **L'ocytocine :**

L'excrétion du lait est sous la dépendance d'une hormone post-hypophysaire : l'*ocytocine*.

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.

En définitive, la lactation est due à cinq réflexes qui agissent simultanément. D'abord trois réflexes somatiques du nourrisson qui fouille avec la bouche, suce et déglutit. Le réflexe de fouissement amène l'enfant à rechercher activement le mamelon, bouche ouverte afin de prendre une partie du sein.

Le réflexe de succion consiste à un mouvement rythmé des mandibules qui permet à l'enfant de former dans sa bouche une dépression puis par un mouvement péristaltique de sa langue, de tirer le lait et de l'envoyer vers l'œsophage. Là un réflexe de déglutition lui permet d'avaler le lait. Interviennent deux réflexes de la mère : le réflexe de sécrétion du lait sous l'influence de l'*ocytocine*. Ce réflexe est somatique ; ainsi plus la succion est fréquente et active plus la production lactée est abondante. Le réflexe d'éjection est psychosomatique, c'est à dire qu'il est extrêmement sensible aux perturbations d'ordre émotionnel et psychologique. L'anxiété, la fatigue, l'émotion, la douleur, le stress peuvent l'inhiber alors que la confiance en l'allaitement au sein, la conviction dans la qualité de ce type d'alimentation, le sentiment de sécurité peuvent l'améliorer. Ainsi le réflexe d'éjection répond non seulement à des stimuli tactiles mais aussi olfactifs, auditifs, visuels.

La vue de l'enfant, son cri, son odeur, son contact avec la mère sont autant de stimuli qui, non seulement, favorisent l'établissement d'une relation étroite mère

-enfant mais aussi déclenchent et augmentent la sécrétion lactée. Pour bien améliorer l'allaitement et l'apprentissage du mode d'alimentation, il est indispensable que la mère et le nouveau-né soient intimement proches dès les premiers instants qui suivent la naissance. Il faut procéder à la mise au sein dans la demi-heure qui suit l'accouchement et surtout ne rien donner à l'enfant, afin de laisser le processus physiologie et comportemental se mettre en place. Au bout de quelques semaines, la lactation devient automatique, le taux sanguin des hormones hypophysaires diminue, la sécrétion lactée est établie. La succion (le prélèvement du lait) assure la sécrétion, l'éjection et régule le volume du lait produit par chaque sein. Les deux seins sont soumis à la même influence hormonale, mais le volume du lait fourni par chacun dépend de la quantité du lait prélevée par l'enfant.

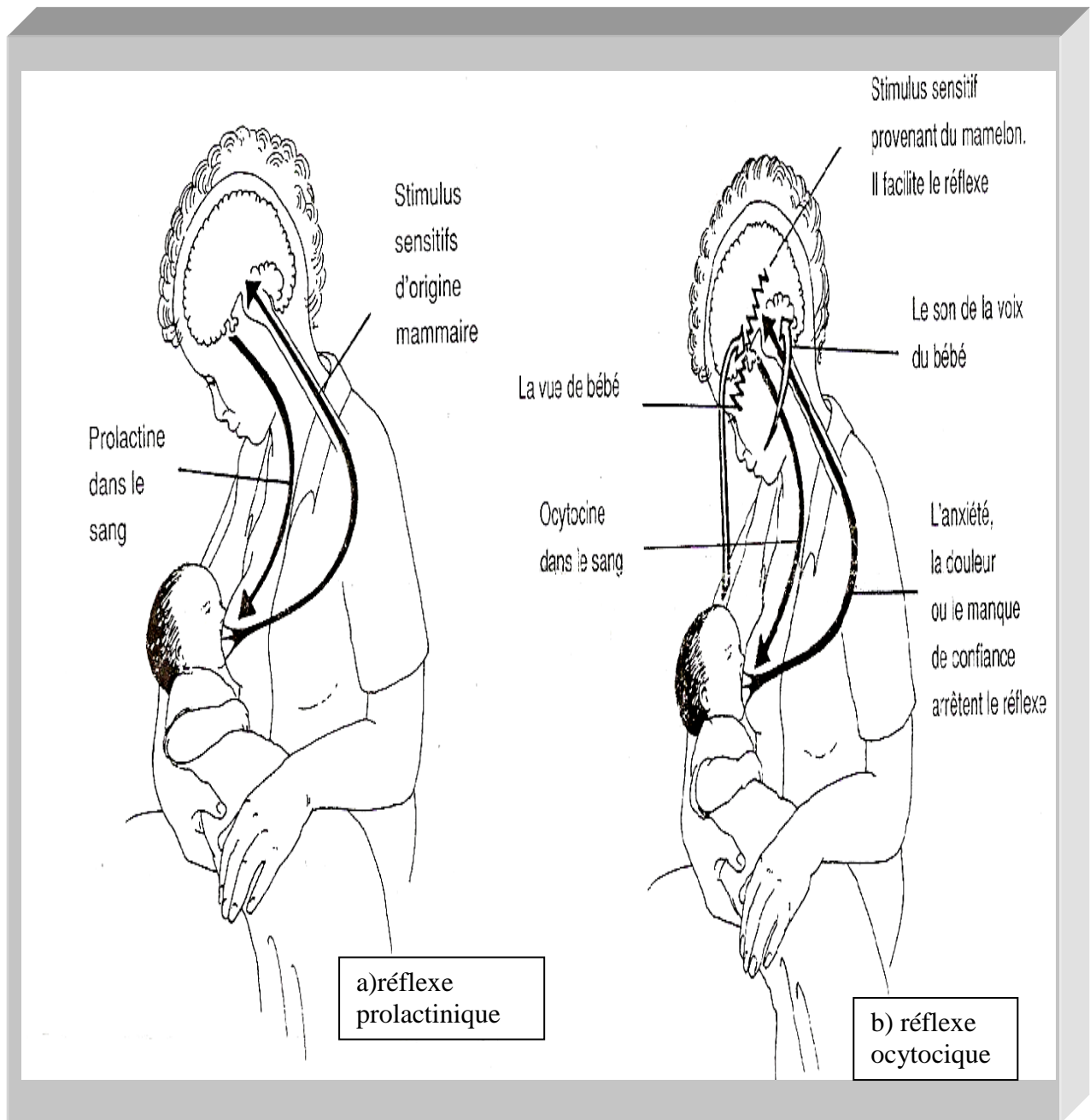


Figure 4 : Mécanisme de production du lait par le sein [27]

4.5. Allaitement maternel exclusif

4.5.1. Définition [4]

L'allaitement maternel exclusif consiste à donner uniquement le lait maternel à l'enfant dès la naissance jusqu'à six mois, sans eau, liquide sucré, jus de fruit, thé, tisanes ou autres aliments sauf indications médicales.

4.5.2. Avantages de l'allaitement maternel [8].

Malgré leurs qualités nutritionnelles et leurs diversités, les laits artificiels les plus performants n'arrivent pas à reproduire certaines propriétés du lait maternel. Chercheurs et industriels sont les premiers à le reconnaître. Entre autres avantages du lait maternel, on peut énumérer :

4.5.2.1. Aspects nutritionnels et physiologiques

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 [14].

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

La biodisponibilité de certains éléments (exemple : fer, calcium, zinc) est plus élevée dans le lait humain.

La quantité et la qualité des protéines (rapport caséine/ albumine) optimum, présence d'*alpha lactalbumine*, de même que la présence de certains acides aminés (*cystéine*, *taurine*) conviennent particulièrement aux besoins du bébé. Les protéines du lait humain sont bien digérées et absorbées. La composition et la configuration des acides gras favorisent la digestion et l'absorption des liquides. Une teneur en électrolytes et une charge *osmotique* plus faible

permettent de répondre aux besoins hydriques de l'enfant. Le changement de consistance du lait au cours de la tétée constituerait un mécanisme de contrôle de l'appétit.

Les selles du bébé ont une consistance molle même si elles ne s'éliminent pas pendant quelques jours. Cette caractéristique peut s'expliquer par le contenu en lactose du lait.

4.5.2.2. 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 [15] :

-Le lait maternel est *pur*, il ne contient pas de germes pathogènes. Il ne peut donc transmettre de maladie au bébé ;

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 anti-allergique 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** ;

On note la présence d'acides gras essentiels. Toute la chaîne de fabrication des lipides indispensables au développement cérébral est représentée.

L'action des *oligosaccharides*, présents dans les sucres du lait maternel, qui contribuent à enrichir la flore intestinale du nouveau-né. Cent trente *oligosaccharides* ont été identifiés dans le lait maternel alors que celui de la plupart des mammifères, dont la vache, en est presque dépourvu.

On note également l'absorption plus rapide et plus complète des minéraux, en particulier du fer et du zinc, par l'organisme du bébé.

Le lait maternel ne cesse pas de protéger le bébé contre toutes sortes de maladies jusqu'à l'âge de 2 ans.

4.5.2.3. 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. Cette proximité permet aussi de mieux observer les réactions du bébé.

4.5.2.4. 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.

Le lait maternel est l'une des ressources naturelles les plus précieuses et l'économie qu'il ferait entrer dans un ménage n'est pas négligeable.

L'allaitement maternel est le modèle de l'alimentation naturelle pour l'enfant.

Le nourrisson quel qu'il soit a besoin du lait de sa mère qui est à lui seul la meilleure nourriture et la meilleure boisson notamment durant les quatre premiers mois de la vie.

➤ 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, si non 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. Ainsi, tout enfant nourri au lait naturel est fort, intelligent, vigoureux, résistant, par contre celui allaité artificiellement est

exposé à toutes ces graves maladies (diarrhées, malnutritions, infections) et la mère, non seulement sera absente au travail, mais elle le sera aussi à la maison d'où le mauvais rendement de part et d'autre. Le souci s'installe dans l'environnement familial. Il faut sortir de fortes sommes d'argent dans le transport, les consultations, les hospitalisations, les ordonnances. Il y a en outre, risque de perdre son emploi pour absentéisme.

A la lumière de cette analyse, nous pouvons conclure que les employeurs des mères gagneraient à respecter d'une part le congé de maternité légal, d'autre part les deux heures de tétées accordées à toutes mères allaitantes.

**** Avantages pour l'enfant [8] :**

- Le lait maternel est un aliment complet ;
- Il protège contre les diarrhées, parce qu'il est propre ;
- Il contient des anticorps (défenseurs) qui protègent l'enfant contre les infections ;
- Il n'y a pas d'allergie au lait maternel ;
- Il protège contre la constipation et les coliques parce qu'il se digère facilement ;
- L'enfant bénéficie du colostrum (1^{er} LAIT) ;
- Il favorise le développement du cerveau ;
- Il permet la croissance et le développement ;
- Il aide à la formation des dents ;
- Il établit les liens d'affection entre la mère et l'enfant ;
- Les enfants exclusivement nourris au lait maternel grandissent bien et ne courent pas souvent le risque d'être malnutris.

****Avantages pour la mère [7,8]**

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'orgueil lié 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 dépressions car intervient dans la diminution de production d'hormones et aide à retrouver un équilibre harmonieux entre le physique et le psychologique au cours du post-partum.

- l'allaitement maternel de longue durée contribue à :

- diminuer le taux de mortalité infantile ;
- 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) ;
 - * 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).[16,27]

La MAMA aide à espacer les naissances, son taux d'échec est faible si elle se fait dans les conditions normales (citées plus haut).

Cependant, nous mettons l'accent sur un fait, bien que l'on puisse prouver la haute efficacité contraceptive de l'allaitement prolongé à l'échelle d'une population entière ; il serait erroné de considérer cette pratique comme étant absolument un moyen contraceptif sûr dans les cas particulières.

-L'allaitement maternel contribue à la récupération du poids d'avant la grossesse et à la diminution de dépôt graisseux dans le tissu mammaire. Le mythe selon lequel « les seins tombent à la suite de l'allaitement » n'a pas été scientifiquement démontré.

-Allaiter au sein n'est pas un danger pour la beauté du sein en tant que tel. Il y a plusieurs facteurs qui entrent en ligne de compte dans la modification du galbe de la poitrine et cela commence un peu plus loin qu'on ne le pense : l'absence du port du soutien-gorge dès la puberté chez les filles non initiées.

La prise de poids et des amaigrissements incontrôlés chez certaines femmes avec le phénomène d'hypertrophie joue sur l'élasticité des tissus mammaires. Par ailleurs, il faut comprendre que pendant la grossesse, les seins augmentent de volume à cause des cellules adipeuses qu'ils accumulent. Néanmoins, ces graisses accumulées diminueront pendant l'allaitement et ceci permettra de reprendre sa silhouette d'avant. Toutes ces transformations sont autant de causes qui, soit par ignorance, soit par snobisme, portent préjudice à la poitrine.

Les seins, en général, de par leur propre poids sont prédisposés à « tomber ». Néanmoins, on a remarqué que certaines ethnies ou certaines familles ont quelques avantages morphologiques quant à la fermeté de leur poitrine.

On ne peut donc pas gratuitement accuser l'allaitement naturel d'avoir empiété sur la beauté du sein étant donné que depuis la puberté jusqu'à la lactation en passant par la grossesse, les prises de poids et les amaigrissements, le sein a eu le temps de subir des modifications inconstante

- Le stress, une fatigue importante, une contrariété peuvent venir perturber la lactation ;

- La *prolactine*, hormone de la fabrication du lait est secrétée uniquement quand le bébé tète.

De ce fait, plus les tétées sont fréquentes, plus le taux de *prolactine* restera élevé et plus la sécrétion lactée sera régulière ;

- Il est également recommandé d'avoir une alimentation équilibrée et ne pas observer de régime sans avis médical ;

- Adoptez une bonne position au moment de l'allaitement.

****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

4.5.3. Les techniques de l'allaitement maternel [8,17]

La mère et le bébé doivent être dans une position confortable lors des tétées

❖ La position du bébé

Un bon positionnement du bébé qui tète est un facteur de réussite de l'allaitement car il permet une succion adéquate nécessaire à un nourrissage correct.

Dans une position de sécurité, le dos du bébé repose contre l'avant-bras de la mère, sa tête est mobile dans le creux de son coude, son épaule est dans l'axe de l'oreille et de la hanche. Le bout du nez et la pointe du menton sont tous les deux en contact égal avec le sein.

Lorsque le bébé tète, son menton doit être contre le sein et le bébé doit téter fermement l'ensemble de l'aréole et du mamelon. Si le nez du bébé est enfoncé dans le sein alors que le menton est détaché, il faut rapprocher le corps du bébé

vers soi. Si le menton du bébé ne touche pas le sein, il faut remonter le bébé un peu plus haut. Sauf chez les prématurés dont la tête doit être soutenue, il faut éviter de tenir la tête du bébé avec la main ou de pousser sa tête pour l'aider à prendre le sein. Cela bloquerait sa nuque et provoquerait chez lui un réflexe de recul.

❖ **La position de la mère**

Il n'y a pas de position idéale unique pour allaiter. L'important est d'abord d'être confortablement installée et de se sentir à l'aise. La pratique et le temps permettront de trouver les positions qui conviennent le mieux. La mère ne doit pas sentir de tension. La mère doit être à l'aise, assise ou allongée le dos soutenu. Elle doit offrir la totalité du sein (bout du sein plus aréole), elle ne doit pas placer les doigts en forme de ciseaux car cela tend à enlever le mamelon de la bouche du bébé. La mère doit mettre les doigts en arrière de l'aréole en forme de C et le pouce au dessus.

• ***La première tétée***

A l'hôpital, la première tétée devrait se passer sur la table d'accouchement.

Recouvrez la mère et le bébé pour qu'ils aient chaud.

La mère doit tenir son bébé contre elle et le laisser prendre le sein.

-C'est un bon moment pour que le bébé apprenne à sucer. La plupart du temps ; il est très éveillé et possède déjà un bon réflexe de succion.

-La succion stimule la production de l'ocytocine qui facilite l'expulsion du placenta.

• ***Le bébé reçoit le précieux colostrum.***

C'est la première heure après la naissance qui est la plus importante pour le contact de la mère avec l'enfant. L'allaitement au sein, immédiatement après l'accouchement, *suscite l'amour et l'affection de la mère pour son bébé*. Si la mère met son enfant au sein dès la naissance, il y a toutes les chances pour qu'elle continue de le faire pendant longtemps.

• ***L'allaitement au sein à la demande***

Il faut laisser la mère prendre son enfant et le nourrir chaque fois qu'il pleure ou qu'elle ressent le besoin de le nourrir. C'est ce qu'on appelle *nourrir le bébé à la demande*. Au début, le bébé réclame le sein à n'importe quel moment : parfois très souvent pendant 1 ou 2 jours ou, au contraire, plus rarement pendant plusieurs jours. Chaque bébé a son propre rythme et ce rythme n'est acquis qu'après quelques semaines. Evitez que le bébé ne tète à heures fixes, l'allaitement au sein en serait perturbé.

-Des suctions fréquentes stimulent la production de prolactine ce qui facilite la montée du lait.

-Nourrir à la demande évite de nombreux problèmes, tel que l'engorgement.

Les problèmes dus à l'allaitement au sein à la demande

L'enfant ne réclame pas le sein assez souvent

Certains enfants sont trop calmes et ne pleurent pas lorsqu'ils ont faim. Pensez-y si un enfant ne prend pas de poids rapidement.

L'enfant réclame le sein trop souvent

Certains enfants réclament continuellement le sein ce qui épuise leur mère.

-Soit parce qu'ils ne prennent pas le sein correctement.

-Soit parce qu'ils tètent trop peu de temps chaque sein ; aidez la mère à améliorer sa technique d'allaitement.

- ***La durée des tétées [8]***

Autrefois, les agents de santé conseillaient aux mères de donner des tétées très courtes, 2 à 3 minutes, les premiers jours, puis un peu plus longues, 5 à 10 minutes, ensuite. Ils croyaient qu'une succion trop longue rendait les mamelons douloureux.

Aujourd'hui, on sait que la durée des tétées n'a pas d'importance. C'est la mauvaise position du bébé pendant la tétée qui est responsable des mamelons douloureux. Faites en sorte que le bébé prenne correctement le sein, puis laissez-le téter au tant de temps qu'il veut.

La plupart des enfants ont fini de téter après 5 à 10 minutes, mais certains aiment y consacrer plus de temps parfois une demi-heure, cela n'a pas d'importance.

Les bébés qui tètent lentement prennent la même quantité de lait que ceux qui tètent rapidement. Si vous arrêter un bébé qui tète lentement avant qu'il n'ait fini, il ne prendra pas suffisamment de lait de fin de tétée, lequel est riche en énergie et nécessaire à sa croissance.

4.5.4. Quelques précautions pour le succès de l'allaitement exclusif [8] :

-La mise au sein précoce

-L'enfant doit prendre le lait le jour et la nuit.

-L'enfant doit être dans une position correcte au cours de l'allaitement.

-Ne donner à l'enfant aucun autre aliment.

-Donner le second sein dès que le premier est vide

-Laisser le bébé téter autant qu'il veut

-Si la mère s'absente pour une longue période, elle doit exprimer son lait en quantité suffisante et veiller à le garder dans les conditions optimales de propreté .A chaque demande, prélever la quantité nécessaire dans un bol où tasse propre au moyen d'une cuillère.

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

4.5.5. Incidents et solutions relatifs à la pratique de l'allaitement maternel exclusif [7,8]

❖ Niveau individuel

⇒ **Mamelon douloureux :**

***Signes :** rougeur et douleur à la succion

*** Causes :** mauvaise position ou mauvaise prise du sein ou candidose buccale de l'enfant

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

-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**

*** Signes**

-apparition d'une partie rouge douloureuse sur le sein

-le lait ne s'écoule pas correctement

***Causes :** 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.

-Si la douleur et l'inflammation sont fortes, appliquer la glace après avoir tiré le lait ou allaité.

⇒ **Crevasses**

*** Signes :** peau du mamelon abîmée et douleur à la succion

*** Causes**

-mauvaise position du bébé

-utilisation du savon pour laver le mamelon avant chaque tétée

***Conduites à tenir**

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

-corriger la position du bébé

-exposer les mamelons à l'air, au soleil autant que possible entre les tétées

-déposer une goutte du lait de fin de tétée sur le mamelon

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

⇒ **Irrégularités dans l'allaitement liées aux travaux ou à la fatigue**

*** Signes**

-Engorgement mammaire.

***Causes :** Abondance de travaux domestiques et champêtres.

***Conduite à tenir :**

-demander une aide familiale

-conseiller un temps de repos pour mère

-disposer davantage de temps pour l'allaitement

⇒ **Quantité insuffisante de lait**

*** Signes**

-cris de l'enfant

-l'enfant ne prend pas assez de poids

*** Causes**

-la fatigue de la mère

-une alimentation non équilibrée de la mère

-tétées moins fréquentes

-absence de la mère

***Conduites à tenir**

-vérifier la position de l'enfant et la prise de sein

-encourager la mère à continuer l'allaitement et plus fréquemment

-donner des conseils nutritionnels à la mère et l'inciter à plus de repos

-exprimer le sein pour nourrir l'enfant au moment où la mère est absente

-diriger la mère ou le bébé malade vers un centre de santé

⇒ **Engorgement mammaire**

*** Signes :**

-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
- le mamelon plat et court
- la mauvaise position du bébé au cours des tétées

***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
- vérifier la position et la prise du sein
- préparer les mamelons avant l'accouchement
- encourager les mères à allaiter leurs bébés
- 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

⇒ **Enfant malade :** Traiter l'enfant et continuer l'allaitement

⇒ **Mère malade :** Traiter la mère et continuer l'allaitement

⇒ **Manque de confiance en soi :** Rassurer la mère

⇒ **Environnement du lieu de travail inapproprié à l'enfant :**

Exprimer le lait et continuer l'allaitement

❖ **Niveau familial**

⇒ **Décès maternel :** Trouver une nourrice

⇒ **Croyances socioculturelles néfastes :**

La grand-mère pense que le bébé doit prendre de l'eau et les infusions

Les biberons sont symboles de richesses et indiquent une mère moderne.

***Conduite à tenir :**

-Ne pas jeter le colostrum (insister sur son importance)

-Donner exclusivement le lait maternel jusqu'à six mois

-Parler de l'interdiction en insistant sur les inconvénients de l'utilisation des biberons.

-Identifier des exemples de nourrices modèles dans la communauté.

⇒ **Les membres de la famille n'adhèrent pas à l'allaitement exclusif**

***Conduite à tenir :** Sensibiliser les membres de la famille sur les avantages de l'allaitement exclusif

❖ **Niveau communautaire**

-Parler de l'interdiction d'utilisation des biberons en insistant sur ces inconvénients

-Sensibilisation des mamans sur les inconvénients de l'utilisation des substituts du lait maternel

-Sensibiliser et informer les femmes que les rapports sexuels et une nouvelle grossesse n'ont aucun effet sur la qualité du lait maternel

-Sensibiliser les personnes influentes sur les avantages de l'allaitement maternel

-Faire un plaidoyer à l'endroit des personnes influentes

❖ **Niveau Etatique**

-Créer des structures de promotion de l'allaitement maternel dans les services

-Plaidoyer pour l'adoption du code de commercialisation des substituts du lait maternel.

4.6. La diversification :

❖ Le sevrage et les suppléments

⇒ Le sevrage :

Défini pour certains comme étant l'arrêt définitif de l'allaitement maternel, le sevrage correspond au passage de l'allaitement exclusivement lacté au régime varié. [7,8]

Le sevrage correspond à la période pendant laquelle le bébé passe d'une alimentation exclusivement constituée de lait à une alimentation comparable à celle que consomment chaque jour les adultes de la famille. Le sevrage doit être progressif et ne pas débiter avant que le bébé ait atteint l'âge de 6 mois.

La période de sevrage devrait s'étaler au moins sur 18 mois pendant lesquels le bébé serait nourri encore du lait de sa mère. L'allaitement au sein, prédominant jusqu'à 18 mois, puis continue jusqu'à 2 ans, doit être la règle. Un sevrage trop brusque expose au risque de malnutrition.

A l'âge de 6 mois, d'autres aliments comme la bouillie sont ajoutés à l'alimentation au sein. L'allaitement maternel ne devrait pas diminuer. Les autres aliments sont des additions au repas et non pas des substituts au lait maternel.

Pendant cette période de transition, la nourriture du bébé est composée de lait maternel et d'aliments « solides », du type bouillie ou autres. Ces aliments solides doivent être préparés spécialement pour le bébé de façon à répondre aux critères suivants :

- Préparés proprement pour ne pas être contaminés.
- Fractionnés et donnés en petite quantité car l'estomac du bébé ne peut pas contenir beaucoup d'aliments. Il faut donc multiplier les repas au cours de la journée. Par exemple, un bébé de 1 an devrait avoir au moins 5 repas par jour.

-Faciles à digérer car l'organisme du bébé n'a pas encore tous les enzymes nécessaires pour digérer les aliments.

-Suffisamment variés pour couvrir les besoins nutritifs du bébé.

➤ **L'allaitement au sein à l'âge de 6 mois**

Le lait maternel est tout ce dont a besoin le bébé jusqu'à l'âge de 6 mois. Mais à partir de cet âge, la quantité de lait produite par sa mère ne suffit plus à satisfaire ses besoins de croissance. Il a besoin d'un apport alimentaire en plus du lait de sa mère.

Toutefois, le lait maternel continue d'être l'aliment de choix jusqu'à ce que le bébé ait 2 ans ou plus. L'organisme d'un bébé n'est pas capable de croître convenablement et de se maintenir en bonne santé si son alimentation ne contient pas de lait. Il a besoin du lait de sa mère.

Au cours de la deuxième année, le lait maternel devrait couvrir 1/3 de ses besoins en énergie et en protéines.

De 6 mois jusqu'à 24 mois, l'enfant a donc besoin pour sa croissance à la fois du *lait maternel et aliments solides*.

4.7. L'arrêt de l'allaitement au sein

Il n'est pas nécessaire d'arrêter l'allaitement au sein si l'enfant veut continuer, même au-delà de 3 ans. En fait, la plupart des enfants arrêtent d'eux-mêmes entre 1 et 3 ans : c'est le sevrage naturel.

Si une mère décide d'arrêter d'allaiter son bébé au sein, elle devrait le faire lentement. Dites-lui si elle sèvre son bébé trop vite, celui-ci risque d'être malheureux. Il se peut alors qu'il refuse de manger les aliments qu'elle lui donne et qu'il devienne malade. Le sevrage brutal est une des causes principales de malnutrition.

***Les étapes de l'arrêt de l'allaitement au sein**

⇒ Augmenter le nombre des repas

⇒ Diminuer progressivement le nombre des tétées au cours de la journée. Supprimez d'abord une tétée – une de celles du matin ou

de l'après midi- puis, 1 à 2 semaines après, une autre et continuer ainsi de suite pendant 2 ou 3 mois, voir plus longtemps si nécessaire, jusqu'à ce que le bébé ne prenne plus le sein.

⇒ Arrêter les tétées de nuit en dernier.

⇒ Entourez l'enfant d'une affection particulière de façon à l'aider à se sentir tout aussi proche de sa mère qu'il l'était quand il était nourri au sein.

4.8. Allaitement mixte :

La meilleure alimentation du nourrisson demeure le lait maternel. Certaines conditions obligent la maman à adopter l'allaitement dit « mixte ». L'allaitement mixte est une moins mauvaise solution au cas où il y a des contraintes qui empêchent l'allaitement par le sein de la mère.

❖ Définition

L'allaitement mixte peut être défini comme étant le fait d'associer un autre aliment généralement le lait artificiel, au lait de la mère.

⇒ Raisons

L'allaitement mixte est généralement pratiqué dans les cas suivants :

- indisponibilité des mamans due pour la plupart à des raisons professionnelles (commerce, emploi...);
- indisponibilité due à certaines pathologies ;
- certaines idées reçues qui font croire que l'allaitement joue sur l'esthétique du sein de la femme.

L'allaitement mixte, pratiqué pour diverses raisons a des avantages tout comme des inconvénients.

⇒ Les inconvénients

- le lait artificiel n'a pas la même valeur nutritionnelle que celui venant de la mère ;
- l'enfant ne bénéficie pas de la même protection apportée par le lait maternel ;
- lors des voyages, les biberons et accessoires prennent trop de place ;
- l'enfant ne bénéficie pas de l'amour des parents ;

- l'utilisation du biberon nécessite de grosses dépenses : eau, électricité, gaz, lait et autres.

- il peut être cause de beaucoup de maladies comme la diarrhée, la constipation...

Au lieu de l'allaitement mixte, il est souvent procédé à l'allaitement dit « artificiel » c'est à dire nourrir l'enfant avec un lait autre que celui de la maman.

Ce type d'allaitement peut survenir au cas où il y a :

⇒ Décès de la maman ;

⇒ Toxicité du lait maternel due à certaines pathologies telles que :

⇒ Le VIH (l'allaitement augmente le taux du VIH chez l'enfant);

⇒ La galactosémie congénitale (le lait de la mère devient un poison chez l'enfant)

⇒ La tuberculose...

4.9. L'allaitement au sein et VIH [7] :

L'allaitement maternel est normalement le meilleur moyen d'alimenter un nourrisson. Toutefois, une femme infectée par le VIH peut transmettre le virus à son enfant pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement au sein. Les conseils donnés à la mère doivent inclure des informations concernant les risques et les avantages des différentes options en matière d'alimentation de son enfant.

Le taux de transmission mère enfant du VIH varie entre 20 et 25% pendant la grossesse et l'accouchement. Différentes options s'offrent à la femme infectée par le VIH pour l'alimentation de son enfant :

❖ l'alimentation de remplacement dès la naissance : l'aliment de remplacement est le fait de nourrir un enfant qui :

⇒ qui ne reçoit pas le lait maternel

⇒ par des aliments qui contiennent tous les éléments nutritifs dont l'enfant a besoin

⇒ jusqu'à ce que ce dernier puisse être nourri au repas

Ce choix ne doit être envisagé que si ce mode d'alimentation est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable

Dans ces conditions pas de risque de transmission du VIH après la naissance

❖ *L'alimentation exclusive avec arrêt précoce à 4 mois*

Le taux de transmission par allaitement est de 15%. Cela veut dire par exemple que dans un groupe de 100 femmes dans une communauté où le taux de prévalence du VIH est de 20%, trois (3) bébés courent le risque d'attraper le virus par l'allaitement au sein.

Le risque de transmission du VIH augmente avec la durée de l'allaitement. La mère doit donc adhérer à l'arrêt précoce à 6 mois.

4.10. Allaitement maternel et médicaments [22] :

- Proscrire les médicaments non indispensables ou n'apportant pas de bénéfice démontré (n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité)
- Ne prescrire que les médicaments nécessaires en évitant les spécialités contenant une association de principes actifs.
- Mettre en garde contre l'automédication.

❖ *Choisir l'alternative la moins risquée*

Lorsque le choix entre plusieurs médicaments ou voies est possible

- Médicaments passant moins dans le lait
- Substance non transformée en métabolite actif
- Médicament de demi-vie courte ou ne s'accumulant pas
- Voies d'administration pour lesquelles le passage systémique est généralement moindre : locale ou inhalée...attention aux produits à usage local sur le sein qui sont ingérés en priorité par le nouveau-né : proscrire les désinfectants iodés.
- Pour un médicament à prise unique quotidienne, lorsque cela est compatible avec le traitement, prendre le médicament après la tétée du soir et éviter la tétée de la nuit.
- Pour un médicament à demi-vie très courte, on peut recommander de prendre le médicament juste après la tétée, afin que les concentrations dans le lait soient les plus basses possibles lors de la tétée suivante.

- se méfier si $L/P > 1$ et si le rapport dose reçue par l'enfant (en mg/kg)/dose maternelle ingérée (en mg/kg) est supérieur à 1%.

❖ ***Pour un médicament à risque :***

- Le bénéfice du traitement ou de l'allaitement doit largement dépasser le risque, sinon :

- arrêt de l'allaitement (il est quelquefois possible d'interrompre l'allaitement provisoirement et d'entretenir la lactation à l'aide d'un tire-lait) ;

- ou différer le traitement si possible.

- Informer la mère de renforcer la surveillance du bébé en vue de détecter un éventuel effet indésirable : ictère, diarrhée, refus d'alimentation, somnolence ou hypotonie.

Tableau II : Les contre-indications étayées

Médicaments	Risques observés ou potentiels
Amiodarone	Toxicité thyroïdienne
Anticancéreux (cyclophosphamide, méthotrexate, doxorubicine...)	Risque cytotoxique, immunosuppression, neutropénie...
Amphétamines	Excitation, troubles du sommeil
Bromures	Somnolence, hypotonie, éruption cutanée
Chloramphénicol	"Grey syndrome"
Dérivés de l'ergot de seigle (bromocriptine, ergotamine)	arrêt de la lactation
Drogues (cocaïne, phencyclidine...)	Toxicité chez l'enfant : hallucination...
Iode et iodures	Risque de goitre et d'hypothyroïdie
Lithium	Lithiémie voisine des taux maternels
Médicaments à visée endocrinologique (cyprotérone, tamoxifène, danazol)	Modification de la sécrétion lactée. Effets indésirables endocriniens potentiels
Phenindione	Syndrome hémorragique
Phénylbutazone	Aplasia médullaire

Rétinoïdes

Risque d'accumulation

Sels d'or

Toxicité rénale et hépatique

Il convient de rappeler que les pilules contraceptives faiblement dosées ne sont pas contre-indiquées. En pratique, il faut très peu prescrire chez la femme allaitante et la mettre en garde contre le tabac, les excitants (café, thé) à forte dose, les boissons alcoolisées et l'automédication (hypnotiques, laxatifs, produits à usage local sur le sein) [22].

Un problème qui reste préoccupant est celui des contaminants qui s'accumulent dans la chaîne alimentaire comme le DDT, son métabolite le DDE, les PCB (Golding, 1997).

Aujourd'hui, une préoccupation principale concerne les dioxines présentes dans les effluents des usines de pâte à papier et d'incinération des ordures ménagères. Une étude réalisée par l'AFSSA, en juin 2000 a montré des concentrations effectivement excessives de dioxines de 16,5 pg/g de matière, correspondant à 83 pg/jour de 1 à 3 mois, alors que les concentrations ne sont que de 0,46 pg/g dans les préparations pour nourrissons. Des efforts importants restent à faire, similaires à ceux qui ont été faits en Allemagne et aux Pays-Bas, pour lutter contre ce type de pollution. Certains auteurs se sont interrogés sur le rôle néfaste des xénobiotiques présents dans le lait de femme. En fait, aucun effet négatif n'a été montré, l'allaitement maternel gommant même les discrets effets négatifs pouvant être rattachés à une exposition prénatale aux PCB et aux dioxines, dont les concentrations diminuent d'ailleurs d'année en année.

4.11. Résumé des principaux points du code international de commercialisation des substituts du lait maternel [23] :

En 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel en réponse aux pratiques inappropriées de commercialisation des substituts du lait maternel qui contribuaient au déclin alarmant des taux d'allaitement maternel dans le monde

et à l'augmentation des taux de malnutrition, morbidité et mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, particulièrement dans les pays développement. Ce code comprend 10 articles importants et régleme la commercialisation des laits pour nourrissons, biberons, tétines et aliments pour nourrissons :

1. Pas de publicité pour les produits (laits artificiels et autres produits que l'on donne aux bébés.) ;
2. Pas d'échantillons gratuits aux mères ;
3. Pas de promotion dans les unités de soins ;
4. Pas d'infirmières employées par la compagnie pour conseiller les mères ;
5. Pas de cadeaux ni d'échantillons aux agents de la santé ;
6. Rien qui idéalise l'alimentation artificielle, ni en mots ni en image, y compris les photos d'enfants sur les étiquettes des produits ;
7. Une formation scientifique se bornant aux faits pour le personnel sanitaire ;
8. Toutes les informations sur l'alimentation artificielle, y compris sur les boites, devront expliquer les bénéfices de l'allaitement au sein, et ce qu'il peut en coûter d'opter pour une alimentation artificielle ;
9. Des produits inadaptés , par exemple le lait concentre sucre ne doivent pas être préconisés pour le bébés ;
10. Tous les produits doivent être d'excellente qualité et prendre en compte des conditions climatiques et des conditions de stockage des pays auxquels ils sont destinés.

L'application par des services de santé des « Dix recommandations pour le succès de l'allaitement maternel » énoncée en 1989 dans la Déclaration Conjointe OMS/UNICEF sur la Protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, permet d'obtenir le label « Hôpital Ami des Bébés ». Ces dix recommandations s'énoncent comme suit [27] :

- Avoir des directives par écrit sur l'allaitement communiquées régulièrement à tout le personnel de soins ;

- Former tout le personnel de soins de manière aux aptitudes nécessaires pour appliquer ces directives ;
- Informer toutes les femmes enceintes sur les avantages de la poursuite de l'allaitement maternel après l'accouchement ;
- Aider les mères à commencer à allaiter dans l'heure qui suit l'accouchement ;
- Montrer aux mères comment allaiter et maintenir la lactation, même si elles sont séparées de leurs bébés pour une certaine durée ;
- Ne pas donner aux nouveau-nés des aliments ou boissons autres que le lait maternel, sauf si indiqué pour des raisons médicales ;
- Pratiquer la cohabitation, c'est à dire permettre aux mères et aux bébés de rester ensemble 24 heures par jour ;
- Encourager l'allaitement sur demande ;
- Ne pas donner des tétines artificielles ou des sucettes aux enfants qui sont nourris au sein ;
- Encourager la création de groupes de support pour l'allaitement et leur envoyer les nouvelles mères à leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

METHODOLOGIE

V. METHODOLOGIE

5.1. Le cadre d'étude

❖ Présentation de la commune VI

La commune VI fut créé en même temps que les autres communes du district de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et est régie par les textes officiels suivants :

- l'ordonnance No 78-34/CMLN du 28 août 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- la loi N° 93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- la loi N° 95-034 du 12 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

La commune VI est composée de dix quartiers et 3 cités de logements sociaux. Les quartiers de la rive droite du fleuve Niger ont connu une expansion considérable avec la construction du pont des martyrs en 1960, le pont FAHD en 1989 et des logements sociaux

➤ Données démographiques :

La commune VI est la plus vaste du district avec 94Km², pour une population estimée à 567 057 habitant en 2008, faite sur du taux d'accroissement.

Avec la situation des logements sociaux nous pensons que la population est au delà de cette estimation

➤ Limites

La commune VI est limitée au nord par le fleuve Niger, à l'est et au sud par le cercle de Kati et à l'ouest par la commune V.

➤ Relief

Le relief est accidenté :

* Dans la partie Est de Banankabougou par Outa-koulouni, culminant à 405m

* Par Taman koulouno avec 386m à l'ouest de la patte d'oie de Yirimadio

* Par Kandoura koulou, Magnambougou koulou et Moussokoro kountji fara, l'ensemble culminant à 420m d'altitude est situé à l'Est de Dianeguella-Sokorodji.

* Par doudou koulak dont le flanc ouest constitue une partie de la limite Est de la commune

* Par tien koulou culminant à 500m, son flanc Ouest définit également une partie de la limite Ouest de la commune.

➤ **Climat**

Le climat est sahélien avec une saison sèche de Février à Juin et une saison pluvieuse de juillet à Septembre et une saison froide d'Octobre à Janvier.

La commune connaît des variations climatiques d'année en année

➤ **La végétation**

La végétation a connu une dégradation due à l'exploitation anarchique du bois et aux longues années de sécheresse. Elle est de type soudano-sahélien dominée par les grands arbres comme le karité et le manguier.

➤ **Hydrographie**

La commune VI est arrosée par le fleuve Niger au nord et les marigots de Sogoniko, de koumanko et de blaba.

➤ **Voies et moyens de communication (routes) :**

Dans le domaine du transport la commune VI est traversée par les routes nationales six (Bamako-Sikasso) et sept (Bamako-Ségou).

Les quatre quartiers qui sont traversés par ces routes sont d'accès facile contrairement aux six autres.

➤ **Moyens de transport.**

La commune VI est un carrefour pour le transport routier dominé par les SOTRAMA, taxis et aérien international : intérieur et aéroport Bamako-senou.

➤ **Moyens de télécommunication**

Le réseau de communication est constitué par le téléphone, le fax, l'Internet. Toutes les stations radios libres, les chaînes télévisions et de la nationale sont captées dans la commune. Deux radios libres : Espoir et Guitan y sont implantées

➤ **Activités économiques**

L'économie de la commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme), suivi du secteur secondaire, malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, pêche, l'artisanat, le maraîchage)

➤ **Données socioculturelles et religieuses**

La structure sociale et culturelle reste traditionnelle.

Les notions de nobles et d'hommes de caste sont toujours vivantes au sein de la communauté. Les pratiques et habitudes ancestrales sont toujours d'actualité ; il s'agit du mariage traditionnel, polygamie, lévirat, sororat, cérémonies rituelles etc.

Les principales religions rencontrées dans la commune sont : l'islam (80%), christianisme (10%), l'animisme et leurs adeptes se côtoient.

➤ **Données démographiques**

La population totale de Commune VI a été estimée en 1998 à 221 342 habitants (*source DNSI*). En application du taux d'accroissement annuel qui est de 9,4%, la population a atteint 567 057 habitants en 2008. elle composée de 50,6% d'hommes et 49,4% de femmes.

Tableau III : Répartition de la population par tranche d'âge en 2008

Tranches	Pourcentage	2008
Population totale	100%	567 057
FAP	22%	124 753
FE	5%	28 353
Enfants de moins de 1an	4%	22 682
1-4ans	14%	79 388
5-14ans	28%	158 776
15-19ans	9%	51 035
20-24ans	8%	45 365
25-49ans	25%	141 764
50-59ans	5%	28 353
60ans et plus	6%	34 023
Personnes handicapées	10%	56 706
Personnes vivant avec le VIH	3,5%	22 682
Personnes pauvres selon les critères DHD (développement durable)	69%	391 269

NB : cette population est sujette à des variations dues aux flux migratoires saisonniers de l'intérieur du pays vers la capitale à la création de nouveaux quartiers (logements sociaux).

➤ **Degré d'urbanisation**

La Commune VI est composée de 4 quartiers urbains et 6 semi urbains.

Le degré de viabilisation de la commune est très peu avancé. Les quartiers totalement lotis sont Banakabougou, Magnambougou, Sogoniko et faladiè

➤ **Situation sanitaire**

La couverture socio sanitaire de la commune est assurée par un centre de santé de référence, un service social, 11 CSCOM, 35 structures sanitaires privées

recensées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines.

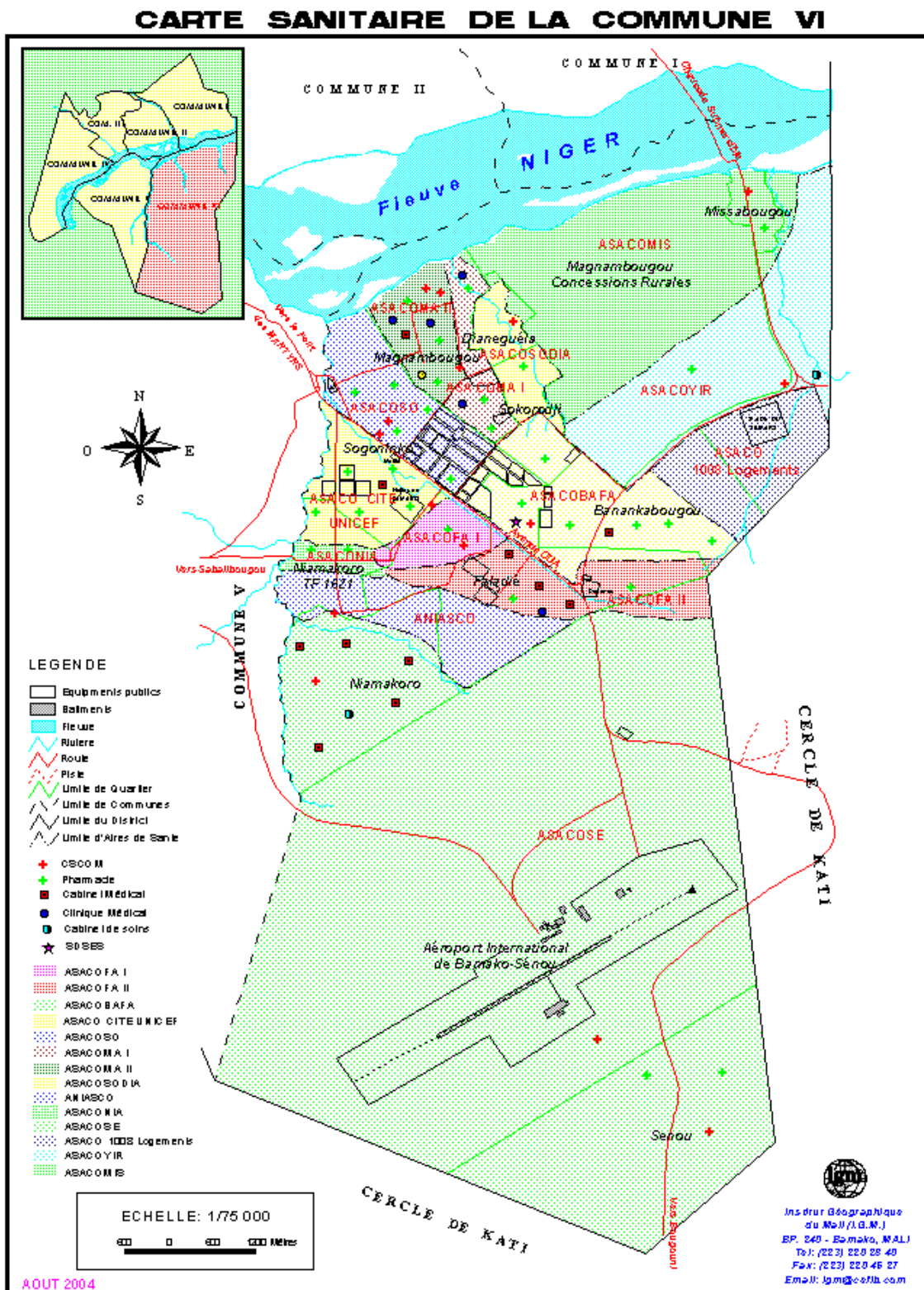
Tableau IV : Chronologie de la mise en place des CSCOM et leurs distances par rapport au CSRef

Nom aire de santé	Date de création	Quartier	Distance CSCOM/CSRéf (en km)
ASACOMA	Septembre 1991	Magnambougou	3
ASACONIA	Janvier 1992	Niamakoro	6
ANIASCO	Janvier 1992	Niamakoro	8
ASACOBABA	Mars 1992	Banakabougou	5
ASACOSE	Décembre 1992	Senou	15
ASACOSO	Octobre 1993	Sogoniko	0.3
ASACOFA	Août 1994	Faladiè	4
ASACOYIR	Septembre 1997	Yirimadio	10
ASACOSODIA	Mars 1999	Sokorodji-dianéguéla	6
ASACOMIS	Mars 2003	Missabougou	12
ASACOCY	Juillet 2005	Cité de Yirimadio	7

Source : monographie de commune VI 2008 (SIS).

L'ASACOSE est le CSCOM le plus distant du CSRéf (15km)

Chaque centre de santé communautaire correspond à une aire de santé. Suivant des critères populationnels, certains quartiers ont été divisés en 2 aires de santé (Niamakoro) par contre d'autres ce sont fusionnés pour former une de santé (Sokorodji-Dianéguéla). La couverture est de 100% pour les activités du PMA dans tous les CSCOM



5.2. Type d'étude et période :

Thèse de Médecine présentée et soutenue par MARIKO Oumar (FMPOS).

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 12 mai au 24 août 2009.

5.3. Population d'étude : elle était composée des :

- enfants de 0 à 24 mois ;
- mères d'enfants de 0 à 24 mois.

5.4. Critères d'inclusion : toute mère d'enfant de 0 à 24 mois résidant à Sogoniko acceptant de répondre à nos questions.

5.5. Critères de non inclusion :

- Toute mère d'enfant de 0 à 24 mois résidant à Sogoniko qui n'est pas en état de répondre aux questions ;
- Enfants dont l'âge est supérieur à 24 mois ;
- Mères absentes le jour de l'enquête.

5.6. Echantillonnage

Nous avons utilisé la technique d'échantillonnage à 2 degrés (quartier, maisons):

Le premier degré : est le choix aléatoire d'un quartier sur les 11 quartiers de la commune VI. La liste exhaustive des quartiers a été dressée, numérotée et un (1) quartier a été tiré au sort. C'est à partir de cette technique que le quartier de Sogoniko a été tiré.

Le deuxième degré : a été le choix des maisons.

Arrivés au niveau du quartier, les enquêteurs se sont rendus au marché de Sogoniko et ensuite ils ont fait tourner une bouteille dont l'ouverture a indiqué la direction à prendre. La première maison la plus proche a été visitée. Les autres maisons ont été choisies de proche en proche. Au niveau des maisons les mères d'enfants de 0 à 24 mois remplissant les critères d'inclusion ont été enquêtées. Dans une maison où il y avait plus de deux enfants un tirage aléatoire a été fait pour retenir deux enfants de 0 à 24 mois.

5.7. Taille de l'échantillon : La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de SCHWARTZ :

P. q

La taille minimale de l'échantillon $n = Z^2 \frac{pq}{i^2}$ -----

Avec :

Un écart réduit : $Z_\alpha = 1,96$ correspondant au risque α de 5%

Une précision : $i = 5\%$

Selon EDSM-IV, la proportion des nourrissons de 0 à 6 mois exclusivement allaités au sein est de 38% d'où $p = 38\%$

$q = 1 - p = 62\%$

$0,38 \times 0,62$

La taille de l'échantillon $n = \frac{(1,96)^2 \times 0,38 \times 0,62}{(0,05)^2} = 362$

En prenant 10% comme taux de non réponse possible, nous avons comme taille de l'échantillon $n = 399$ (400)

5.8. Variables : Elles comprennent :

5.8.1. Variables liées à la mère

a) Caractéristiques sociodémographiques :

Age, sexe, Parité, Nombre d'enfants, Ethnie, Niveau d'instruction, Profession.

b) 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 (durée AME) ;
- les raisons d'administration du colostrum ;
- 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 ;
- Durée de l'AM.

c) Pratiques

- Pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif ;
- le délai de mise au sein après l'accouchement ;
- Nombre de tétées par jour ;
- Administration de colostrum ;
- Administration d'autres aliments ;
- Type d'allaitement après six mois ;
- Raison du choix du mode alimentation du nourrisson.

5.12.2. Variables liées à l'enfant

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

5.12.3. Variables liées au père

- Profession ;
- Avis sur l'Allaitement Maternel Exclusif.

5.12.4. Variables liés à l'environnement

- Causes d'introduction d'autres aliments ;
- Obstacles perçus au cours de l'allaitement exclusif ;
- Facteurs d'incitation à l'allaitement.

5.9. Technique et outil de collecte

Nous avons utilisé comme technique, l'administration de questionnaire.

L'outil de collecte des données a été un questionnaire adressé aux mères d'enfants de 0 à 24 mois.

5.10. Ethique

Les autorisations de collecte des données ont été adressées aux autorités de la commune VI et de Sogoniko.

Une séance de sensibilisation des autorités a été faite sur les raisons qui ont motivé le choix de l'étude et de leur localité.

Les mères enquêtées ont été informées sur le but de l'enquête et sur la manière de procéder.

Au cours de notre étude le consentement éclairé des enquêtées a été demandé et des dispositions ont été prises pour éviter tout incident pouvant survenir entre la communauté et les enquêteurs.

Le traitement des données a été fait de façon anonyme.

Les autorités seront informées des résultats obtenus.

5.11. Traitement et analyse des données

Le dépouillement après la collecte des données a été fait manuellement.

La saisie des données et l'analyse ont été faites avec le logiciel EPI info 2000 versions 6.04.

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 $p \leq 0,05$.

Ainsi nous avons croisés la pratique de l'AME avec les variables suivantes : l'âge, la parité, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, la profession, AME après 6 mois et âge, le délai de mise au sein et le niveau d'instruction ;

5.12. Difficultés rencontrées

Dans notre enquête nous avons eu quelques difficultés qu'il serait utile de noter :

- La confusion entre nous et les agents recenseurs ou vaccinateurs,
- De la méfiance de la part de certaines mères en qui concerne l'objectif de notre étude ;
- Et enfin l'indisponibilité de certaines mères au moment de l'enquête.

RESULTATS

VI. RESULTATS

L'enquête a duré trois mois et a concerné 400 mères d'enfants de 0 à 24 mois dans le quartier de Sogoniko du 12 mai au 24 août 2009.

6.1. Caractéristiques sociodémographiques

a) Mères enquêtées

Tableau V : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon l'âge dans le quartier de Sogoniko du 12 mai au 24 août 2009.

Age (en année)	Fréquence	Pourcentage (%)
20-29 ans	202	50,5
30-39 ans	139	34,8
14-19 ans	53	13,2
40-49 ans	6	1,5
Total	400	100

Parmi les mères enquêtées, 50,5% avaient l'âge compris entre 20-29 ans.

L'âge minimal est de 14 ans et l'âge maximal de 49 ans.

Tableau VI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la parité dans le quartier de Sogoniko

Parité	Fréquence	Pourcentage (%)
Paucipare	150	37,5
Primipare	114	28,3
Multipare	97	24,1
Grande multipare	39	10,1
Total	400	100

Il y a 37,5% des enquêtées qui sont paucipares.

Tableau VII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon l'ethnie.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage (%)
Bambara	173	43,2
Peulh	82	20,5
Malinké	42	10,4
Soninké	32	8,0
Sonrhäi	22	5,3
Dogon	15	3,3
Senoufo	12	3,0
Minianka	5	1,2
Autres	22	5,1
Total	400	100

Parmi les enquêtées, l'ethnie bambara est la plus représentée avec 43,2% suivie des peulhs avec 20,5%.

Tableau VIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage (%)
Mariée	361	90,3
Célibataire	33	8,3
Divorcée	5	1,2
Veuve	1	0,2
Total	400	100

Dans notre échantillon, 90,3% des enquêtées étaient mariées.

Tableau IX : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage(%)
Secondaire	140	35
Non scolarisée	128	32
Primaire	102	25,5
Supérieur	30	7,5
Total	400	100

Parmi les mères enquêtées, 35% sont du niveau secondaire.

Tableau X : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage(%)
Ménagère	208	52
Fonctionnaire	64	16,0
Etudiante	62	15,5
Commerçante	55	13,7
Autres	11	2,8
Total	400	100

Dans notre échantillon, les ménagères sont plus représentées avec 52% suivie des fonctionnaires avec 16%.

b) Enfants des mères enquêtées

Tableau XI : Répartition des enfants selon l'âge

Tranche d'âge(en mois)	Fréquence	Pourcentage(%)
0-14 mois	260	64,6
15-19 mois	101	25,2
20-24 mois	40	10,2
Total	400	100

La tranche d'âge 10-14 mois est majoritaire avec **64,6 %** dans notre échantillon

Tableau XII : Répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage(%)
Masculin	237	59,2
Féminin	163	40,8
Total	400	100

Le sexe masculin était majoritaire avec 59%. Le sexe ratio était de **1,45**

Tableau XIII : Répartition des enfants selon leur état de santé à la naissance

Etat de santé à la naissance	Fréquence	Pourcentage(%)
Sain	364	91
Malade	36	9
Total	400	100

Il y a 91% d'enfants de mères enquêtées qui étaient sains à la naissance.

c) Conjointes des mères enquêtées

Tableau XIV : Répartition des conjoints selon la profession

PROFESSION	Fréquence	Pourcentage(%)
Fonctionnaire	105	26,3
Commerçant	96	24
Artisan	75	18,8
Chauffeur	51	12,8
Ouvrier	37	9,3
Cultivateur	18	4,5
Elève/étudiant	11	2,7
Autres	7	1,6
Total	400	100

Les fonctionnaires sont majoritaires avec **26,3%**.

6.2. Fréquence de l'allaitement maternel exclusif

Tableau XV : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.

Pratique de l'AME	Fréquence	Pourcentage(%)
Non	245	61,2
Oui	155	38,8
Total	400	100

Parmi les mères enquêtées ; 38,8% ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois.

6.3. Connaissance des mères sur l'allaitement exclusif et sources d'information

Dans cette partie, nous allons présenter les connaissances des mères sur l'AME et les sources d'information.

Tableau XVI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon les raisons de la pratique de l'allaitement maternel exclusif

Raisons	Fréquence	Pourcentage(%)
Bonne santé de l'enfant	65	32,2
Equilibre nutritionnel	51	25,2
Suffisant	21	10,4
Hygiénique	16	7,9
Ne sait pas	15	7,4
Choix du mari	13	6,4
Economique	7	3,6
Autres *	14	6,9

*NB : Sur avis du médecin : 4 ; Enfant refuse autres aliments : 5 ; Par plaisir :

3 ; pensent meilleur : 2

La bonne santé de l'enfant a été la raison la plus évoquée par les mères avec 32,2%.

Tableau XVII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon les avantages de l'allaitement maternel exclusif

Avantages	Fréquence	Pourcentage(%)
Protection contre les maladies	293	31,8
Croissance de l'enfant	225	24,4
Renforce amour mère/enfant	171	18,5
Adapté au bébé	96	10,4
Rassure la mère	70	7,6
Economique	16	1,7
Réduction taux de fécondité	11	1,2
Facile à digérer	9	1
Ne sait pas	25	2,7
Autres	6	0,7

Selon les enquêtées ; 31,8% ont cité la protection contre les maladies comme avantage.

Tableau XVIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon l'âge de la diversification alimentaire.

Age	Fréquence	Pourcentage(%)
< 4 mois	1	0,3
4-6 mois	4	1
≥ 6 mois	367	91,6
Ne sait pas	28	7,1
Total	400	100

Il y a 91,6% des mères qui pensent qu'il faut diversifier l'alimentation de l'enfant après six mois.

Tableau XIX : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon les raisons d'administration du colostrum

Raisons	Fréquence	Pourcentage(%)
Bon pour la santé de l'enfant	339	78,1
Par conseil de l'agent de santé	69	15,9
Ne sait pas	26	6

Il y a 78,1% des femmes qui ont affirmé que le colostrum est bon pour la santé de l'enfant.

Tableau XX : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon l'information sur l'allaitement maternel exclusif après accouchement.

Information Sur L'AME	Fréquence	Pourcentage(%)
Oui	240	60
Non	160	40
Total	400	100

Les mères informées sur l'AME après l'accouchement prédominaient avec 60%.

Le tableau XXI présente les sources d'information chez les mères d'enfants de 0 à 24 mois ayant reçu l'information sur l'allaitement maternel exclusif après accouchement (**n=240**)

Tableau XXI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la source d'information après l'accouchement.

Source d'information	Fréquence	Pourcentage (%)
Sage femme	196	81,7
Médecin	25	10,4
Infirmier	14	5,8
Autres	5	2,1
Total	240	100

Dans notre étude ; 81,7% des enquêtées affirment que la sage femme était leur principale source d'information après l'accouchement.

Tableau XXII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la source d'information sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif.

Source d'information sur l'AME	Fréquence n=602	Pourcentage(%)
A travers les medias	273	45,3
IEC au centre de santé	249	41,3
Mari	33	5,5
Agent de santé	33	5,5
Entourage	11	2
Autres	3	0,4

Selon les enquêtées, les medias constituent la source d'information la plus représentée avec 45, 3%, suivis des IEC avec 41,3%.

Tableau XXIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées en fonction du moment d'information sur l'AME

Moment d'information	Fréquence	Pourcentage(%)
Période post natale	208	86,7
Au cours des CPN	32	13,3
Total	240	100

Parmi les enquêtées, 86,7% ont affirmé avoir reçu l'information pendant la période post-natale.

6.4. Les attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif

Tableau XXIV : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon le délai de mise au sein après l'accouchement

Délai de mise au sein	Fréquence	Pourcentage(%)
Aussitôt après accouchement	238	59,5
Entre 1 ^{ère} et 8 ^{ème} heure	136	34
Plus de 8 heures	26	6,5
Total	400	100

Plus de la moitié des mères soit 59,5 % ont affirmé avoir mis leur bébé au sein aussitôt après l'accouchement.

Tableau XXV : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la fréquence des tétées par jour.

Fréquence de la tétée/jour	Fréquence	Pourcentage(%)
A la demande	223	55,8
Plusieurs fois	104	26,0
5-10 fois	34	8,7
11-14 fois	18	4,6
Ne sait pas	21	5,3
Total	400	100

Parmi les enquêtées, 55,8% ont affirmé qu'elles ont allaité leur bébé à la demande.

Tableau XXVI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon l'administration du colostrum à l'enfant

Administration du colostrum	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	397	99,2
Non	3	0,8
Total	400	100

Dans l'échantillon, 99,2% des mères ont donné le colostrum à l'enfant.

Tableau XXVII : Répartition des femmes selon celles qui continuent de donner exclusivement le sein après six mois.

Allaitement maternel après six mois	Fréquence	Pourcentage(%)
Non	125	92,5
Oui	30	7,5
Total	155	100

Dans notre échantillon ; 7,5% des mères continuent de donner le sein après six mois.

Tableau XXVIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon l'âge d'ablactation.

Age (mois) d'ablactation	Fréquence	Pourcentage(%)
3-11 mois	4	1
12-24 mois	328	82
Plus de 24 mois	8	2
Ne sait pas	60	15
Total	400	100

Dans l'étude réalisée ; 82% des mères enquêtées pensent qu'il faut arrêter l'allaitement maternel entre 12 et 24 mois. La durée moyenne de l'allaitement est de 18 mois.

Tableau XXIX : Répartition des mères qui continuent de donner exclusivement le sein après six mois selon leurs opinions sur l'âge de la diversification alimentaire.

Age AME	Fréquence	Pourcentage(%)
6-7 mois	2	6,7
8-12 mois	20	66,6
13-17 mois	2	6,7
18-24 mois	6	20
Total	30	100

Dans notre étude ; 66,6% des mères enquêtées qui pratiquent l'AME pensent le continuer jusqu'à 12mois.

Tableau XXX : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon l'aliment donné à l'enfant en plus du sein

Aliments	Fréquence	Pourcentage(%)
Eau	188	42,0
Lait artificiel	146	32,6
Bouillie	63	14,1
Tisane	46	10,3
Autres	5	1,1

Il y a **42%** des enquêtées qui ont cité l'eau comme l'aliment donné à l'enfant en plus du sein, suivi du lait artificiel avec 32,6%.

Tableau XXXI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon le type d'allaitement après six mois.

Type d'allaitement	Fréquence	Pourcentage(%)
Mixte	327	81,8
Artificiel	43	10,7
exclusif	30	7,5
Total	400	100

Dans l'échantillon, **81,8%** pensent qu'il faut pratiquer l'allaitement mixte après six mois.

Tableau XXXII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon les obstacles perçus au cours de l'allaitement

Obstacles	Fréquence	Pourcentage(%)
Profession	78	31,8
Insuffisance de sécrétion lactée	65	26,6
Mère Malade et ou sous traitement	29	11,8
Maladie de l'enfant	25	10,3
Douleur des seins	20	8,2
Lait de mauvaise qualité	13	5,3
Prématurité	5	2
Esthétique des seins	4	1,6
Préfère lait artificiel	2	0,8
Autres	4	1,6
Total	245	100

La profession a été la raison la plus évoquée par les mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées comme obstacle à l'AME.

Tableau XXXIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon les facteurs d'incitation à l'allaitement.

Facteurs d'incitation	Fréquence	Pourcentage (%)
Entourage	191	37,5
Conjoint	134	26,3
Personnel	91	17,8
Aucun	94	18,4

L'entourage est le plus représenté avec 37,5%.

6.5. Les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif

Pour vérifier le lien entre les facteurs qui influencent l'AME, nous avons utilisé le test statistique de Chi carré de Pearson.

Tableau XXXIV : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la pratique de l'allaitement exclusif en fonction de l'âge.

Age	Allaitement maternel exclusif			
	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
14-20 ans	21	13,5	32	13,5
20-29 ans	92	59,4	110	44,9
30-39 ans	37	23,9	102	41,6
40-40 ans	5	3,2	1	0,04
Total	155	100	245	100

Les mères de la tranche d'âge 20-29 ans pratiquaient plus l'allaitement maternel exclusif dans notre échantillon par rapport aux autres tranches d'âge.

$$\chi^2=17,59 \quad \text{ddl} = 3 \quad p=0,00053$$

La différence est statistiquement significative.

Tableau XXXV : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la parité.

Parité	Allaitement exclusif			
	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Primipare	50	32,3	64	26,1
Multipare	44	28,4	85	34,7
Paucipare	39	25,2	41	16,8
Grande multipare	22	14,2	55	22,4
Total	155	100	245	100

Les primipares sont majoritaires avec 32,3%.

$$\chi^2=9,16 \quad \text{ddl}=3 \quad \text{p}=0,027$$

La différence est statistiquement significative.

Tableau XXXVI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du statut matrimonial.

Statut matrimonial	Allaitement maternel exclusif			
	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Mariée	142	91,6	219	89,6
Célibataire	13	8,4	20	8,4
Divorcée	0	0	5	2
Veuve	0	0	1	0,04
Total	155	100	245	100

Les femmes mariées ont été les plus nombreuses à pratiquer l'AME avec 91,6%

$$\chi^2=3,85 \quad \text{ddl}=3 \quad \text{p}=0,277$$

La différence n'était pas statistiquement significative

Tableau XXXVII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Allaitement maternel exclusif			
	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Non scolarisée	71	45,8	57	23,2
Primaire	55	35,6	47	19,3
Secondaire	21	13,5	119	48,6
Supérieur	8	5,1	22	8,9
Total	155	100	245	100

Les femmes non scolarisées représentent 45,8 % de l'échantillon.

$$\chi^2=60,22 \quad \text{ddl}=4 \quad p=10^{-8}$$

La différence était statistiquement significative.

Tableau XXXVIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction de la profession.

Profession	Allaitement maternel exclusif			
	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Ménagère	113	72,9	95	38,8
Commerçante	18	11,6	37	15,1
Etudiante /élève	10	6,4	52	21,2
Fonctionnaire	8	5,2	56	22,9
Autres*	6	3,9	5	2
Total	155	100	245	100

*NB : aide ménagère : 4, Artisane : 3, Coiffeuse : 1, Couturière : 2, Hôtesse : 1

Les ménagères pratiquaient plus l'allaitement maternel exclusif (72,9%) par rapport aux autres professions.

$$\chi^2=54,25 \quad \text{ddl}=3 \quad p=10^{-8}$$

La différence était statistiquement significative.

Tableau XXXIX : Répartition des enfants selon le type d'allaitement après six mois en fonction de l'âge des enfants.

Age (mois)	Allaitement mixte		Allaitement artificiel	
	Effectif	%	Effectif	%
< 4 mois	38	11,6	6	14
4-6 mois	33	10,1	2	4,7
> 6 mois	256	78,3	35	81,3
Total	327	100	43	100

L'Allaitement mixte et artificiel étaient prédominants dans la tranche d'âges > 6 mois, la différence n'est pas statistiquement significative.

$$\chi^2=1,41 \quad \text{ddl}=2 \quad p=0,49$$

Tableau XXXX : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon sur la poursuite de l'AME exclusif au-delà de six mois en fonction de l'âge.

Age	Poursuite AME après six mois			
	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
14-20 ans	8	26,6	45	12,2
20-29 ans	11	36,7	191	51,6
30-39 ans	11	36,7	128	34,6
40-49 ans	0	0	6	1,6
Total	30	100	370	100

Les tranches d'âges 20-29 ans et 30-40 ans ont affirmé vouloir poursuivre l'AME au-delà de six à **36,7%**

La différence n'est pas statistiquement significative.

$$\chi^2=6,16 \quad \text{ddl}=3 \quad p=0,104$$

Tableau XXXXI : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon le type d'allaitement en fonction de l'âge après six mois.

Age	Allaitement mixte		Allaitement artificiel	
	Effectif	%	Effectif	%
14-20 ans	53	16,2	0	0
20-29 ans	150	45,9	22	51,2
30-39 ans	118	36,1	21	48,8
40-49 ans	6	1,8	0	0
Total	327	100	43	100

L'allaitement mixte et artificiel étaient plus pratiqués dans la tranche d'âge 20-29 ans.

$$\chi^2=9,63 \quad \text{ddl}=3 \quad p=0,021$$

La différence était statistiquement significative.

Tableau XXXXII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon le type d'allaitement après six mois en fonction de la profession.

Profession	Allaitement mixte		Allaitement artificiel	
	Effectif	%	Effectif	%
Ménagère	161	49,2	17	39,5
Etudiante	53	16,2	9	20,9
Fonctionnaire	53	16,2	11	25,6
Commerçante	49	15	6	14
Autres	11	3,4	0	0
Total	327	100	43	100

Les ménagères pratiquaient plus l'allaitement mixte par rapport aux autres catégories socio professionnelles

La différence n'est pas statistiquement significative.

$$\chi^2=3,08 \quad \text{ddl}=3 \quad p=0,37$$

Tableau XXXXIII : Répartition des mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées selon le délai de mise au sein en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Délai de mise au sein					
	Aussitôt après accouchement		Entre 1 ^{ère} et 8 ^{ème} heure		Plus de 8 heures	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Secondaire	83	34,9	49	36	6	23,1
Non scolarisée	78	32,8	41	30,1	9	34,6
Primaire	60	25,2	35	25,7	9	34,6
Supérieur	17	7,1	11	8,2	2	7,7
Total	238	100	136	100	26	100

Les mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées du niveau secondaire ont donné le sein aussitôt après l'accouchement avec 34,9%.

La différence n'est pas statistiquement significative.

$$\chi^2=1,99 \quad \text{ddl}=3 \quad \text{p}=0,920$$

DISCUSSIONS

VII. DISCUSSIONS

La discussion des résultats de notre étude est développée autour des points suivants :

1. l'atteinte des objectifs ;
2. la qualité et la validité des résultats ;
3. la comparaison des résultats avec ceux des autres auteurs par rapport aux points suivants :
 - la fréquence de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 24 mois à Sogoniko en commune VI du district de Bamako en 2009 ;
 - les connaissances des mères d'enfants de 0 à 24 mois sur l'allaitement maternel exclusif à Sogoniko en commune VI du district de Bamako en 2009 ;
 - les attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif ;
 - les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif ;

6-1 DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Nous avons prévu dans le protocole de notre étude un objectif général qui est d'étudier les connaissances, les attitudes et pratiques des mères sur l'allaitement maternel exclusif.

A cet effet, nous avons formulé des objectifs spécifiques qui ont permis d'étudier les connaissances, attitudes et pratiques des mères sur l'allaitement maternel exclusif.

Au terme de l'étude, la fréquence de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 24 mois à Sogoniko en commune VI du district de Bamako en 2009 a été obtenue ; la connaissance des mères d'enfants de 0 à 24 mois sur l'allaitement maternel exclusif a été évaluée ; les attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif ont été décrites ; les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif ont été identifiés.

6.2 DE LA QUALITE ET DE LA VALIDITE DES RESULTATS

L'échantillon des enfants de 0 à 24 mois sous allaitement maternel exclusif qui constituent notre population cible primaire, a été obtenu par la méthode probabiliste avec la technique de sondage à 2 degrés.

Afin de minimiser les éventuels biais de sélection et d'information qui pourront y advenir, les agents de santé ont été choisis comme enquêteurs à cause de leur expérience. Ensuite, ils ont été formés sur l'administration du questionnaire, sur la définition opératoire des concepts.

Le questionnaire a été pré testé et amendé avant l'enquête proprement dite.

6.3 DE LA COMPARAISON DES RESULTATS AVEC CEUX DES AUTRES AUTEURS

6.3.1 Caractéristiques socio démographique des mères enquêtées

- **Agés et situation matrimoniale :** La majorité des mères enquêtées soit 50,4% avaient l'âge compris entre 20-29 ans avec des extrêmes allant de 14 ans à 49 ans.

Ces résultats sont concordants avec ceux de SIDIBE Mariam Koné et de A. Goïta qui ont eu la même tranche d'âge comme majoritaire.

Dans notre échantillon, il y a 90,3% des enquêtées qui étaient mariées.

- **Profession et niveau d'instruction :** Il y a 52% des mères enquêtées qui étaient des ménagères, suivies des fonctionnaires avec 16% ;

Le taux de scolarisation était de et 35% étaient du niveau secondaire.

Ces résultats sont différents de ceux obtenus SIMPARA BAFO qui a trouvé 52,3% des mères scolarisées et 76,9% étaient ménagères.

- **Parité et ethnie :** Il y a 37,5% des enquêtées qui était paucipares et l'ethnie bambara était la plus représentée avec 43,2%.

6.3.2. Caractéristiques socio démographiques des enfants des mères enquêtées :

- **Age et sexe :** La tranche d'âge de 10-14 mois était majoritaire avec **27%** dans notre échantillon et 59% des enfants étaient du sexe masculin avec un sexe ratio de 1,45.
- **Etat de santé à la naissance :** la majorité des enfants soit 91% étaient normaux à la naissance.

6.3.3. La fréquence de l'AME :

L'étude a révélé que la fréquence de l'AME jusqu'à six mois était de 38,8%. Ce résultat est différent de ceux obtenus par A. Goïta (11,07%), de SIMPARA Bafo (24,1%) et de SIDIBE Mariam Koné (31,3%).

En revanche ce taux est proche de celui de l'EDS IV qui est de 38% au niveau national.

Ce taux d'allaitement maternel exclusif pourrait s'expliquer par :

- l'activité professionnelle des femmes ;
- le faible niveau de connaissance des femmes sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif ;
- et le manque de sensibilisation à grande échelle sur l'importance de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois.

6.3.4. Connaissances des mères sur l'AME

- **Raisons de la pratique de l'AME et avantages :** dans notre étude, moins de la moitié des enquêtées soit 32,2% ont cité comme raison de cette pratique, la bonne santé de l'enfant. Il y a 31,8% qui ont cité comme avantage la protection contre les maladies majoritaires.

Dans l'étude de SIMPARA BAFO ces mêmes avantages ont été cités mais avec des proportions différentes : 19,7% pour l'avantage nutritionnel et 15,7% pour la protection contre les maladies ou infections.

Ces différentes raisons pourraient s'expliquer par le fait que la plupart des mères interrogées pensent que le lait maternel est synonyme de protection de l'enfant contre les maladies.

➤ **Age et introduction d'autres aliments :** la majorité des enquêtées soit 91,6% pensent qu'il faut diversifier l'alimentation de l'enfant après six mois et 7,1% ne connaissent pas l'âge de la diversification.

➤ **Raisons de l'administration du colostrum :** Il y a 99,2% des mères enquêtées qui ont affirmé avoir donné le colostrum à l'enfant et 78,1% d'entre elles ont évoqué la bonne santé de l'enfant comme principale raison de cette pratique.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des mères enquêtées ont mis leur enfant au sein immédiatement après la naissance.

Une étude réalisée en Septembre 2008 par A. J. Abdul Ameer sur l'évaluation de 3413 mères iraqiennes sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière d'allaitement au sein a révélé que 92,9 % pensaient que le colostrum était bon pour leur bébé.

➤ **Informations sur l'AME après accouchement et les sources d'information :** il y a 60% des mères enquêtées qui ont déclaré avoir reçu de l'information sur l'AME après l'accouchement et parmi les sources d'information, les sages femmes étaient citées majoritairement avec 81,7%. La période post natale a été citée par 86,7% comme moment d'information. Par contre la source d'information sur les avantages de l'allaitement était représentée en premier par les medias chez 45,3% des mères enquêtées.

Ce phénomène pourrait s'expliquer par une implication plus active des agents de santé dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif et le fait que les sages femmes soient majoritairement citées comme source d'information après l'accouchement serait dû au fait qu'elles font le grand nombre de CPN et d'accouchements.

Selon une étude réalisée de manière conjointe par Le Service De Protection de la Santé De L'enfant et l'IFCS de Rabat, la source d'information concernant l'allaitement maternel était représentée essentiellement par l'entourage immédiat.

6.3.5. Les attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif :

- **Pratique de l'AM :** Dans notre étude, 89,3% des mères enquêtées affirment avoir pratiqué l'AM jusqu'entre 12 et 24 mois avec une moyenne de 18 mois.
- **Délai de mise au sein :** Plus de la moitié des mères soit 59,5 ont mis leur bébé au sein aussitôt après l'accouchement.

Ce résultat est proche de celui obtenu par l'EDSIV qui évoque que 59% des mères débutent l'allaitement l'heure qui suit la naissance dans le district de Bamako, mais différent de ceux obtenus dans la région de Gao et de Kidal avec une proportion respective de 84,2% , 76,7% et aussi à Kayes qui est de 30% et 31,5% à Sikasso.

- **Fréquence des tétées/jour et aliments donnés en plus du sein :** Parmi les enquêtées, 55,8% ont affirmé qu'elles ont allaité leur bébé à la demande.

Ce résultat est différent de celui obtenu par EDS VI qui trouve que les enfants ont été allaités au moins six fois ou plus par jour. L'aliment le plus donné à l'enfant était l'eau avec 42%.

En outre selon toujours les données de l'étude réalisée en Irak par A. J. Abdul Ameer, 64,6 % des mères ont allaité leur enfant à la demande.

- **Type d'allaitement après six mois :** Dans l'échantillon, 81,8% ont affirmé avoir pratiqué l'allaitement mixte après six mois ; 7,5% disent vouloir continuer L'AME et l'AA était de 10,7%.

- **Age d'ablactation et durée moyenne de l'AM :** Dans notre étude, 82% des mères enquêtées pensent qu'il faut arrêter l'allaitement maternel entre 12 et 24 mois. La durée moyenne de l'allaitement est de 18 mois.

6.3.6. Les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif

- **Les obstacles perçus au cours de l'allaitement :** La profession a été la raison la plus évoquée par les mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées comme obstacle à l'AME.

Au Maroc selon les enquêtes nationales sur la population et la santé ENPS 1997, l'activité professionnelle constitue en premier un obstacle à la bonne conduite de l'allaitement maternel puisque 87,6% de femmes au foyer pratiquent l'allaitement maternel contre 44% de celles exerçant une activité professionnelle à l'extérieur.

➤ **Les facteurs d'incitation à l'allaitement :** L'entourage est le plus représenté avec **37,5%**.

➤ **Allaitement Exclusif et âge de la mère :**

Le lien entre la pratique de l'AME et l'âge de la mère est statistiquement significatif ($P < 0,00053$).

Les mères de la tranche d'âge 20-29 ans pratiquaient plus l'allaitement maternel exclusif dans notre échantillon par rapport aux autres tranches d'âge. La différence est statistiquement significative ($p=0,00053$).

Cela s'explique par le fait qu'elles étaient majoritaires dans notre enquête.

➤ **Allaitement Maternel Exclusif et Parité :**

L'étude a révélé un lien statistiquement significatif entre la pratique de l'AME et la parité ($p < 0,027$).

Les primipares sont majoritaires avec 32,3%. La différence est statistiquement significative ($p=0,027$).

Dans notre étude nous n'avons pas eu une relation qui explique la prédominance de la pratique de l'AME chez les primipares.

➤ **Allaitement exclusif et statut matrimonial :** Les femmes mariées ont été les plus nombreuses à pratiquer l'AME avec 91,6%. La différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,277$).

Cela peut s'expliquer par le fait que 90,3% des mères enquêtées étaient mariées. Le lien entre la pratique de l'AME et le statut matrimonial n'est pas statistiquement significatif ($p=0,277$).

➤ **Allaitement exclusif et niveau d'instruction :** Les femmes non scolarisées

représentent **45,8** % de l'échantillon. La différence était statistiquement significative ($p=10^{-8}$).

Le lien entre la pratique de l'AME et le niveau d'instruction est statistiquement significatif ($p=10^{-8}$).

Ceci pourrait être dû au fait que les femmes non scolarisées étaient moins aptes à exercer une activité professionnelle et donc moins compétitives sur le marché du travail.

➤ **Allaitement exclusif et profession :** Les ménagères pratiquaient plus l'allaitement maternel exclusif (**72,9%**) par rapport aux autres professions. La différence était statistiquement significative ($p=10^{-8}$).

Le lien entre la pratique de l'AME et la profession est statistiquement significatif ($p=10^{-8}$).

Cela peut s'expliquer par le fait que la profession était le principal obstacle à la pratique de l'AME.

➤ **Type d'allaitement après six mois en fonction de l'âge de la mère :** L'allaitement mixte et artificiel était plus pratiqué dans la tranche d'âge 20-29 ans. Cette différence était statistiquement significative ($p=0,021$).

➤ **Le délai de mise au sein en fonction du niveau d'instruction :** Les mères d'enfants de 0 à 24 mois enquêtées du niveau secondaire ont donné le sein aussitôt après l'accouchement avec 34,9% . La différence n'est pas statistiquement significative avec $p=0,920$

➤ **Le type d'allaitement après six mois en fonction de la profession :** Les ménagères pratiquaient plus l'allaitement mixte par rapport aux autres catégories socio professionnelles. La différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,37$).

Le lien entre le type d'allaitement après six mois et la profession n'est pas statistiquement significatif ($p=0,37$).

➤ **La poursuite d'Allaitement Maternel Exclusif au-delà de six mois en fonction de l'âge :** Les tranches d'âges 20-29 ans et 30-40 ans ont affirmé vouloir poursuivre l'AME au-delà de six mois à **36,7%**.

La différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,104$).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VIII. CONCLUSION

Bien que l'AME soit une pratique universelle et soutenue par tous, sa situation n'est guère meilleure au regard de nombreux efforts et ressources mobilisés en sa faveur par les différentes institutions nationales ou internationales qui oeuvrent pour la survie de l'enfant.

Notre étude a concerné 400 mères d'enfants de 0 à 24 mois, elle s'est déroulée sur une période de 6 mois environ allant du 12 mai 2009 au 24 novembre 2010 dans le quartier de Sogoniko.

Les causes du déclin de l'AME semblent être le résultat de différents facteurs intriqués qui interviennent le plus souvent simultanément : sociales, économiques et culturel.

Les résultats de l'enquête nous ont permis de dégager quelques remarques :

- L'AME n'est pratiqué que par une faible proportion des mères enquêtées (38,8%). Ce phénomène est lié d'une part aux attitudes et pratiques de certaines mères qui donnent d'autres boissons (eau, tisanes...) aux nourrissons pour différentes raisons (profession, hypogalactie, maladies de l'enfant etc.).
- L'activité professionnelle des mères interrogées constitue le principal obstacle à l'accomplissement de l'AME.
- Le niveau d'instruction n'a pas eu d'influence sur la pratique de l'AME, ce sont plutôt les femmes non scolarisées qui ont été les plus nombreuses à pratiquer l'AME.
- Plus de la moitié des mères enquêtées ont donné le sein à l'enfant immédiatement après l'accouchement et allaité leur enfant à la demande comme le recommande l'OMS.
- Toutes les mères enquêtées connaissent l'avantage du colostrum et l'ont donné à leur enfant.
- L'entourage immédiat des mères constitue la source de motivation pour la pratique de l'AME.

- Plus de la moitié des mères enquêtées disent avoir reçu de l'information sur l'AME juste après l'accouchement et cette source d'information était en totalité composée de sages femmes
- Les médias constituent la principale source d'information sur les avantages de l'AME.
- Presque toutes les mères enquêtées (91,6%) avaient une connaissance théorique sur l'âge de la diversification.

L'allaitement maternel est une pratique intime, dont le choix revient aux mères, une pratique culturelle à replacer dans l'histoire de notre société.

C'est un droit à protéger et à encourager. Il n'est bien sûr pas question de culpabiliser les mères. En revanche, il faut tout faire pour que toutes les femmes puissent allaiter dans des conditions satisfaisantes pour elles-mêmes et leur enfant.

Pour cela, les femmes doivent être informées et aidées, dans le respect scrupuleux de leurs convictions.

IX. RECOMMANDATIONS

Les grandes lignes des actions nécessaires au développement et à la promotion de l'allaitement maternel dans notre pays sont les suivantes :

Aux autorités sanitaires :

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

Aux personnels de santé :

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

Aux mères :

1. Respecter l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois puis l'introduction progressive d'autres aliments ;
2. Participer activement aux séances d'IEC ;
3. Et de rappeler que l'utilisation des biberons n'est pas recommandée en raison des risques de mauvaise stérilisation et de transmission possible

d'agents pathogènes, ce qui fait courir à l'enfant des risques accrus de maladies et de malnutrition.

X. BIBLIOGRAPHIE

1. OWEN GC, MARTIN RM, WHINCUP PH, SMITH GD, COOK DG.

Effect on infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005; 115:1367-77.

2. HARDER T, BERGMANN R, KALLISCHNIGG G, PLAGEMANN A.

Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2006; 163(9) :870-2.

3. OMS

54e Assemblée mondiale de la Santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. WHA 54.2, 18 mai 2001

(http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/fa54r2.pdf).

4. OMS/UNICEF

En faveur de l'allaitement maternel et de la survie de l'enfant.

Stratégie mondiale : l'allaitement maternel est essentiel a la survie de l'enfant

New York Mars 2004[mise a jour le 27/02/2009]

<url : <http://www.unicef.org> et www.who.int

5. BRANGER B, CEBRON M, PICHEROT G, DE CORNULIER M.

Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes.

Arch Pediatr 1998 ; 5 : 489-96.

6. ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDS IV)

Allaitement, état nutritionnel chapitre 11 Ministère de la santé.

Bamako Mali 2006 P157.

7. DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE (DNS)

Manuel du formateur en gestion de la lactation

Février 2006-page5

8. SAVAGE KING F. & BENOIST B :

Aider les mères à allaiter

OMS; WHO/CHD/96; WHO/AFRO/NUT/96.1

Genève 1996 P192.

9. VULGARUS MEDICAL

Sein : anatomie et physiologie

<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/sein-anatomie-physiologie-4205.html>

10. MEDISITE

Anatomie du sein

<http://www.medisite.fr/medisite/Anatomie-du-sein.html>. Mise à jour [09.03.05]

11. DADOUNE J.P. :

Histologie – Collection de la biologie à la clinique.

Paris : Flammarion (Médecine Science) 1990. P462.

12. GRABOWSKI T. :

Principe d'anatomie et de physiologie.

Deuxième édition française P1009-1011-1057-1058.

13. KEITA FATOUMATA D.

Problématique de l'allaitement maternel : cas a la PMI de KATI.

Thèse de pharmacie Bamako 2005-48pages

14. HOUEBINE L.M. :

Biologie de la lactation Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris),

Gynécologie/Obstétrique, 5-008-A-30, 1997, P190.

15. BELLINOT M.C., CACHIA H., MACHINOT S.:

Cahiers de puériculture. Diététique infantile

Masson 1986 P13-18.

16. 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.

17. INFO REPORTS :

Réponses aux questions sur l'allaitement : Guide à l'intention des prestataires de services. Mars 2006. N° 5 P2.

18. REVUE PRESCRIRE, n°297, juillet 2008

19. FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, SHANNON FT.

Early solid feeding and recurrent childhood eczema: a 10-year longitudinal study. Paediatrics 1990; 86: 541-546.

20. KAJOSAARI M, SAARINEN UM.

Prophylaxis of atopic disease by six months total solid food elimination.

Acta Paediatr Scand 1983; 72: 411-414.

21. ZEIGER RS, HELLER S, MELLON MH, FORSYTHE AB, O'CONNOR RD,

Hamburger RN et al. Effect of combined maternal and infant

Food-allergen avoidance on development of atopy in early Infancy: a randomized study. J Allergy Clin Immunol 1989; 84: 72-89.

22. ANAES.

Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant.

Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2002 (<http://www.anaes.fr>).

23. SOKOL E, AGUAYO VM, CLARK D.

Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre. 25 années d'application du Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. © UNICEF, Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2007.

24. GOITA AMINATA

Etude de la prévalence, connaissance, aptitude et pratique de l'allaitement maternel au sein à Bamako.

Thèse de médecine Bamako 1996-78pages.

25. KRAMER MS, KAKUMA R.

Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002; Issue 1. Art. No.: CD003517; DOI:10.1002/14651858.CD003517

26. SIMPARA BAFO

«Etude des pratiques d'allaitement maternel et de sevrage en milieu pédiatrique».

Thèse Médecine Bamako, 1998 N° 20.

27. SIDIBE MARIAM KONE.

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.

28. NAIMA LAMDOUAR BOUAZZAOU.

L'allaitement maternel au Maroc. IN Actes d'un Médecin Enseignant .Editions nouvelles, Rabat, 2002.

29. IBRAHIMA DIARRA

« Etude des modes d'allaitement et de sevrage des enfants de 0 à 24 mois dans la commune urbaine de Sikasso. »

Thèse Médecine Bamako, 2001.

30. TINA G. SANGHVI, PH. D

« Améliorer la santé de l'enfant à travers la nutrition ».

USAID/BASICS 1995.

31. A. BARKAT, A. LYAGHFOURI*, A. MDAGHRI ALAOU, N.

LAMDOUAR BOUAZZAOU

Service de Néonatalogie Centre National de Référence en Néonatalogie Hôpital d'Enfants Rabat.

*Direction de la Population, Ministère de la Santé - 15 juillet 2004

32. AKRE J.

« L'alimentation infantile : Base physiologique », Bulletin de l'Organisation Mondiale la Santé (OMS) 1989. »

33. BAMBERGER NICOLE

« Allaitiez votre bébé »

Edition Retz, Paris 1979.

34. UNICEF;

New York: Nutrition. Web site: <http://www.unicef.org/nutrition/index.html> (accessed on 17 August 2007).

35. A.JINAT, A. BELHAJ, F.Z CHOAYEB, F. DAHMI, A.LYAGHFOURI.

Perceptions, connaissances et attitudes des professionnels de santé en matière d'alimentation du nourrisson de moins d'un an. Enquête au près de 90 professionnels de santé. Mémoire de fin d'études du premier cycle des études paramédicales. Section infirmier polyvalent. 2004.

36. BODION C, BAVOUX F, WAROT D.

Médicaments et allaitement. Encycl. Méd. Chir. (Paris) Pédiatrie 4002 X50, 10 1990, 259-275.

37. A.J. Abdul Ameer, A-H.M. Al-Hadi, M. M. Abdullah.

Eastern Mediterranean Health Journal, September 2008.

38. OMS, UNICEF

Destination Santé SAS© 1996-2009

39. NESTLE :

Quelques dates clés de Nestlé.

http://www.nestle.ca/fr/our_company/facts/milestones/milestones.htm (accessed September 5, 2006).

40. ARSAN A. / VERMEIL G. / DARTOIS A.- M. /FRAYSSEIX M. :

Alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans 4^e édition Doin
Paris France (FR) 2003 P197.

41. Comite de nutrition de la société française de pédiatrie.

La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres...
Arch Pédiatr 2000 ; 7 : 1149-1153.

42. COLLETE CLARK

« Le livre de l'allaitement maternel Collection Intrinsèque »
Québec 1977.

43. D.S.F.C

Revue bibliographique sur l'allaitement maternel au Mali et évaluation de la situation de l'allaitement maternel dans le District de Bamako, 1993.

44. Groupe de travail pour la promotion de l'allaitement maternel dans le département du nord.

Dossier pour la promotion de l'allaitement maternel.

Arch Pediatr 2001 ; 8 : 865-874.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

Date de l'enquête : .../.../.../

Identification commune :

Quartier :

N°questionnaire :

Caractéristiques sociodémographiques (Mère et enfant)

Q1) Nom et prénom de la

mère :

Q2) Age en année :

Q3) Prénom et nom de l'enfant :

Q4) Age enfant : (Mois) Q4a) Sexe: (M/F)

Q5) Nombre enfants vivants : Q5a) Ethnie: (1=Bambara, 2=malinké 3=soninké
4=peulh, 5=sonrhaï, 6=dogon, 7=sénoufo, 8=Minianka, 9=autres)

Q6) Statut matrimonial : (1=célibataire, 2=marié, 3=divorcée, 4=veuve)

Q7) Niveau d'instruction : (1= primaire, 2=secondaire, 3=supérieur, 4=non
scolarisée, 5=alphabétisée)

Q8) Profession : (1=ménagère, 2=étudiante 3=commerçante, 4=fonctionnaire,
5=autres)

Q8a) Autres à préciser:

Q9) Lieu d'accouchement : (1=domicile, 2=centre de santé, 3=autres)

Q9a) Autres à préciser:

Q10)

Mode accouchement : (1=accouchement normal, 2=césarienne)

Q10a) l'Enfant était il malade à la naissance : oui non

Connaissance et Attitudes des mères dès l'Accouchement

Q11) Quand avez vous commencé à donner le sein à votre enfant :

1=aussitôt après accouchement

2=entre la 1^{ère} H et la 8^{ème} H

3=Plus de 8H

4=Autres

Q11a) Autres à préciser :

Q12) Combien de fois/jour donnez vous le sein au bébé ? :

1=moins de 10fois

2=plus de 10fois

3=à la demande

4=autres

Q12a) Autres à préciser:

Q13) Qu'avez vous fait du colostrum après accouchement ? :

1= donné à l'enfant

2= jeté

Q14) Qu'avez vous donné à votre bébé de 0 à 6 mois en plus du lait maternel ? :

Si oui quoi ?

Q14a) Eau :

Q14b) Tisane :

Q14c) Lait de vache :

Q14d) Bouillie :

Q14e) autres :

Si non

Q15) Pourquoi avez vous choisi l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ? :

- Q15a) pour équilibre nutritionnel :
- Q15b) pour éviter que l'enfant tombe malade :
- Q15c) parce que c est plus hygiénique :
- Q15d) économique :
- Q15e) parce que mon mari le préfère :
- Q15f) autres à préciser:.....

- Q16) Citer les avantages de l'allaitement maternel exclusif :
- Q16a) protection du nourrisson contre les maladies :
 - Q16b) adapté au bébé :
 - Q16c) renforcement lien amour et attachement entre mère/enfant :
 - Q16d) permet une bonne croissance enfant :
 - Q16e) rassure la maman :
 - Q16f) Economique :
 - Q16g) Réduction taux de fécondité :
 - Q16h) Facile à digérer :
 - Q16i) Ne sait pas :
 - Q16j) Autres à préciser :.....

Durée allaitement maternel

- Q17) A quel âge doit on commencer à donner autres aliments :
- 1=avant le 4^{ème} mois
 - 2=entre 4 et 6 mois
 - 3=Après 6 mois
 - 4=Ne sait pas
- Q18) Après 6 mois continuez vous a donner lait maternel exclusif : oui
non

- Q18a) si oui jusqu a quel age :.....(mois)
- Q18b) si non quel type allaitement préférez vous :
- 1=mixte
 - 2=artificiel

Information sur l'allaitement maternel exclusif et assistance aux séances d'IEC sur l'allaitement maternel

- Q19) A votre accouchement vous a-t-on informé de l'allaitement maternel exclusif : oui
Non
- Q19a) si oui par qui :
- 1=médecin
 - 2=sage femme
 - 3=infirmier
 - 4=autres
- Q19b) autres à préciser :.....
- Q20) Comment avez vous su les avantages de l'allaitement maternel exclusif ?
- Q20a) A travers les médias :
 - Q20b) Au cours d'une séance d'IEC :
 - Q20c) Le mari :
 - Q20d) Agent de santé :
 - Q20e) Ne sait pas:
 - Q20f) Autres à préciser:.....

Q21) A quel moment avez vous été informée sur l'allaitement maternel exclusif ?

Q21a) Au cours des CPN :

Q21b) Au cours de la période post-natale :

Q21c) Aucun :

Q21d) Autres à préciser:.....

Connaissance relative à la technique d'optimisation de la sécrétion lactée

Q22) qui s'occupe de votre enfant pendant votre absence :

1=mère

2=tante

3=soeur

4=enfant

5=aide ménagère

6=autre

Q22a) autres à préciser:.....

Q22b) Comment aliment-elle votre enfant :

1= votre lait maternel exclus

2= son lait maternel exclusif

3=lait artificiel

4=autres

Q22c) Autres à préciser:.....

Influence de l'environnement sur allaitement maternel exclusif

Q23) Qui vous a incité à allaiter ?

Q23a) conjoint :

Q23b) entourage :

Q23c) personnel de santé :

Q23d) aucune personne :

Q23e) autres à préciser :.....

Obstacles perçus à l'allaitement maternel

Q24) Qu'est ce qui vous a empêché d'allaiter votre enfant ?

Q24a) Maladie de l'enfant :

Q24b) Enfant prématuré :

Q24c) Seins douloureux :

Q24d) Pas assez de lait :

Q24e) Pour l'esthétique des sein :

Q24f) Mère malade et sous TTT med :

Q24g) Lait de mauvaise qualité :

Q24h) Lait artificiel meilleur :

Q24i) autres à préciser:.....

Conjoint

Q25) Profession du conjoint :

1=commerçante 2=cultivateur 3=artisan

4=fonctionnaire 5=chauffeur 6=élève

7=ouvrier 8=autres

Q25a) autres à préciser:.....

Q26) Accepte-t-il allaitement maternel exclusif : oui non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MARIKO

Prénom : Oumar

Titre : Etude 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.

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie.

Secteur d'intérêt : Santé publique ; Nutrition ; Pédiatrie

Résumé

L'allaitement maternel est le moyen le plus naturel et le plus adapté pour nourrir un enfant.

Les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif sont reconnus aussi bien au plan nutritionnel qu'au plan affectif. Il permet le développement harmonieux et l'épanouissement de l'enfant.

Si l'allaitement maternel est bénéfique pour tous les nouveau-nés, il est vital pour ceux des pays en développement ; et tous les efforts doivent être engagés pour le préserver.

L'étude a pour objectif de connaître la fréquence de l'allaitement maternel exclusif dans le quartier de Sogoniko, évaluer la connaissance des femmes sur l'allaitement maternel exclusif, décrire leurs attitudes et pratiques sur l'allaitement maternel exclusif, identifier les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif

Au terme de l'étude qui a durée huit mois et qui concerné 400 mères d'enfants de 0 à 24 mois dans le quartier de Sogoniko en commune VI du district de Bamako

La fréquence l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est de 38,8%.

La raison la plus évoquée par les mères pour la pratique l'allaitement maternel exclusif a été la bonne santé de l'enfant a été avec 32,2%.

Parmi les avantages les plus cités, ce sont : la protection contre les maladies la protection contre les maladies et la croissance de l'enfant.

Les medias constituent la source d'information la plus représentée avec 45,3%, suivis des IEC avec 41,3%.

Plus de la moitié des mères soit 59,5 ont affirmé avoir mis leur bébé au sein aussitôt après l'accouchement.

L'allaitement à la demande a été pratiqué dans 55,8% des cas.

La profession a été la raison la plus évoquée par les mères comme obstacle à l'AME.

L'entourage immédiat constitue la première source de motivation pour la continuation de l'AME avec 37,5%.

Le niveau d'instruction n'a pas eu d'influence sur l'allaitement maternel, ce sont plutôt les femmes non scolarisées qui ont le plus pratiqué l'allaitement maternel exclusif avec une différence statistiquement significative.

Mots clés : Allaitement maternel exclusif ,Attitudes et pratiques Connaissances

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !