

2019-04

Etude des connaissances, attitudes et pratiques des mères sur l'allaitement maternel. Etude réalisée au Centre de Médecine Communautaire du Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge à propos de 330 cas

Nimubona, Marie Rose

UB, Faculte de Médecine

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/131>

Téléchargé depuis le dépôt institutionnel officiel de l'Université du Burundi



FACULTE DE MEDECINE

ETUDE DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL. Etude réalisée au Centre de Médecine Communautaire du Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge à propos de 330 cas

Par :

NIMUBONA Marie Rose

Directeur de thèse :

Pr Pontien NDABASHINZE

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de Docteur en Médecine Générale

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE
(Année académique 2018-2019)**

I. BUREAU DECANAL

1. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Doyen
2. Pr Martin MANIRAKIZA : 1er Vice-Doyen
3. Dr Désiré NISUBIRE : 2ème Vice-Doyen

II. PROFESSEUR EMERITE

1. Pr Evariste NDABANEZE : Synthèse clinique et thérapeutique
2. Pr Gabriel NDAYISABA : Pathologie chirurgicale
3. Pr Richard KARAYUBA : Pathologie chirurgicale

III. Professeurs ordinaires

1. Pr Théodore NIYONGABO : PIP
2. Pr Léopold NZISABIRA : Neurologie
3. Pr Gaspard KAMAMFU : Pneumologie
4. Pr Aloys NIYONGABO : Biochimie structurale et métabolique
5. Pr Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie spéciale, Endocrinologie
6. Pr Rénovât NTAGIRABIRI : Gastro-entérologie, Hépatologie
7. Pr Elysée BARANSKA : Cardiologie
8. Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA : Hépatologie, Nutrition, Physiologie et Sémiologie digestive
9. Pr Déogratias NIYUNGEKO : Pédiatrie
10. Pr Gordien NGENDAKURIYO : O.R.L

IV. Professeurs ASSOCIES

1. Pr Salvator HARERIMANA : Obstétrique
2. Pr Serges BAHIMANGA : Pédiatrie
3. Pr Claudette NDAYIKUNDA : Hématologie F., Hématologie clinique,
Biochimie pathologique
4. Pr Hélène BUKURU : Pédiatrie

5. Pr Joseph NYANDWI : Néphrologie, Sémiologie et Physiologie
Néphrologique
6. Pr Sylvestre BAZIKAMWE : Gynécologie-obstétrique et soins
Maternels et infantiles
7. Pr J. Claude NIYONDIKO : Anatomie
8. Pr Eugène NDIRAHISHA : Endocrinologie, Physiologie et
Sémiologie Cardiaques
9. Pr François NDIKUMWENAYO : Physiologie, Education à la citoyenneté
10. Pr Patrice BARASUKANA : Neuro-Anatomie, Physiologie
neurologique, Sémiologie neurologique
11. Pr Sébastien MANIRAKIZA : Imagerie médicale
12. Pr Pontien NDABASHINZE : Pédiatrie
13. Pr Alexis SINZAKARAYE : Rhumatologie et Médecine physique et
de Réadaptation
14. Pr Déogratias NTUKAMAZINA : Gynécologie
15. Pr Martin MANIRAKIZA : PIP, Endocrinologie
16. Pr Stanislas HARAKANDI : Soins palliatifs, Anesthésie-réanimation

V. CHARGES DE COURS

1. Dr. Levis KANDEKE : Ophtalmologie
2. Dr Louis NGENDAHOYO : Anatomopathologie
3. Dr Emmanuel GIKORO : Imagerie médicale
4. Dr Léonard BIVAHAGUMYE : Anatomie Tête et Cou, Sémiologie
Chirurgicale
5. Dr Hermann NIMPAYE : Parasitologie, Entomologie médicale
6. Dr Désiré NISUBIRE : Biologie moléculaire, Cytologie et
Génétique
7. Dr Gilbert NDAYIZEYE : Anatomie
8. Dr AMANI Moïbéri : Sémiologie médicale et Physiologie
9. Dr Alice NDAYISHIMIYE : Pédiatrie
10. Dr Chantal MUREKATETE : Radiologie

- 11. Dr Paul BANDEREMBAKO : Urologie
- 12. Dr Jean Claude MBONICURA : Pathologie chirurgicale
- 13. Dr Thierry SIBOMANA : Pneumologie
- 14. Dr Thoto Shabani MAREBO : Urologie
- 15. Dr Jean Bosco BIZIMANA : Neuro-anatomie

VI. CHARGES D'ENSEIGNEMENT

- 1. Dr Jacques NDIKUBAGENZI : Hygiène et Epidémiologie
- 2. Dr Sandra NKURUNZIZA : ISP
- 3. Dr Zacharie NDIZEYE : Méthodologie de la recherche,
Epidémiologie et Déontologie
- 4. Dr Alexandre NIYONKURU : En formation

VII. MAITRES ASSISTANTS

- 1. Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : Immunologie, Bactériologie,
Virologie et Mycologie
- 2. Ph Ramadhan NYANDWI : Pharmacologie générale
- 3. Dr Désiré HABONOMANA : En formation
- 4. Dr Daniel NDUWAYO : Neurophysiologie
- 5. Dr Jean Claude NKURUNZIZA : Administration des services de santé

VIII. ASSISTANTS

- 1. Dr Paulin BARAMBURIYE : Anatomie
- 2. Dr Roméo IRANKUNDA : en formation
- 3. Dr IRANGABIYE Eloi : en formation
- 4. Dr NTAWUYAMARA Epipode : en formation
- 5. Dr Evrard NIYONKURU : Anatomie Pathologie

IX. ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

- 1. Dr Elie MUPERA : C.C : Dermatologie
- 2. Dr Sylvère SAKUBU : C.C : Psychiatrie
- 3. Dr Gaspard MARERWA : C.C: Anatomie pathologie spéciale
- 4. Dr Thaddée BARANCIRA : C.C : Physique
- 5. Dr Léopold HAVYARIMANA : C.C: Chimie générale et organique
- 6. Dr KAYOYA Jean Bosco : C.C : Biostatistique
- 7. Dr Juvénal MUYUKU : C.E Stomatologie

8. Mr Bonaventure NIYOYANDOYE : C.C: Psychologie générale
9. Mr. Eric NIYIKIZA : A : Maths
10. Mr. Ferdinand NCABWENGE : A : Anglais médical
11. Dr Alexis BANUZA : CC: Informatique
12. Mme Patrice BARAHINDUKA : A : Soins infirmiers
13. Dr KAMO Emmanuel : Médecine du travail
14. Dr Sylvain NIYONKURU : Sémiologie chirurgicale I
15. Dr Canisius HAVYARIMANA : Sémiologie chirurgicale II
16. Dr Didier KAMATARI : Anatomie

DEDICACE

- A Dieu Tout Puissant
- Amon époux
- A mes enfants
- A mes frères et sœurs
- A ma belle –famille
- A mes neveux et nièces
- A mes oncles et tantes
- A mes cousins et cousines
- A mes amis
- A toutes les mamans du monde
- A la 35ème Promotion de la Faculté de Médecine de Bujumbura pour les joies et peines partagées.

Je dédie cette Thèse.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le professeur Pontien NDABASHINZE, vous avez guidé ce travail de vos conseils éclairés et de vos critiques pertinentes ; nous vous remercions pour votre disponibilité et votre compréhension.

À Madame le Professeur Hélène BUKURU, présidente du jury, nous sommes très honorées par votre acceptation de juger ce travail de recherche. Merci pour votre aide, votre disponibilité et votre enseignement.

À Monsieur le Professeur Déogratias NTUKAMAZINA, membre du jury, Merci d'avoir accepté d'étudier notre travail ; recevez la marque de notre profond respect.

A mon Mari, l'amour de ma vie! Pour vos sacrifices, votre confiance, votre amour et votre soutien inconditionnels au cours de toutes ces années, pour ta participation précieuse à ce travail.

Merci de m'avoir permis d'aller jusqu'au bout et de concrétiser enfin mon travail aujourd'hui. Je n'ai pas de mot pour décrire tout ce que tu m'apportes au jour le jour. J'ai de la chance de partager ta vie et Je suis fière d'avoir un mari comme toi. Que notre amour dure jusqu'à l'au-delà!

A mes enfants. Vous avez tant apporté à ma vie que je ne saurai quoi dire d'autre. Merci pour avoir supportée avec sérénité tout le stress que je vous ai fait subir. Mon plus grand souhait serait que vous puissiez réaliser vos rêves comme j'ai pu réaliser les miens et soyez sûrs que je mettrai tout en œuvre pour cela. Je vous aime de tout mon cœur.

A mes frères et sœurs, auprès desquels j'ai toujours pu trouver un soutien sans faille dans mes projets personnels. Merci de m'avoir donné toutes les chances possibles et inimaginables afin que je réussisse dans ma vie et que je réalise mes rêves. Certaines étapes ont parfois été laborieuses mais votre motivation et votre soutien ont été inébranlables.

A tous nos éducateurs, de l'école primaire à l'université pour la formation scientifique dispensée, nous vous remercions sincèrement.

A vous tous qui, de près ou de loin, avez contribué à la formation et particulièrement à la réalisation de ce travail,

Nous adressons nos sincères remerciements

LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS

A/B	: Accouchement par voie basse
A/C	: Accouchement par césarienne
ADN	: Acide désoxyribonucléique
AGPI	: Acide gras polyinsaturé
AM	: Allaitement maternel
AME	: Allaitement maternel exclusif
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARN	: Acide ribonucléique
ASC	: Agent de santé communautaire
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
CHUK	: Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge
CMC	: Centre de Médecine Communautaire
CPN	: Consultation prénatale
DHS	: Demographic and Health Surveys
ENSNMB	: Enquête Nationale sur Situation Nutritionnelle et la Mortalité au
ENSPF	: Enquête Nationale sur la Santé de la Population et de Famille
g/l	: gramme par litre
G-CSF	: Granulocyte-Colony Stimulating Factor
IgAs	: Immunoglobuline A Sécrétoire
IGFL	: Insuline-like Growth Factor
IHAB	: Initiative hôpitaux amis des bébés
IL	: Interleukin
kcal	: Kilocalori
MAMA	: Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée
mg	: milligramme

ml	: millilitre
mmol /l	: millimole par litre
MSPLS	: Ministère de la santé publique et de lutte contre le sida
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCR	: Polymerase chain- reaction
PEV	: Programme Elargie de Vaccination
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
TGF	: Transforming growth factor
TNF	: Tumor Necrosis Factor
UNICEF	: United Nations Children's Emergency Fund
VIH	: Virus d'Immuno déficience Humaine
WABA	: World Alliance for Breastfeeding Action
WHO	: World Health Organization

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Principales différences entre le lait de vache et le lait maternel	10
Tableau II: Comparaison entre les compositions moyennes du lait maternel mature et du lait artificiel 1er âge pour 100 mL	11
Tableau III: Répartition des enquêtées suivants leur résidence	20
Tableau IV: Répartition des enquêtées selon le statut matrimonial	20
Tableau V: Répartition des enquêtées selon leur niveau d'étude	21
Tableau VI: Répartition des enquêtées selon la profession	21
Tableau VII: Répartition des enquêtées selon la parité et le nombre d'enfants vivants	22
Tableau VIII: Répartition des enquêtées selon le suivi de la grossesse et de l'accouchement.....	22
Tableau IX: Répartitions des enquêtées suivant les connaissances sur les avantages de l'allaitement maternel au profit de l'enfant.	25
Tableau X: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur les avantages de l'allaitement maternel pour la maman	26
Tableau XI: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la durée de l'AME.....	27
Tableau XII: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la place des boissons chez l'enfant pendant l'AME	28
Tableau XIII: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la suffisance du lait maternel exclusif avant 6 mois	28
Tableau XIV: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur rôle analgésique de l'AM chez l'enfant.....	29
Tableau XV: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur changement de la composition du lait maternel.....	29

Tableau XVI: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur le délai d'initiation de l'allaitement maternel après l'accouchement.....	31
Tableau XVII: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la déformation de la poitrine.	31
Tableau XVIII: Répartition des enquêtées selon le niveau des connaissances en fonction de score global	32
Tableau XIX: Répartition des enquêtées selon les attitudes des mères envers l'AM en public, à l'âge avancé de la mère et le moment de sevrage	33
Tableau XX: Répartition des enquêtées selon le temps qui a séparé l'accouchement et la première tétée	34
Tableau XXI: Répartition des enquêtées selon le lavage des mains avant d'allaiter l'enfant	34
Tableau XXII: Répartition des enquêtées selon les produits administrés à l'enfant juste après l'accouchement	34
Tableau XXIII: Répartition des enquêtées selon la position prise par la mère pour allaiter, technique de tenir le sein par la mère et technique de prise du sein par la bouche de l'enfant.....	35
Tableau XXIV: Répartition des enquêtées selon le temps de changement du sein, la manière de rapprocher l'enfant au sein.....	36
Tableau XXV: Répartition des enquêtées selon les gestes de fin et d'après l'AME.....	38
Tableau XXVI: Répartition des enquêtées selon l'âge de fin d'allaitement maternel	38
Tableau XXVII: Moyenne d'âge selon les différents auteurs	39
Tableau XXVIII: Niveau des connaissances selon différents auteurs	48

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Répartition des enquêtées selon l'âge de la mère	19
Graphique 2: Répartition des enquêtées selon la notion d'avoir reçu les informations d'éducation pour la santé sur l'allaitement maternel	23
Graphique 3: Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant	24
Graphique 4: Répartition des enquêtées selon que l'enfant tétait au moment de l'enquête ou était sevré.	24
Graphique 5: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur le caractère bénéfique du colostrum.	27
Graphique 6: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la nuisance de certains médicaments pris par la mère à l'enfant.....	30
Graphique 7: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur les moments de donner le sein à l'enfant.....	32
Graphique 8: Répartition des enquêtées selon la pratique de l'AME au cours des 6 premiers mois de la vie	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Anatomie et histologie de la glande mammaire 4
Figure 2: Excellentes positions de l'enfant et de sa mère..... 8

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE

(Année académique 2018-2019).....	i
DEDICACE	v
REMERCIEMENTS	vi
LISTES DES SIGLES ET ABREVIATIONS	vii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES GRAPHIQUES	xi
LISTE DES FIGURES	xii
TABLE DES MATIERES	xiii
CHAPITRE 0. INTRODUCTION	1
Objectifs.....	2
Objectif général.....	2
CHAPITRE I. GENERALITES	3
I.1. Introduction	3
I.2. Anatomie et histologie	3
I.3. Développement du sein.....	5
I.4. Modification du sein au cours de la grossesse et après l'accouchement.....	5
I.5. Physiologie de la lactation.....	6
I.6. Production du lait.....	7
I.6.1. Montée laiteuse	7
I.6.2. Maintien de la production du lait :.....	7
I.7. Caractéristiques des tétées.....	7
I.7.1. Position du bébé.....	7
I.7.2. Signes d'une tétée efficace	8
I.7.3. Durée des tétées:	8
I.7.4. Fréquence des tétées.....	9
I.7.5. Allaitement à la demande	9
I.8. Avantages du lait maternel.....	10

I.8.1. Comparaison du lait maternel au lait de vache et au lait artificiel	10
I.8.2. Bénéfices pour l'enfant	12
I.8.3. Bénéfices pour la mère	12
I.9. Conservation du lait maternel.....	13
I.10. Incidents et solutions relatives à la pratique de l'allaitement maternel exclusif	13
I.11. Allaitement maternel et la prise des médicaments	14
I.12. Allaitement et grossesse	15
I.13. Allaitement et contraception	15
I.14. Situations particulières	15
CHAPITRE II. MATERIELS ET METHODES	17
II.1. Matériels.....	17
II.1.1. Type d'étude	17
II.1.2. Cadre de l'étude.....	17
II.1.3. Population d'étude	17
II.1.4. Taille de l'échantillon.....	17
II.1.5. Recrutement des cas.....	18
II.1.5.1. Critères d'inclusion	18
II.1.5.2. Critères d'exclusion	18
II.2. Méthodes	18
II.2.1. Recueil des données.....	18
II.2.2. Saisie et traitement des données	18
CHAPITRE III. RESULTATS	19
III.1. Caractéristiques sociodémographiques	19
III.1.1. Age de la mère.....	19
III.1.2. Résidence	20
III.1.3. Statut matrimonial	20
III.1.4. Niveau d'étude	21
III.1.5. Profession.....	21
III.1.6. Parité et nombre d'enfants vivants	22

III.1.7. Suivi de la grossesse et de l'accouchement.....	22
III.1.8 Notion d'avoir reçu l'information sur l'allaitement maternel lors des CPN	23
III.1.9. Identification de l'enfant.....	24
III.1.9.1. Age de l'enfant	24
III.1.9.2. Répartition des enquêtées selon que leur enfant tétait au moment de l'enquête ou avait déjà été sevré.....	24
III.2. Connaissances	25
III.2.1. Avantages de l'allaitement maternel au profit de l'enfant.....	25
III.2.2. Avantages de l'allaitement maternel au profit de la maman.....	26
III.2.3. Rôle bénéfique du colostrum	27
III. 2.4. Durée de l'AME	27
III 2.5. Place des boissons pendant l'AME.....	28
III.2.6. Suffisance du lait maternel exclusif avant 6 mois	28
III.2.7. Rôle analgésique de l'allaitement maternel chez l'enfant.....	29
III.2.8. Changement de composition du lait maternel	29
III.2.9. Médicaments et allaitement maternel.....	30
III.2.10. Délai d'initiation de l'AM après l'accouchement.....	30
III.2.11. Allaitement et déformation de la poitrine.....	31
III.2.12. Rythme des tétées	32
III.3. Attitudes.....	33
III.4. Pratiques.....	33
III.4.1. Initiation de l'Allaitement maternel	33
III.4.1.1. Temps d'initiation de mise au sein de l'enfant après l'accouchement	33
III.4.1.2. Hygiène avant de mettre l'enfant au sein	34
III.4.1.3. Produits administrés à l'enfant juste après l'accouchement.....	34
III.4.2. Au cours de l'Allaitement Maternel.....	35
III.4.2.1. Techniques d'allaitement maternel	35
III.4.2.2. Temps de changement du sein et la manière de rapprocher l'enfant au sein	36
III.4.2.3. Pratique de l'AME au cours de 6 premiers mois de la vie.....	37

III.4.3. Gestes de fin et d'après l'allaitement maternel.....	38
III.4.4. Age de l'enfant au moment de sevrage	38
CHAPITRE IV. DISCUSSION, COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	39
IV.1. Caractéristiques sociodémographiques	39
IV.1.1. Age de la mère.	39
IV.1.2. Statut matrimonial	39
IV.1.3. Niveau d'étude	40
IV.1.4. Profession.....	40
IV.1.5. Parité, le nombre d'enfants vivants, suivi de la grossesse et mode d'accouchement des enfants enquêtés.	41
IV.2. Connaissances	43
IV.2.1. Avantages de l'Allaitement maternel au profit de la maman et de l'enfant	43
IV.2.2. Rôle analgésique de l'allaitement maternel, caractère bénéfique du colostrum et médicaments maternels.	44
IV.2.3. Moments d'allaiter, initiation de l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif	45
IV.2.4. Allaitement et déformation de la poitrine	47
IV.2 .5. Niveau des connaissances.....	48
IV.3. Attitudes.....	48
IV.4. Pratiques	49
IV.4.1. Techniques d'allaitement et délais entre l'accouchement et la première tétée	49
IV.4.2. Pratique au cours de l'allaitement maternel	50
IV.4.3. Allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie	51
IV.4.4. Alimentation du nouveau-né dès l'accouchement.....	52
IV.4.5. Gestes d'après l'allaitement.....	53
IV.4.6. Age de l'enfant au moment du sevrage.....	53
CHAPITRE V. CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS	54
V. 1. Conclusion.....	54
V.2. Suggestions	55

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
ANNEXES	65
RESUME	73

CHAPITRE 0. INTRODUCTION

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a recommandé en mai 2001 un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant [1]. Les différents organismes cherchent à augmenter le taux d'allaitement car de nombreux bénéfices ont été reconnus tant au niveau de la santé, de la nutrition, du développement de l'enfant que de la protection contre les infections virales et bactériennes. Les bienfaits pour la santé de l'enfant et de la mère ne sont plus à démontrer mais l'on sait maintenant que l'effet protecteur dépend de la durée et de l'exclusivité de l'allaitement. Les enfants nourris au sein au moins 6 mois profiteraient de ces avantages [2]. Il pourrait sauver 1 à 2 millions de vies par an dans le monde [3].

L'allaitement maternel exclusif est une méthode d'alimentation des nourrissons largement recommandée dans le monde entier. Il fournit au nourrisson tout ce dont il a besoin : chaleur, affection, éléments nutritifs, protection immunitaire [4]. En mai 2001, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a préconisé que l'allaitement exclusif était le régime alimentaire optimal des enfants, il signifie d'alimenter le nourrisson uniquement avec du lait maternel et rien d'autre, pas même de l'eau, pendant six mois, puis continuer à l'allaiter et lui donner des aliments complémentaires appropriés jusqu'à l'âge de deux ans et plus [5].

Dans plusieurs pays industrialisés, la pratique de l'allaitement au sein a repris de la vigueur. A titre d'exemple, la prévalence de l'allaitement exclusif a atteint par exemple 95% au Danemark, 90% en Pologne ou encore 89% en Suède [6].

Dans les 34 pays d'Afrique où des enquêtes DHS ont été réalisées, plus de 95 % des nourrissons sont allaités. Cette apparente universalité de l'allaitement cache toutefois d'importantes différences, en particulier suivant les régions [7].

L'initiation précoce de l'allaitement maternel à la naissance est peu fréquente en Afrique de l'Ouest, car le colostrum n'y est pas traditionnellement donné au nouveau-né [8, 9]. Le taux d'initiation pendant les premières 24 heures y est beaucoup plus bas (51 %) que dans les autres régions (86 % en Afrique de l'Est et 83 % en l'Afrique Centrale et du Sud) [10].

Dans de nombreux pays, on donne des liquides aux nouveau-nés avant de commencer à les allaiter, or cette pratique augmente la mortalité néo-natale [11]. L'allaitement maternel exclusif, sans aucun autre liquide ni aliment, qui est le mode d'alimentation optimal des nourrissons jusqu'à 6 mois est peu pratiqué en

Afrique de l'Ouest, alors qu'il est plus fréquent en Afrique du Nord et, dans une moindre mesure, en Afrique de l'Est. [12,13]

Selon l'enquête nationale sur la nutrition et la mortalité des enfants de moins de 5 ans faite en 2018 au Burundi, l'allaitement maternel est très répandu avec 98,6% (98,4-98,8) des enfants qui ont été allaités, 88,8% (88,1-89,5) des mères qui disent avoir mis l'enfant au sein dans l'heure qui a suivi sa naissance et que, 83,6% des enfants de moins de 6 mois ont été allaités exclusivement au sein de la veille. Cependant, seuls 68,9% (65,2-72,6) des enfants de 4 à 5 mois ont été allaités au sein les 24 heures qui ont précédé l'enquête. La fréquence de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois varie de 62,4% (52,6-72,2) à Bujumbura Mairie à 95,7% (91,6-99,8) à Rumonge. L'allaitement se poursuit pour 96,6% (95,7-97,5) des enfants à l'âge d'un an et pour 83,8% (81,9-85,7) jusqu'à l'âge de 2 ans [14].

Les femmes instruites sont la plupart des fonctionnaires et étudiantes. Elles sont par conséquent séparées de leurs enfants pendant plusieurs heures. Nous avons cherché à connaître le taux d'allaitement maternel exclusif face à un progrès dans la fabrication et la commercialisation du lait artificiel et connaître la situation de l'allaitement maternel sur plusieurs aspects dont : Connaissances, attitudes et pratiques faces aux engagements multiples des mères et de préoccupations de tous les jours.

Objectifs

Objectif général

- Contribution à l'amélioration de la pratique de l'allaitement maternel.

Les objectifs spécifiques

- Identifier les caractéristiques sociodémographiques
- Evaluer les connaissances des mères en rapport avec l'allaitement maternel,
- Décrire les attitudes et pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel,
- Calculer le taux d'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de vie.

CHAPITRE I. GENERALITES

I.1. Introduction

Selon l'OMS :

- Le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère;
- L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau ;
- L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80% des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80% de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20% ;
- La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé de manière manuelle ou à l'aide d'un tire lait, par exemple, est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

L'allaitement maternel est l'un des moyens les plus efficaces de préserver la santé et d'assurer la survie de l'enfant. Il ressort en effet des analyses récentes que les pratiques non optimales en matière d'allaitement, dont l'allaitement non exclusif, sont à l'origine de 11,6% des décès d'enfants de moins de 5 ans, ce qui correspondait en 2011 à 804 000 décès à l'échelle mondiale [15].

I.2. Anatomie et histologie

Les glandes mammaires sont des glandes sudoripares modifiées qui assurent la production du lait. Situées au-dessus des muscles grands pectoraux et grands dentelés, elles sont reliées à ceux-ci par une couche de tissu conjonctif. A l'intérieur, chaque glande mammaire comprend 15 à 20 lobes ou compartiments séparés par du tissu adipeux. La quantité de tissu adipeux détermine le volume des seins. Toutefois, le volume des seins n'est aucunement relié à la quantité de lait produite. Dans chaque lobe se trouvent plusieurs compartiments plus petits, appelés lobules, composés de tissus conjonctif dans lesquels sont enfouis des amas de glandes appelés alvéoles qui secrètent le lait maternel.

Disposées en grappe, les alvéoles qui amènent le lait (quand il est produit) dans une série de tubules secondaires. De là, le lait passe dans les canaux mammaires. Près du mamelon, ces canaux s'élargissent pour former les sinus lactifères, où le lait peut être entreposé. Les sinus se continuent sous la forme de canaux lactifère qui prennent fin dans le mamelon. Chaque canal lactifère transporte le lait à partir d'un des lobes jusqu'à l'extérieur : toutefois, certains d'entre eux peuvent se rejoindre avant d'atteindre la surface. La région cutanée pigmentée circulaire entourant le mamelon, l'aréole, paraît rugueuse parce qu'elle contient des glandes sébacées modifiées. Des bandes de tissu conjonctif appelées ligaments suspenseurs du sein (ligament de Cooper) se trouvent entre la peau et le fascia profond, et soutiennent les seins [16].

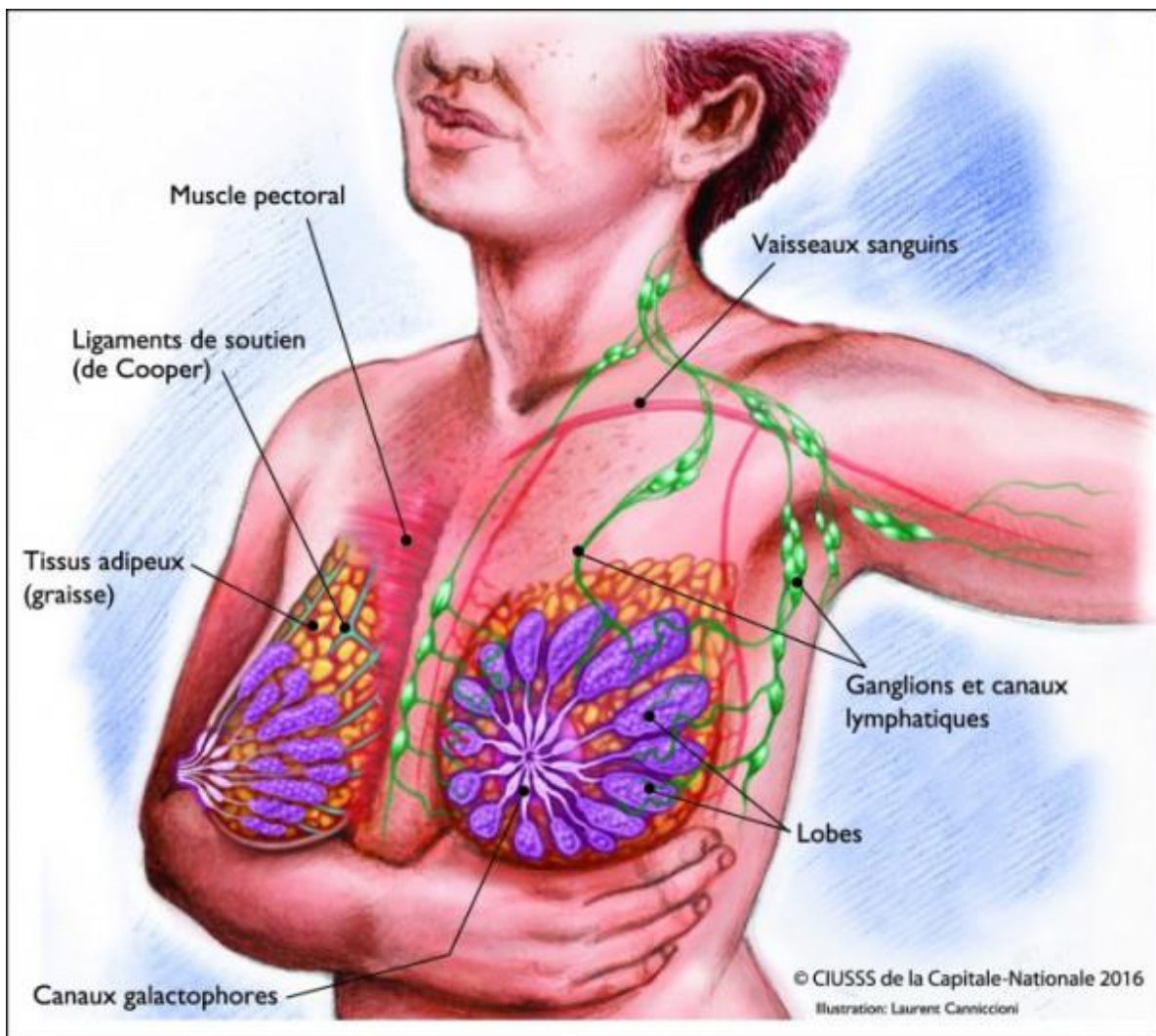


Figure 1 : Anatomie et histologie de la glande mammaire [17].

I.3. Développement du sein

Les glandes mammaires sont des glandes exocrines, apparentées aux glandes sudoripares par leur origine embryologique et leur histologie. Avant la puberté, les glandes mammaires sont constituées de canaux galactophores ramifiés pourvus d'agrégats cellulaires à leur extrémité [18].

Lors des premiers cycles menstruels, sous l'influence de la sécrétion des œstrogènes ovariens, mais aussi des corticoïdes, de l'hormone de croissance et de la prolactine, il apparaît une prolifération canalaire et un important développement du tissu conjonctif. Les cellules adipeuses se multiplient ce qui entraîne l'augmentation du volume des seins. A l'extrémité des canaux, des cellules épithéliales s'organisent en formant des sortes de bourgeons. Durant la phase prémenstruelle la dilatation des vaisseaux et l'œdème du tissu conjonctif entraînent des modifications de volumes des seins. L'épithélium des structures lobulaires est le siège de mitoses et présente de discrets signes d'activités sécrétoires. [18]

A chaque cycle, les fluctuations hormonales induisent donc un début de développement du tissu mammaire comme pour la muqueuse utérine. En l'absence de grossesse, le processus s'enraye et la glande mammaire perd les quelques cellules épithéliales qu'elle avait accumulées (les stimuli hormonaux durables de la gestation sont nécessaires pour assurer le développement du tissu mammaire sécréteur) [19].

I.4. Modification du sein au cours de la grossesse et après l'accouchement

Au cours de la grossesse, les lobules se développent considérablement sous l'influence de l'hormone lactogène placentaire ainsi que des stéroïdes sexuels, placentaires et du corps jaune. La prolactine est libérée en quantité de plus en plus importante et contribue au développement des seins. Les galactophores et les acini se multiplient et se développent si rapidement que, dès la cinquième à la huitième semaine, beaucoup de femmes ont les seins nettement plus volumineux et alourdis ; en outre, la pigmentation de l'aréole s'intensifie et les veines superficielles se dilatent. Après l'accouchement, le volume de chaque sein augmente en moyenne d'environ 225 ml en raison d'un doublement du flux sanguin, de l'accroissement des sécrétions et d'un développement du tissu glandulaire, partiellement rempli de colostrum, quelques fois à partir du milieu de la grossesse. [20, 21]

I.5. Physiologie de la lactation

La lactation est la sécrétion et l'éjection du lait par les glandes mammaires. La prolactine élaborée par l'adénohypophyse est la principale hormone qui stimule la lactation. Elle est libérée en réaction à l'hormone de libération de la prolactine sécrétée par l'hypothalamus. Même si les taux de prolactine augmentent à mesure que la grossesse évolue, il ne se produit aucune sécrétion lactée parce que les œstrogènes et la progestérone inhibent l'action de la prolactine.

Après la naissance, cette inhibition est éliminée en raison d'une diminution des taux d'œstrogènes et de progestérone dans le sang de la mère. Le stimulus le plus important dans le maintien de la sécrétion de la prolactine durant la lactation est l'action de succion exercée par le nouveau-né. La succion déclenche la formation d'influx nerveux par des récepteurs situés dans le mamelon. Ces influx sont dirigés vers l'hypothalamus et inhibent la production de l'hormone d'inhibition de la prolactine ou accroissent la sécrétion de hormone de libération de prolactine, ce qui stimule l'adénohypophyse à libérer d'avantage de prolactine. [22]

Les succions déclenchent également la formation d'influx nerveux qui se rendent jusqu'à la neurohypophyse en passant par l'hypothalamus. Ces influx stimulent la libération d'ocytocine par la neurohypophyse. Cette hormone provoque la contraction des cellules myoépithéliales entourant les alvéoles, ce qui entraîne la compression des alvéoles et l'expulsion du lait. La compression pousse le lait dans les canaux qui aboutissent aux mamelons d'où il peut être aspiré par la succion.

Ce processus est appelé éjection du lait. L'ocytocine, par l'intermédiaire d'un cycle de rétroaction positif, stimule les contractions du muscle lisse de l'utérus chez la parturiente au cours du travail et de l'accouchement. Chez les mères qui allaitent, l'action de l'ocytocine aide l'utérus à reprendre plus rapidement sa forme d'avant la grossesse par rapport aux mères qui n'allaitent pas.

L'ocytocine contribue également à la compression des vaisseaux placentaires rompus à la naissance, ce qui réduit la perte de sang chez la mère. Vers la fin de la grossesse et durant les jours qui suivent la naissance, les glandes mammaires secrètent un liquide trouble, le colostrum [16].

I.6. Production du lait

I.6.1. Montée laiteuse

Pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement les seins apparaissent mous et vides. Ils ne produisent que de petites quantités d'un premier lait. Au bout de quelques jours, les seins commencent à se remplir ou d'être durs car ils produisent beaucoup de lait. C'est la montée laiteuse. Elle a lieu au cours de la première semaine, après le deuxième jour. Elle se fait d'autant plus vite que le nouveau-né, aussitôt après l'accouchement, est allaité à la demande, c'est-à-dire mis au sein chaque fois qu'il le réclame. [23]

I.6.2. Maintien de la production du lait :

Une fois passés les premiers jours, les seins semblent plus vides. Ils sont à nouveau mous, bien qu'ils produisent beaucoup de lait. Si une mère croit qu'elle n'a pas de lait parce que ses seins sont plus mous, vous devez la rassurer et lui expliquer que son lait n'a pas disparu. Si le bébé tète chaque fois qu'il a faim sa mère aura assez de lait pour le nourrir. [23]

I.7. Caractéristiques des tétées

I.7.1. Position du bébé

Les signes indiquant que le bébé est en bonne position de téter : Tout son corps est près de sa mère et lui fait face, sa bouche est près du sein, son menton touche le sein, sa bouche est largement ouverte, sa lèvre inférieure est tournée vers l'extérieur et l'aréole est plus visible au-dessus de sa lèvre supérieure qu'au-dessous de sa lèvre inférieure. La mère ne ressent pas de douleurs au mamelon et vous entendez le bébé déglutir [23].



Figure 2 : Excellentes positions de l'enfant et de sa mère [24].

I.7.2. Signes d'une tétée efficace

La femme entend le bébé avaler, au début très vite, puis plus lentement au fur et à mesure qu'il se rassasie. [25]

I.7.3. Durée des tétées:

La durée de la tétée varie beaucoup d'un bébé à l'autre. La plupart des enfants ont fini de téter 5 à 10 minutes, mais certains aiment y consacrer plus de temps, parfois 20 à 30 minutes. Les bébés qui tètent lentement prennent la même quantité de lait que ceux qui tètent rapidement. Si vous retirez du sein à un bébé qui tète lentement avant qu'il ait fini, il ne prendra pas suffisamment de lait de fin de tétée, qui est riche en énergie et donc nécessaire à sa croissance. [23]

I.7.4. Fréquence des tétées

Une femme doit allaiter son bébé sur demande, jour et nuit. Normalement les nourrissons en bonne santé tètent 8 à 12 fois toutes les 24 heures. L'estomac du nourrisson est de petite taille et doit être rempli souvent. Quelquefois même plus que toutes les deux heures pendant les premiers jours et les premières semaines de son existence. La mère doit surveiller son enfant pour détecter toute indication de faim. Lorsque le bébé a faim, il se tourne vers la mère la bouche ouverte pour commencer à téter. Autres indications possibles : le bébé est plus alerte ou suce ou tète les doigts ou les mains. Les séances d'allaitement sont plus rapprochées à certaines heures qu'à d'autres. Lorsqu'il traverse une poussée de croissance, il demandera davantage d'allaitement. Les poussées de croissance se produisent généralement aux alentours de trois semaines, six semaines, trois mois et six mois. [25]

I.7.5. Allaitement 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 qui s'appelle « allaité à la demande ». Au début, le bébé réclame le sein à n'importe quel moment : parfois un petit nombre de fois pendant un ou deux jours ou pendant plusieurs jours. Chaque bébé à son propre rythme et ce rythme n'est acquis qu'après une ou deux semaines. Evitez que le bébé tète à des heures fixes. L'allaitement en serait perturbé. [24]

I.8. Avantages du lait maternel

I.8.1. Comparaison du lait maternel au lait de vache et au lait artificiel

Les différences entre le lait maternel et le lait de vache sont nombreuses. **Le tableau I** présente les principales caractéristiques du lait mature en comparaison avec le lait de vache.

Particularités du lait maternel mature par rapport au lait de vache	
Protéines	<ul style="list-style-type: none"> o Moins de caséines, mais plus digestes que dans le lait de vache o IgA, protégeant la muqueuse digestive o Lactoferrine assurant une meilleure biodisponibilité du fer du lait maternel et un effet bactériostatique o Lysozyme, rôle bactéricide o Enzymes : lipase augmentant l'absorption des graisses
Lipides	<ul style="list-style-type: none"> o Quantité similaire mais qualité très différente par rapport au lait de vache o Digestibilité très supérieure o Riche en AGE et AGPI-LC ayant des rôles dans le développement des cellules du cerveau et de la rétine
Glucides	<ul style="list-style-type: none"> o Riche en lactose o Présence d'oligosaccharides, absents du lait de vache. Ils ont un rôle prébiotique
Oligoéléments et minéraux	<ul style="list-style-type: none"> o Peu nombreux mais meilleure biodisponibilité

Tableau I: Les principales différences entre le lait de vache et le lait maternel [26]

Le lait maternel mature et le lait artificiel présentent également un grand nombre de différences sur leur composition. Le **tableau II** compare la composition moyenne du lait maternel mature et du lait artificiel 1er âge, pour 100 mL.

	Lait maternel mature	Lait artificiel 1er âge (en moyenne)
Protides (g)	1,1	1,95
Caséines/protéines solubles (%)	40/60	80/20
Lipides (g)	4,5	3,3
	346	360
Glucides (g)	6,8	7,7
Lactose (g)	5,6	5,6
Dextrine-maltose (g)	0	2,1
Saccharose (g)	0	0
Oligosaccharides (g)	1,2	
Energie (kcal)	72	68
Minéraux (mg)	85	67
Calcium (mg)	14	49
Phosphore (mg)	0,74	1,14
Sodium (mmol)	1,3	2,19
Potassium (mmol)	3,5	6,3
Magnésium (mg)	0,03	0,5
Fer (mg)	40	35
Cuivre (mg)	0,75	0,34
Zinc (mg)		
Vitamines	203	188
	2,2	0
	0,24	1
	5,2	5,7
	0,014	0,05
	0,037	0,08
	0,018	0,03
	0,03	0,09
	0,14	5,9

Tableau II: Comparaison entre les compositions moyennes du lait maternel mature et du lait artificiel 1er âge pour 100 mL[26]

I.8.2. Bénéfices pour l'enfant

Les anticorps de la famille des immunoglobulines aident à protéger l'organisme de l'enfant contre les différentes agressions virales auxquelles le corps est confronté durant les premiers mois. Ces anticorps aident aussi dans le développement du système immunitaire et son renforcement. Le lait maternel contient des éléments immunitaires appelés « mucines » qui contiennent beaucoup de protéines et des «hydrates de carbone » et ce sont des substances qui adhèrent aux bactéries et aux virus et l'éliminent complètement sans effets secondaires, comparés aux médicaments. Le lait maternel aide au développement correct du système digestif.

Il donne à l'enfant un équilibre psychique et aide au sommeil, c'est le meilleur calmant pour l'enfant. Le lait maternel diminue le risque d'allergie pour l'enfant et peut même en prévenir. [27]

I.8.3. Bénéfices pour la mère

- **Allaitement et cancer du sein**

On pouvait estimer que l'incidence du cancer du sein dans les pays développés serait diminuée de 50% si les femmes avaient le même nombre d'accouchements et allaitaient pendant aussi longtemps que dans certains pays en voie de développement. L'allaitement maternel serait responsable des 2/3 de cette réduction. [28]

Une étude tunisienne a examiné le lien entre allaitement maternel et risque de cancer du sein chez environ 800 personnes entre 2006 et 2009. Les résultats ont conclu à une baisse de risque de cancer chez les femmes ayant allaité pendant plus de deux ans par enfant. On aurait une diminution significative pour celles qui ont allaité au moins 109 mois dans leur vie. Ce constat serait vrai autant en pré- qu'en post-ménopause. Ces résultats confirment donc une association inverse entre allaitement maternel et cancer du sein. [29]

La baisse du taux d'œstrogènes chez la femme allaitante, et la diminution du nombre de cycles ovulatoires joueraient un rôle important. Le lait aurait également un rôle de drainage en permettant l'excrétion de substances carcinogènes lipophiles grâce à sa forte teneur en lipides. [30]

- **Suites de couche facilitées**

La sécrétion d'ocytocine lors de l'allaitement permet une meilleure involution de l'utérus. Il reprend donc plus rapidement sa forme et sa tonicité, ce qui diminue le risque d'infections et d'hémorragie post-partum. [31].

De plus cette baisse du risque d'hémorragie associée à l'aménorrhée lactationnelle implique un risque amoindri d'anémie maternelle. [32]

Bien que l'impact émotionnel de l'allaitement soit moins étudié, il semble que la prévalence de la dépression soit plus faible chez les femmes allaitantes. Ainsi, il intensifie le lien qui unit la mère à son enfant, lui donnant un sentiment d'accomplissement, de don de soi qui participe à son bien être émotionnel et psychologique.

Par ailleurs il a été démontré que l'interruption précoce de l'allaitement est associée à un plus haut risque de dépression maternelle [33].

I.9. Conservation du lait maternel

Le lait maternel doit être conservé dans les conditions d'hygiène rigoureuses.

Sa durée de conservation est à la température ambiante (32°C) : Colostrum (12 à 24 heures) et le lait maternel (6 à 8 heures). Au réfrigérateur ; jusqu'à 5 jours, dans le compartiment congélateur du réfrigérateur jusqu'à 2 semaines [34].

I.10. Incidents et solutions relatives à la pratique de l'allaitement maternel exclusif

a) Crevasses :

Elles sont favorisées par une technique d'allaitement inadéquate. Négligées, elles peuvent être à l'origine d'un engorgement unilatéral, puis d'une lymphangite.

Leur diagnostic repose sur les éléments suivants: douleurs unilatérales, centrées sur le mamelon, rendant la tétée très douloureuse, absence de fièvre. A l'examen : érosion superficielle à l'inspection du mamelon.

Leur traitement consiste au nettoyage et séchage du mamelon après chaque tétée et une application de crèmes grasses et ou cicatrisantes. [35]

b) Engorgement mammaire :

Il peut être uni- ou bilatéral. La forme bilatérale, contemporaine de la montée laiteuse, est la conséquence d'un asynchronisme entre la lactogénèse, déjà opérationnelle, et les mécanismes d'éjection du lait, encore inefficaces. L'engorgement régresse habituellement en deux ou trois jours. Le diagnostic repose sur les éléments suivants : les deux seins sont durs, tendus et douloureux, fièvre modérée à 38°C. [35]

c) Lymphangite mammaire:

Conséquence d'un engorgement mal pris en charge. Elle se manifeste par des signes mammaires très importants : Le début est brutal, avec fièvre à 39-40°C. A l'examen on note un placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein, avec une traînée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse, le lait recueilli avec un coton est propre, sans trace de pus. Une lymphangite régresse en 24 à 48 h si elle est correctement traitée, mais il existe une évolution possible vers une galactophorite si la guérison est incomplète. [35]

d) Galactophorite :

C'est une infection des canaux galactophores, le plus souvent par un staphylocoque. Le risque est l'évolution vers un abcès mammaire. Le diagnostic repose sur un début est progressif sur plusieurs jours, une fièvre modérée à : 38 à 38.5°C, une douleur de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre et le Signe de Budin: le lait recueilli sur un coton est mélangé de pus. [35]

e) L'abcès du sein :

Il complique une galactophorite insuffisamment traitée. Le diagnostic repose sur une fièvre progressivement croissante, atteignant 39 à 40°C, parfois oscillante, majoration des douleurs mammaires, le sein est volumineux, rouge, tendu, très douloureux ; Dans ce contexte la palpation d'une tuméfaction fluctuante est souvent difficile. [35]

I.11. Allaitement maternel et la prise des médicaments

L'utilisation de pilule contraceptive contenant des œstrogènes provoque une réduction de la production de lait chez la mère. Par contre les pilules à base de progestérone sont indiquées chez les femmes allaitantes. Il existe quelques médicaments qui augmentent la production de lait : la chlorpromazine (Largactil®) ; la metoclopramide (Primperan®).

La plupart des médicaments d'usage courant, comme les antibiotiques, l'aspirine, presque tous les contraceptifs, n'est pas dangereux pour le bébé. En réalité, seul un très petit nombre de médicaments est dangereux pour le bébé. [36]

I.12. Allaitement et grossesse

Il n'existe aucune contre-indication médicale à poursuivre l'allaitement en cas de nouvelle grossesse [23].

I.13. Allaitement et contraception

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple afin de lui permettre de choisir la méthode de régulation des naissances la plus appropriée.

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode naturelle pendant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.

Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées ou si la femme le souhaite, il faut conseiller une autre contraception. [37]

I.14. Situations particulières

a) Allaitement maternel et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est le principal mode de contamination du nourrisson par le virus. Le VIH est transmis pendant la grossesse, à l'accouchement ou par le lait maternel. Pour décider si les mères VIH-positives doivent ou non allaiter leur enfant, on compare généralement le risque de transmission du VIH via l'allaitement maternel au risque accru de décès par malnutrition, diarrhée et pneumonie auquel l'enfant est exposé s'il n'est pas exclusivement nourri au sein.

Les mères dont la séropositivité est connue doivent bénéficier d'un traitement antirétroviral à vie ou d'une prophylaxie antirétrovirale pour réduire le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein. [38].

b) Allaitement maternel et hépatites

Hépatite B

Le dépistage de l'antigène HBs fait partie des examens de routine lors des Consultations Prénatales. Le portage du virus de l'hépatite B par la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel, même en cas de réplication virale active (présence de l'antigène Hbe et d'ADN viral circulant), sous réserve que la séroprophylaxie et la première injection vaccinale soient réalisées dès les premières heures de vie.

Deux schémas vaccinaux sont possibles : Naissance, 1 mois, et 6 mois ou Naissance, 1 mois, 2 mois et 12 mois. [37]

Hépatite C

Il n'est pas prouvé que le risque de transmission du virus de l'hépatite C de la mère à l'enfant soit augmenté par l'allaitement maternel. La conférence de consensus française de 1997 conclut : « la transmission par le lait maternel semble exceptionnelle bien que la présence de l'ARN du virus de l'hépatite C, recherché par PCR dans le colostrum ou le lait maternel, ait été rapportée... ». [37]

c) Allaitement maternel et tuberculose

En cas de tuberculose pulmonaire active, la mère doit être séparée de l'enfant pendant la période de contagiosité (en général pendant les 2 premières semaines de traitement). Pendant cette période, elle peut tirer son lait et celui-ci peut être donné à l'enfant. [39]

CHAPITRE II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Matériels

II.1.1. Type d'étude

C'est une étude transversale et descriptive sur une période de 1 mois : Du 31 décembre 2019 au 30 janvier 2020.

II.1.2. Cadre de l'étude

Le cadre de notre étude est le Centre Médecine Communautaire et le service de consultation pédiatrique du Centre Hospitalo-universitaire de KAMENGE situé en commune NTAHANGWA, en mairie de BUJUMBURA.

Le CMC accueille beaucoup de mères et enfants. Ces couples mères/enfants y vont pour surveillance infantile, vaccination, PTME, consultation pour planning familial.

II.1.3. Population d'étude

Elle était constituée des mères qui ont amené leurs nourrissons au CMC et/ou au service de consultation pédiatrique, pour surveillance infantile habituelle, pour programme de vaccination, ou pour état pathologique. Au cours de notre étude, nous avons inclus 340 couples mères/enfants mais 10 mères ont refusé de répondre à la totalité des questions posées.0

II.1.4. Taille de l'échantillon

La moyenne nationale sur l'allaitement maternel exclusif nous a servi de déterminer la taille minimale de l'échantillon selon la formule de Fischer et Schwartz

$$N = \frac{z^2 * p(1-p)}{I^2}$$

N=Taille minimale de l'échantillon ; Z=Ecart réduit standard pour un intervalle de confiance (IC95 adoptée pour notre étude, Z est de 1.96) ; p= la proportion attendue de sujets présentant ce caractère, I= la marge d'erreur (fixée à 5%) [40]

p= 68.9%

N= 329

II.1.5. Recrutement des cas

Le recrutement a été systématique jusqu'à l'obtention de l'effectif attendu.

II.1.5.1. Critères d'inclusion

Il a été inclus dans notre étude les mères qui remplissent les conditions suivantes :

- Age de l'enfant compris entre 0 et 36 mois soit expérience récente d'allaitement
- Se présenter avec son enfant au département de Médecine Communautaire et/ou au service de consultation pédiatrique du CHUK.
- Accepter de répondre à nos questions.

La mère remplissant toutes ces conditions réunies a été incluse dans notre étude.

II.1.5.2. Critères d'exclusion

Dans notre étude, nous avons exclus :

- Toute mère qui se présentait au CMC et/ou au service de consultation pédiatrique sans enfant ou avec un enfant qui ne lui est pas propre.
- les mères qui amenaient les enfants de plus de 36 mois
- Toute mère dont l'enfant en état morbide grave ne permettant pas à la mère de répondre aisément à nos questions.

II.2. Méthodes

II.2.1. Recueil des données

Les données sont recueillies sur base d'une fiche d'enquête préétablie. Nous l'avons remplie nous-même au cours d'une interview tête à tête avec les mères après l'avoir traduite en langue nationale. En effet, toutes les mères remplissant les critères n'ont pas été interviewées car pendant notre entretien avec les mères, certaines d'autres nous ont échappé.

II.2.2. Saisie et traitement des données

La saisie et le traitement des données ont été faits à l'aide des logiciels informatiques Microsoft office Word et Microsoft office Excel 2013 et Epi info 7.2.

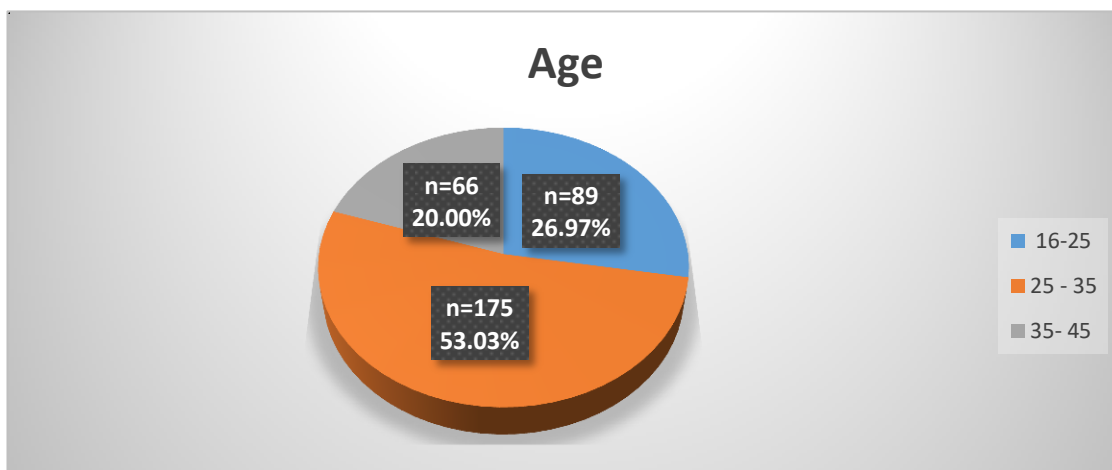
CHAPITRE III. RESULTATS

Pendant la période de notre étude ; le CMC et le service de consultation pédiatrique du CHUK ont enregistré un total de 2491 enfants dont 1073 en PEV ; 121 en PTME et 1297 âgés de 0 à 59 mois en consultation pédiatrique. Parmi ceux qui remplissaient les critères d'inclusions, 340 couples ont participé dans notre étude dont 330 ont accepté de répondre toutes les questions qui leur étaient posées. Le taux de participation n'a pas été déterminé étant donné que ces enfants ne remplissaient pas tous les critères d'éligibilité. D'une part, parce que certains ont été accompagnés par des autres personnes que leurs mères ; d'autre part, parce que en consultation pédiatrique on a enregistré les patients suivant la tranche d'âge de 0 à 59 mois sans toutes fois identifier ceux de 0 à 36 mois répondant à nos critères.

III.1. Caractéristiques sociodémographiques

III.1.1. Age de la mère

Le graphique suivant montre la répartition des enquêtées selon l'âge de la mère



Graphique 1: Répartition des enquêtées selon l'âge de la mère

La tranche d'âge la plus représentée était de 25-35 ans avec 175 mères soit 53.03%. La moyenne d'âge des mères était de 29.92 ± 6.44 ans.

III.1.2. Résidence

Le tableau suivant montre la répartition selon la résidence des enquêtées

Tableau III: Répartition des enquêtées suivants leur résidence

Résidence	Effectif	fréquence(%)
Kamenge	97	29.39
Gihosha	84	25.45
Ngagara	81	24.55
Kinama	56	16.97
Nyakabiga	9	2.73
Bwiza	3	0.91
TOTAL	330	100

Parmi les enquêtées, 97 mères soit 29.39% étaient venues de kamenge, suivies de celles venues de Gihosha à un taux de 25.45%

III.1.3. Statut matrimonial

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon leur statut matrimonial.

Tableau IV: Répartition des enquêtées selon le statut matrimonial

Etat civil	Effectif	fréquence(%)
Mariée	243	73.64
Union libre	62	18.79
Célibataire	24	7.27
Veuve	1	0.3
TOTAL	330	100.00

La grande majorité de nos enquêtées était mariée, 243 mères soit 73.64 % contre 62 mères soit 18.79% en union libre.

III.1.4. Niveau d'étude

Tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon leur niveau d'étude

Tableau V: Répartition des enquêtées selon leur niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Fréquence (%)
Primaire	125	37.88
Secondaire	78	23.64
Supérieur	78	23.64
Non instruite	48	14.84
TOTAL	330	100.00

La majorité des enquêtées avait un niveau d'étude primaire à 125 mères soit 37.88%.

III.1.5. Profession

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon la profession

Tableau VI: Répartition des enquêtées selon la profession

Profession	Effectif	fréquence(%)
Ménagères	147	44.55
Fonctionnaire	55	16.67
Commerçante	53	16.06
Etudiante/Elève	43	13.03
Cultivatrices	18	5.45
Aides-maçons	14	4.24
TOTAL	330	100.00

La majorité des mères était ménagère à 147 mères soit 44.55% suivies des fonctionnaires représentées par 55 mères soit 16.67%.

III.1.6. Parité et nombre d'enfants vivants

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon la parité et le nombre d'enfants vivants.

Tableau VII: Répartition des enquêtées selon la parité et le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants	parité		Enfants vivants au moment de l'enquête	
	Effectif	Fréquence(%)	Effectif	Fréquence (%)
1	117	35.46	119	36.06
2-3	113	34.24	111	33.64
>3	100	30.30	100	30.30
TOTAL	330	100	330	100

La majorité des enquêtées, 213 soit 64.54% avait 2 enfants et plus. Quant à la parité, 211 mères soit 63.94% étaient multipares.

III.1.7. Suivi de la grossesse et de l'accouchement

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon le suivi de la grossesse et l'accouchement.

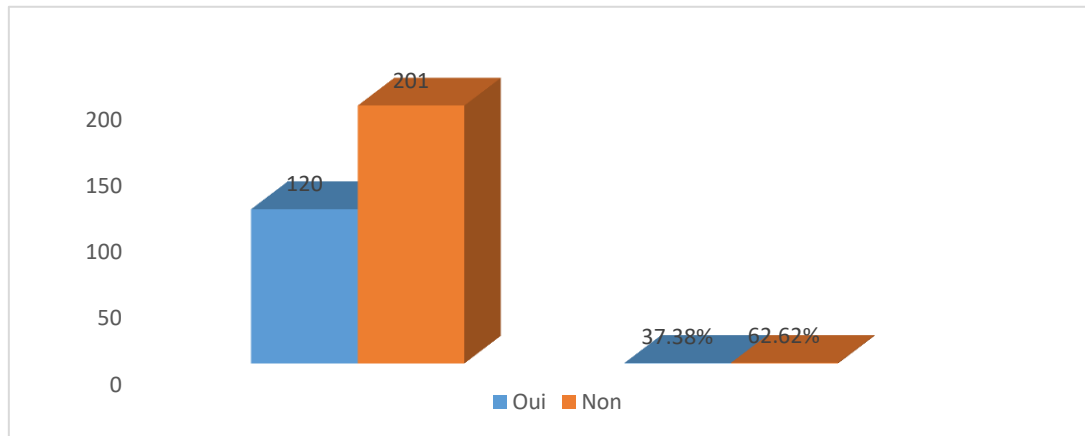
Tableau VIII: Répartition des enquêtées selon le suivi de la grossesse et de l'accouchement

Suivi de la grosse		Effectif (330)	Fréquence(%)
Mode d'Accouchement	Eutocique	245	74.24
	Césarienne	85	25.76
CPN	Faite	321	97.27
	Non faite	9	2.73
Sexe de l'Enfant	F	170	51.52
	M	160	48.48

Les grossesses desquelles étaient issus les enfants de notre enquête avaient été suivies en CPN chez 321 mères soit 97.27%. La majorité des mères, 245 soit 74.24% ont accouché par voie basse.

III.1.8. Notion d'avoir reçu l'information sur l'allaitement maternel lors des CPN

Le graphique suivant montre la répartition des enquêtées selon la notion d'avoir reçu des informations d'éducation pour la santé sur l'allaitement maternel lors des CPN.



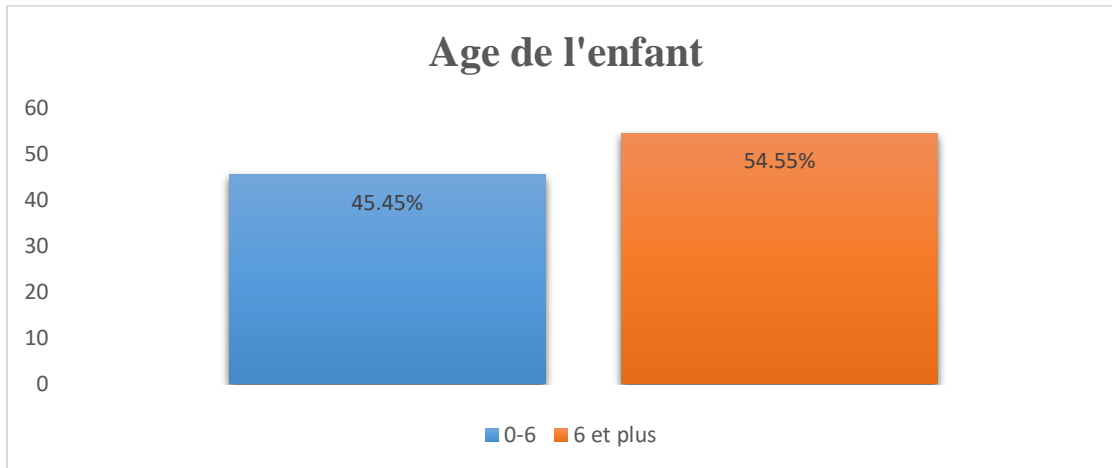
Graphique 2: Répartition des enquêtées selon la notion d'avoir reçu les informations d'éducation pour la santé sur l'allaitement maternel

Parmi 321 enquêtées qui ont fait suivre la grossesse en CPN, 120 mères seulement soit 37.38% ont déclaré avoir été sensibilisées sur l'allaitement maternel lors des CPN.

III.1.9. Identification de l'enfant

III.1.9.1. Age de l'enfant

Le graphique suivant montre la répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant au moment de l'enquête.

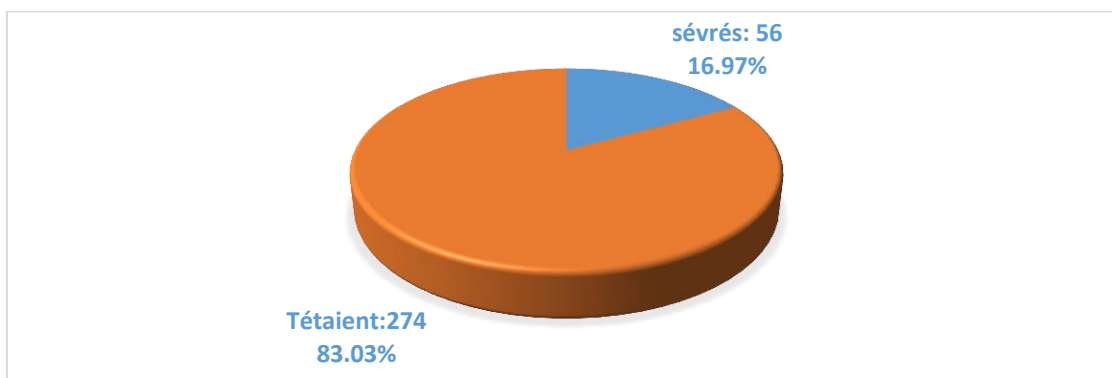


Graphique 3: Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant

Dans notre étude, La tranche d'âge la plus représentée est celle de plus de 6 mois avec 180 enfants soit 30.61 %. l'âge moyen est 10.03 ± 9.58 mois.

III.1.9.2. Répartition des enquêtées selon que leur enfant tétait au moment de l'enquête ou avait déjà été sevré

Le graphique suivant montre la répartition des enquêtées selon que l'enfant tétait au moment de l'enquête ou avait déjà été sevré.



Graphique 4: Répartition des enquêtées selon que l'enfant tétait au moment de l'enquête ou était sevré.

Dans notre étude, seuls 274 enfants soit 83.03% tétaient au moment de l'enquête.

III.2. Connaissances

III.2.1. Avantages de l'allaitement maternel au profit de l'enfant.

Ce tableau suivant nous montre la répartition des enquêtées suivant les connaissances sur les avantages de l'allaitement maternel au profit de l'enfant

Tableau IX: Répartitions des enquêtées suivant les connaissances sur les avantages de l'allaitement maternel au profit de l'enfant.

Avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant	Effectif (N=330)	fréquence(%)
Croissance harmonieuse	221	66.97
Protection contre les maladies	205	62.12
Nutritif	189	57.27
Développement intellectuel	128	38.79
Développement psychoaffectif	118	35.76
Je ne sais pas	83	25.15

La majorité des enquêtées, 221 mères soit **66.97 %** affirmait que l'allaitement maternel permet une croissance harmonieuse à l'enfant ; suivie de 205 mères soit 62.12% qui affirmaient l'effet protecteur de l'allaitement maternel contre les maladies.

III.2.2. Avantages de l'allaitement maternel au profit de la maman

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur les avantages de l'allaitement maternel au profit de la maman.

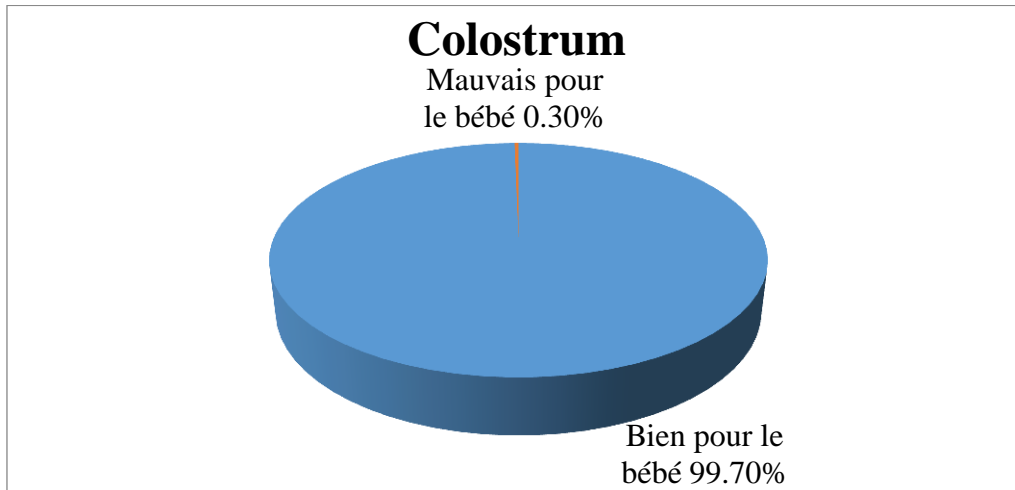
Tableau X: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur les avantages de l'allaitement maternel pour la maman

Avantages de l'allaitement maternel pour la Maman	Effectif (N=330)	Fréquence(%)
Contraception	123	37.27
Affection	104	31.52
Je ne sais pas	103	31.21
Risque diminué du cancer du sein	90	27.27
Diminution des infections du post-partum	20	6.06

La majorité de nos enquêtées, 123 mères soit 37.27% affirmait que l'allaitement maternel joue un rôle dans l'espacement des naissances; suivies de 104 mères soit 31.52 % qui affirmaient que l'allaitement maternel renforce l'affection de la mère envers l'enfant.

III.2.3. Rôle bénéfique du colostrum

Le graphique suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur le caractère bénéfique du colostrum sur la santé du bébé.



Graphique 5 : Répartition des enquêtées selon les connaissances sur le caractère bénéfique du colostrum.

Dans notre série, 329 mères soit 99.70 % affirmaient le bienfait du colostrum sur la santé du bébé.

III.2.4. Durée de l'AME

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur la durée de l'AME.

Tableau XI : Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la durée de l'AME

L 'AME dure	Effectif	fréquence(%)
2 mois	3	0.91
3mois	20	6.06
4 mois	33	10.00
6mois	271	82.12
> 6 mois	3	0.91
TOTAL	330	100 .00

Dans notre série, 271 mères soit 82.12 % connaissaient que la durée totale d'AME est de 6mois.

III 2.5. Place des boissons pendant l'AME

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur la place des boissons pendant l'AME.

Tableau XII: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la place des boissons chez l'enfant pendant l'AME

Pendant l'AME on peut donner comme liquide à l'enfant :	Effectif	fréquence(%)
Eau	85	25.76
Jus	3	0.91
Je ne sais pas	28	8.48
Rien	214	64.85
TOTAL	330	100.00

La majorité des enquêtées, 214 mères soit 64.85 % ont répondu que pendant l'AME on peut rien donner à l'enfant en plus du lait maternel. Selon 85 mères soit 25.76%, l'eau peut être donnée pendant l'AME.

III.2.6. Suffisance du lait maternel exclusif avant 6 mois

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur la suffisance du lait maternel exclusif avant 6 mois.

Tableau XIII: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la suffisance du lait maternel exclusif avant 6 mois

Le lait maternel exclusif suffit avant 6mois	Effectif	Fréquence(%)
Oui	237	71.82
Non	65	19.70
Je ne sais pas	28	8.48
TOTAL	330	100.00

La majorité de nos enquêtées, 237 mères soit 71.82 % a affirmé qu'avant 6mois le lait maternel exclusif suffit.

III.2.7. Rôle analgésique de l'allaitement maternel chez l'enfant

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur le rôle analgésique de l'AM chez l'enfant.

Tableau XIV: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur rôle analgésique de l'AM chez l'enfant

Un bébé qui a mal souffre moins quand on lui donne du sein	Effectif	Fréquence(%)
Oui	220	66.66
je ne sais pas	71	21.52
Non	39	11.82
TOTAL	330	100.00

Dans notre série ,220 mères soit 66.66% ont affirmé le rôle analgésique de l'AM chez l'enfant.

III.2.8. Changement de composition du lait maternel

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur le changement de la composition du lait maternel au cours d'une même tétée et tout au long de la période d'AM.

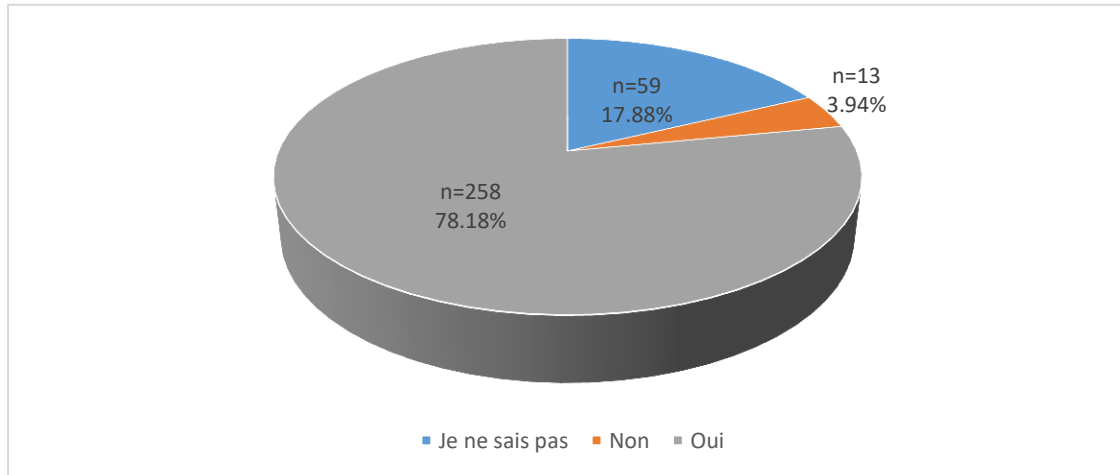
Tableau XV: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur changement de la composition du lait maternel

Le lait maternel change de composition au cours d'une même tétée et tout au long de la période d'AM ?	Effectif	Fréquence (%)
Oui	296	89.70
Je ne sais pas	34	10.30
TOTAL	330	100.00

Dans notre étude, 296 mères soit 89.70% ont affirmé le changement de la composition du lait maternel au cours d'une même tétée et tout au long de la période d'AM.

III.2.9. Médicaments et allaitement maternel

Le graphique suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur la nuisance de certains médicaments pris par la mère allaitante à l'enfant.



Graphique 6: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la nuisance de certains médicaments pris par la mère à l'enfant

Dans notre enquête, 258 mères soit 78.18% ont affirmé que certains médicaments pris par la mère allaitante peuvent être nuisibles à l'enfant allaité.

III.2.10. Délai d'initiation de l'AM après l'accouchement

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur le délai d'initiation de l'allaitement maternel après l'accouchement.

Tableau XVI: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur le délai d'initiation de l'allaitement maternel après l'accouchement

l'AM doit être initié	Effectif	Fréquence(%)
Immédiatement	209	63.33
30min à 1h	39	11.82
Au-delà de 1h	6	1.82
Je ne sais pas	76	23.03
TOTAL	330	100.00

Pour 209 mères soit 63.33%, l'enfant doit être mis au sein immédiatement après l'accouchement. 76 mères soit 23.03% de notre enquête ne savaient pas le temps séparant l'accouchement et la mise au sein.

III.2.11. Allaitement et déformation de la poitrine

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur la déformation de la poitrine.

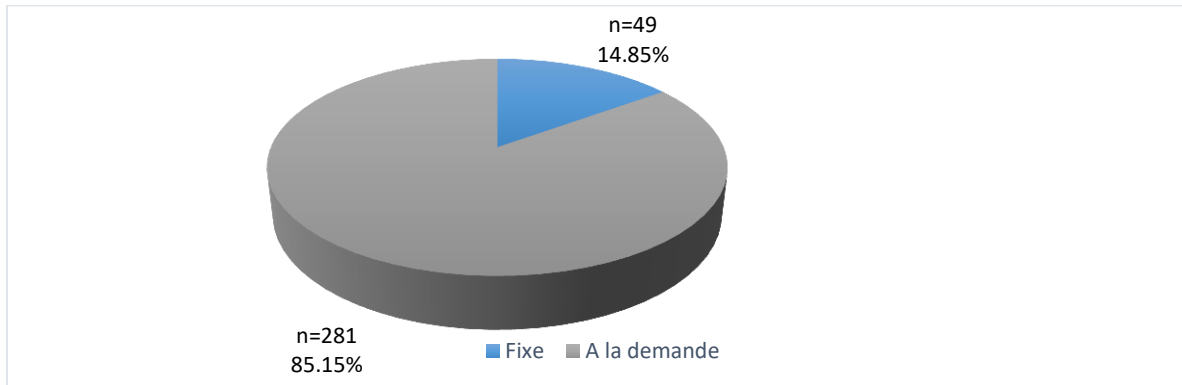
Tableau XVII: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur la déformation de la poitrine.

l'allaitement maternel déforme la poitrine	Effectif	Fréquence (%)
Oui	214	64.85
Non	66	20.00
Je ne sais pas	50	15.15
TOTAL	330	100.00

Dans notre série; 214 mères soit 64.85% pensaient que l'AM peut déformer la poitrine et 66 femmes soit 20.00% ont répondu que l'AM ne peut pas déformer la poitrine.

III.2.12. Rythme des tétées

Le graphique suivant montre la répartition des enquêtées selon les connaissances sur les moments de donner le sein à l'enfant.



Graphique 7: Répartition des enquêtées selon les connaissances sur les moments de donner le sein à l'enfant

La majorité des enquêtées, 281 femmes soit 85.15%, affirmait qu'il faut allaiter à la demande ; 49 mères soit 14.85% pensaient qu'il faut respecter un intervalle fixe.

III.2.13. Score global des connaissances

Tableau XVIII: Répartition des enquêtées selon le niveau des connaissances en fonction de score global

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon le niveau des connaissances en fonction de score global.

Score	Effectif	Fréquence (%)	Niveau des connaissances
0 à 6	3	0.91	Faible
6 à 12	150	45.45	Moyen
12 à 18	177	53.64	Elevé
TOTAL	330	100	

Chez 177 mères parmi les enquêtées soit 53.64%, le niveau des connaissances était suffisant.

III.3. Attitudes

Le tableau suivant montre l'attitude des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel.

Tableau XIX: Répartition des enquêtées selon les attitudes des mères envers l'AM en public, à l'âge avancé de la mère et le moment de sevrage

ATTITUDES		Effectif (N=330)	Fréquence (%)
Complexe d'allaiter en public	non	265	80.30
	oui	65	19.70
Complexe d'allaiter à l'âge avancé de la mère	non	320	96.97
	oui	10	3.03
		Effectif (N=274)	Fréquence (%)
Age préconisé de sevrage par l'enquêtée	2ans et plus	165	60.22
	1 an	26	9.49
	ça dépendra de l'enfant	83	30.29

La majorité des mères enquêtées, 265 soit 80.30% n'avaient pas complexe d'allaiter en public ; 165 femmes soit 60.22% avaient préconisé d'allaiter jusqu'à 2ans et plus ; 320 mères soit 96.97% n'avaient pas complexe d'allaiter à l'âge avancé de la mère.

III.4. Pratiques

III.4.1. Initiation de l'Allaitement maternel

III.4.1.1. Temps d'initiation de mise au sein de l'enfant après l'accouchement

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon le temps qui a séparé l'accouchement et la première tétée.

Tableau XX: Répartition des enquêtées selon le temps qui a séparé l'accouchement et la première tétée

P'AM a été initié dans	Effectif	Fréquence(%)
1 er h	245	74.24
2è h	42	12.73
6è h	27	8.18
1er jrs	7	2.12
Ne se souvient pas	9	2.73
TOTAL	330	100.00

La majorité de nos enquêtées, 245 femmes soit 74.24 % a mis les bébés aux seins dans l'heure qui a suivi l'accouchement.

III.4.1.2. Hygiène avant de mettre l'enfant au sein

Tableau XXI: Répartition des enquêtées selon le lavage des mains avant d'allaiter l'enfant

		Effectif	Fréquence(%)
Lavez-vous les mains avant d'allaiter votre nourrisson ?	oui	237	71.82
	non	93	28.18
	TOTAL	330	100.00

III.4.1.3. Produits administrés à l'enfant juste après l'accouchement (par la mère ou par personnel soignant)

Tableau XXII: Répartition des enquêtées selon les produits administrés à l'enfant juste après l'accouchement

Quels sont les produits a-t-on administré à l'enfant juste après l'accouchement ?	Effectif	Fréquence (%)
colostrum	269	81.52
Glucosé	33	10.00
Lait artificiel	24	7.27
Eau sucrée	4	1.21
TOTAL	330	100.00

Dans notre étude, 269 mères soit 81.52 % ont donné à l'enfant le colostrum comme premier aliment juste après l'accouchement.

III.4.2. Au cours de l'Allaitement Maternel

III.4.2.1. Techniques d'allaitement maternel

Tableau XXIII: Répartition des enquêtées selon la position prise par la mère pour allaiter, technique de tenir le sein par la mère et technique de prise du sein par la bouche de l'enfant

Techniques d'AM		Effectif	fréquence(%)
position à prendre pour allaiter son enfant	S'asseoir sur une chaise en position non incliné	249	75.45
	s'asseoir sur une chaise en position semi inclinée en fixant le bébé	81	24.55
	TOTAL	330	100.00
Technique de tenir le sein	Doigt en « C »	237	71.82
	doigt en « V »	93	28.18
	TOTAL	330	100.00
Technique de prise du sein par la bouche de l'enfant	Mamelon et une partie de l'aréole du sein dans la bouche	283	85.76
	mamelon exclusif dans la bouche de l'enfant	47	14.24
	TOTAL	330	100.00

La bonne position pour allaiter l'enfant est pratiquée par 249 femmes soit 75.45 %. La technique de tenir le sein avec les doigts en « C » est correctement exécutée chez 237 mères soit 71.82%. La meilleure technique de prise du sein par la bouche de l'enfant est correctement faite par 283 femmes soit 85.76%.

III.4.2.2. Temps de changement du sein et la manière de rapprocher l'enfant au sein

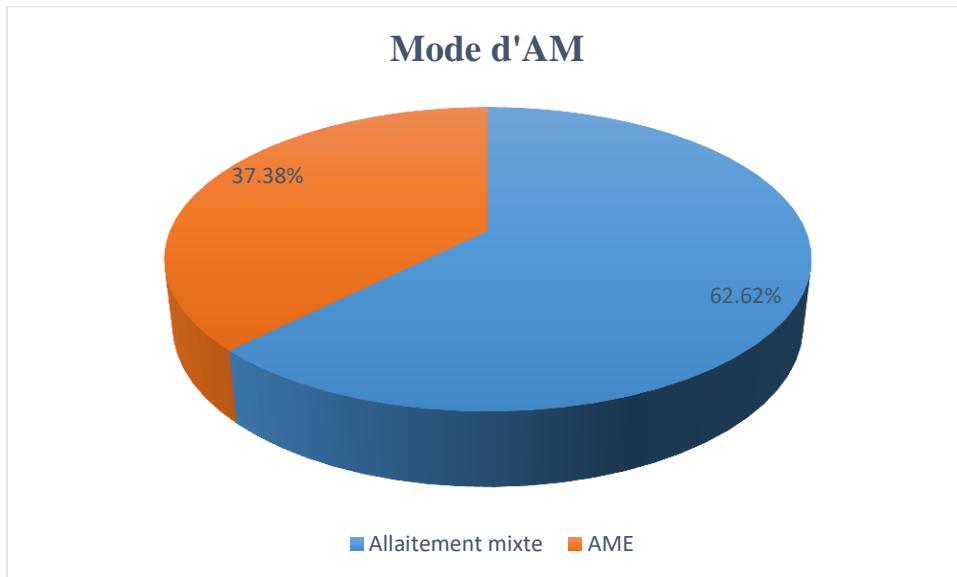
Tableau XXIV: Répartition des enquêtées selon le temps de changement du sein, la manière de rapprocher l'enfant au sein

		Effectif	fréquence(%)
Manière pour rapprocher l'enfant au sein	Sein vers l'enfant	220	66.67
	Enfant vers le sein	110	33.33
	TOTAL	330	100.00
Prise de 2 seins à chaque repas	oui	244	73.94
	Non	86	26.06
	TOTAL	330	100.00
Passage au 2eme sein après avoir vidé le premier	non	175	53.03
	Oui	155	46.97
	TOTAL	330	100.00

Dans notre série, majorité des mères ne pratiquait pas la manière correcte de rapprocher le sein à l'enfant ; 220 mères soit 66.67%. La majorité des mères ne respecte pas le temps de changement du sein pendant la tétée à ; 175 mères soit 53.03%.

III.4.2.3. Pratique de l'AME au cours de 6 premiers mois de la vie

Le graphique suivants montre la répartition des enquêtées selon le mode d'allaitement maternel.



Graphique 8: Répartition des enquêtées selon la pratique de l'AME au cours des 6 premiers mois de la vie

Parmi les mères dont les enfants avaient plus de 6 mois au moment de l'enquête, seulement 68 mères soit 37.38% ont pratiqué l'Allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de la vie.

III.4.3. Gestes de fin et d'après l'allaitement maternel

Tableau XXV: Répartition des enquêtées selon les gestes de fin et d'après l'AME

Gestes de fin d'AM		Effectif	Fréquence(%)
Maintenir l'enfant en position verticale pour favoriser son éructation	oui	280	84.85
	Non	50	15.15
	TOTAL	330	100.00
comment interrompre la succion ?	Eloigner l'enfant du sein	296	89.70
	Insérer un doigt doucement entre le sein et les gencives de l'enfant	34	10.30
	TOTAL	330	100.00

Dans notre série, le maintien de l'enfant verticalement après la tété pour favoriser son éructation a été pratiqué chez 280 mères soit 84.85%. La meilleure façon d'interrompre la succion est pratiquée par 34mères seulement soit 10.30%.

III.4.4. Age de l'enfant au moment de sevrage

Le tableau suivant montre la répartition des enquêtées selon l'âge de fin d'allaitement maternel

Tableau XXVI: Répartition des enquêtées selon l'âge de fin d'allaitement maternel

Age de l'enfant au moment de sevrage	Effectif	Fréquence(%)
6mois-18 mois	4	7.14
19mois-23 mois	30	53.57
24mois et plus	22	39.29
TOTAL	56	100.00

Dans notre étude, la majorité des enfants 30 soit 53.57% a été allaitée une durée totale comprise entre 19mois et 23 mois. Seules 22 mères soit 39.29% ont allaité une durée de 2ans et plus.

CHAPITRE IV. DISCUSSION, COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

IV.1. Caractéristiques sociodémographiques

IV.1.1. Age de la mère.

Le tableau suivant montre les moyennes d'âge de la mère selon les différents auteurs

Auteurs	Lieu d'étude	Année	Age moyen
Mohapatra I. et al. [41]	Inde	2018	23.73±3.63
Elkamel N. [42]	Maroc	2018	26.6
Atimati A.O et al. [43]	Nigeria	2018	33±0.5
Mulugeta W.A et al. [44]	Ethiopie	2017	27.65
Cardoso. A et al. [45]	Portugal	2017	29.55
Ambuj. S.et al. [46]	Inde	2019	28.5
Chandambuka E. M. et al. [47]	Zimbabwe	2019	26±6
Notre étude	Burundi	2020	28.9 2±6.44

Tableau XXVII: Moyenne d'âge selon les différents auteurs

Nos résultats sont comparables à ceux des autres auteurs. Ils sont similaires à ceux de **cardoso A. et al. [45]** au Portugal et **Ambuj S. et al. [46]** en Inde. En effet ces moyennes presque identiques peuvent s'expliquer par le fait que toutes ces études sont portées sur les femmes en âge de procréer.

IV.1.2. Statut matrimonial

La majorité des enquêtées était mariée (73.64%) contre 7.27% célibataires, 18.79% union libres et 0.30% veuves.

Akinyinka et al. [48] au Nigeria en 2016 ont trouvé que les mariées étaient à 91.8 %,celles en union libre étaient à 3.6% et les célibataires ne représentaient que 1.8%.

Atimati A.O et al. [43] en 2018 au Nigeria ont trouvé que les mariées étaient 96.4%, celles divorcées étaient 0.5% et les célibataires ne représentaient que 0.9 %.les femmes en union libre à 2.2%.

Quant à **Elkamel N. et al. [42]** au Maroc en 2018, les mariées étaient représentées jusqu'à 99%. Les célibataires et les veuves représentaient 0.5% pour chaque catégorie. **Ambuj S. et al. [46]** en Inde 2019 ont trouvé que 92% des femmes étaient mariées. Chez **Cascone D. et al. [49]** en Italie 2019, les femmes mariées étaient de 82.4 %, les autres occupaient 17.6%.

Comme toutes ces études se sont intéressées sur les mères, les femmes sont majoritairement mariées, Le taux inférieur par rapport aux résultats des autres auteurs s'expliquerait par le fait qu'un taux non négligeable de nos enquêtées vivent en concubinage alors qu'au Burundi est dit marié tout couple reconnu devant la loi.

IV.1.3. Niveau d'étude

La majorité des enquêtées étaient celles de niveau primaire à 37.88%, ensuite viennent en deuxième lieu celles de niveau secondaire et universitaire au même taux de 23.64%, puis en dernier lieu viennent les analphabètes à un taux de 14.84%.

Chez **Cascone D. et al. [49]** en Italie 2019, 48.8% étaient de niveau secondaire, 29.3% de niveau supérieur, les illettrées et celles du niveau inférieur occupaient 21.2%. **Gurung R. et al. [50]** au Népal 2018 ont trouvé que les femmes de niveau primaire prédominaient à 52.1%. **Ambuj S. et al. [46]** en Inde 2019, ont trouvé les femmes d'éducation primaires à 45%, les autres niveaux occupaient 48% dont 25% avaient une graduation, les femmes de niveau informel étaient 7%. Nos résultats sont comparables à ceux des autres auteurs comme **Gurung R. et al. [50]** au Népal 2018 et **Ambuj. S. et al. [46]** en Inde 2019 bien que les taux soient supérieurs aux nôtres.

IV.1.4. Profession

Jusqu'à 44.55% des enquêtées étaient des femmes ménagères suivies des fonctionnaires et des commerçantes avec des taux respectifs de 16.67 % et 15.99%, les étudiantes et élèves ont été représentées à 13.03%, les cultivatrices et aide maçons sont à 9.76%.

Igwe N. M. et al. [51] au Nigeria en 2016 ont trouvé seulement les ménagères à 15.0%, les cultivatrices à 3.2%, les enseignants à 8.6 %, les commerçantes à 19.4%, les étudiantes à 9.8% et les fonctionnaires privées 36.0%.

Pour **Laure S. [52]** en France en 2014, les cadres des professions intellectuelles supérieures étaient représentées dans 23.42%, les artisanes, chef d'entreprise dans 0.9%, les professions intermédiaires dans 8.11%, les employées dans 41.44%, les ouvrières dans 1.8%, les étudiantes dans 5.41% et les sans activité professionnelles dans 18.92%.

Sohair A. M. S et al. [53] en Arabie Saoudite en 2014 ont trouvé que les employées du secteur public étaient à 56.9%., celles du secteur privé à 3.4% alors que les autres professions représentées 39.7%.

Nos résultats sont similaires à ceux de **mulugeta W.A et al.[44]** en Ethiopie 2017 où 45.1% font des activités de ménage et inférieurs à ceux de **Cascone D. et al. [49]** en Italie 2019 où 53,6% étaient ménagères ou sans emplois et à ceux de **Abdulmaleek M.A. et al. [54]** au Nigeria 2016 où les femmes de ménage prédominaient à 50.8% et à ceux de **Gurung R. et al. [50]** au Népal 2018 qui ont trouvé la prédominance des femmes de ménage à 92.1%.

En effet les professions diffèrent d'un pays à l'autre. La prédominance des ménagères dans notre étude peut être expliquée par le fait que les femmes prédominant du niveau inférieur étant moins apte à exercer une activité professionnelle et donc moins compétitives sur le marché du travail. De surcroit, l'étude a été menée en milieu urbain où par manque de terres à cultiver les femmes analphabètes ou tout à fait de niveau bas préfèrent rester à la maison pour des travaux de ménage.

IV. 1.5. Parité, le nombre d'enfants vivants, suivi de la grossesse et mode d'accouchement des enfants enquêtés.

La majorité des enquêtées (64.47%) avait 2 enfants et plus, 63.94% sont des multipares. les grossesses auxquelles sont issus les enfants de notre étude ont été suivies en CPN à 97.27%, 37.38% des mères ont été sensibilisées sur l'Allaitement maternel au cours de la dite CPN contre 62.62%. le mode d'accouchement est à 74.24% voie basse, 51.52% des enfants de notre étude sont de sexe féminin.

Pal A. C et al. [55] dans leur étude réalisée en 2014 en Inde ont trouvé la prédominance des primipares à 76.6%, le mode d'accouchement par voie basse à 86.00%. **Hadeel A.T [56]** dans son étude réalisée en 2014 aux Etats-Unis a trouvé les enfants de sexe féminin à 63.33%. le mode d'accouchement par voie basse prédomine à 86.66%. Chez **Sarmilla M. et al. [57]** en 2013 en Inde, les primipares représentées 60.0%, les femmes qui ont 2 enfants représentaient

35.9%, celles avec 3 enfants et plus étaient à 4.1%. Le mode d'accouchement par voie basse prédominait à 61.9 %. Chez **Laure S. [52]** en France 2014, les primipares étaient 51.35%. **Khoushabi et al. [58]** dans leur étude de 2018 en Iran, 37.7% sont des multipares dont 0.5% avaient 5 enfants. L'accouchement par voie basse est à 75.4%. **Mohat J. M et al. [59]** en 2018 aux Kenya, les multipares sont à 51.25% contre 48.75% des primipares. Le sexe féminin prédomine à 56.3%. **Nukpezah et al. [60]** Ghana en 2018, le nombre d'enfants par enquêtée était de 1 enfant dans 36.1% contre 2 enfants et plus dans 63.9%, le sexe féminin était prédominant dans 57.8%. **Atimati A.O et al. [43]** au Nigeria en 2018 ont trouvé plus de garçons que des filles dans leurs études avec des taux respectifs 51.7% et 48.3%. **Afrose L. et al. [61]** au Bangladesh en 2012 ont trouvé que les mères de moins de 2 enfants étaient de 40%, celles de 2 enfants et plus étaient de 11% et les sans enfants à 53.5%. Chez **Cascone D.et al. [49]** en Italie 2019, 54.1% étaient des multipares et 45.9% des primipares, ceux qui avaient 1 enfant étaient 55.5%, celles qui avaient supérieur ou égal à 2 enfants étaient 44.5%, le mode d'accouchement par voie basse était dominant à 55.1%. **Elkamel N. [42]** au Maroc a trouvé 32.66% qui étaient sensibilisées sur l'allaitement maternel contre 67.34%. **Hashim et al. [62]** en Tanzanie 2017 ont trouvé que les femmes qui affirment avoir été sensibilisées sur l'allaitement maternel et la nutrition infantile étaient 51.1% contre 48.9%. **Slama F.B. et al. [63]** en 2010 en Tunisie, leur étude montre que seulement 44% des femmes ont été informées sur les avantages et intérêts de l'allaitement maternel. **Nukpezah et al. [60]** Ghana en 2018 ont trouvé 70.50% pour les femmes ayant été sensibilisées sur l'allaitement maternel. Nous constatons que les primipares prédominent chez **Pal A.C, Sarmila M.et al. , Laure S. , khoushabi et al.** ce qui diffère à nos résultats. Sauf **Atimati A.O et al.** au Nigeria où prédomine le sexe masculin, presque tous les auteurs ont trouvé la prédominance du sexe féminin, ce qui est similaire à nos constants. La voie d'accouchement prédominant chez tous les auteurs y compris pour notre étude est l'accouchement par voie basse.

Le manque sensibilisation sur l'allaitement maternel avant l'accouchement serait dû au fait que les femmes font le petit nombre de CPN, font un retard lors de CPN et/ou à l'implication inactive de personnels de santé chargés de dispenser les séances sur l'allaitement maternel lors des CPN.

IV.2. Connaissances

IV.2.1. Avantages de l'Allaitement maternel au profit de la maman et de l'enfant

Dans notre étude, 66.97% affirmaient que l'allaitement maternel permet une croissance harmonieuse à l'enfant allaité, 62.12% affirmaient qu'allaiter son enfant le protégera contre les maladies, 57.27% affirmaient que le lait maternel est nutritif à l'enfant, 38.79% affirmaient que l'allaitement maternel favorise un développement intellectuel de l'enfant, 35.76% affirmaient que l'allaitement maternel est à l'origine du développement psychoaffectif de l'enfant, 25.15% ne connaissaient pas les avantages de l'allaitement maternel au profit de l'enfant. Concernant les avantages pour la mère, 37.27% connaissaient l'effet contraceptif de l'allaitement maternel, 31.52% savaient que l'allaitement maternel renforce l'affinité mère-enfant, 31.21% ne connaissaient pas les avantages de l'allaitement maternel au profit de la maman, 27.27% affirmaient qu'allaiter son enfant pourrait diminuer le risque du cancer du sein, 6.06% pensaient que l'allaitement maternel peut diminuer les infections du post-partum.

Pour **Laure S. [52]** en France en 2014, la majorité des femmes (96.39%) connaissaient les bénéfices immunitaires et allergiques du lait maternel pour l'enfant, 36.94% pensaient qu'allaiter un enfant prévient du diabète, 36.04% affirmaient l'existence d'aménorrhée pendant l'allaitement maternel.

Selon **El Kamel N. et al. [42]** au Maroc en 2018, 54.2% ne connaissaient pas les avantages de l'allaitement maternel sur la santé des bébés, 25.2% affirmaient que l'allaitement maternel renforce l'immunité des bébés, 16.3% affirmaient que l'allaitement maternel protège l'enfant contre les infections, 2.1% pensaient que l'allaitement maternel améliore l'intelligence du bébé. Concernant les avantages de l'allaitement maternel au profit de la maman, ils ont trouvé que 43.8% ne connaissent pas les avantages de l'allaitement maternel sur leur santé, 27.8% affirmaient l'effet protecteur de l'allaitement maternel contre le cancer du sein, 20.5% pensent que l'allaitement maternel protège contre les cancers, 5.5% pensent que l'allaitement maternel n'a pas d'avantages sur la santé des mamans.

Audrey L.M. [64] dans son étude a trouvé que les motivations de la poursuite de l'allaitement maternel malgré les complications résident dans son effet bénéfique des anticorps maternels et la protection contre les microbes (99%),

renforcement de la relation mère-enfant (97%), qualité nutritionnelle pour le bébé (97%), l'aspect économique vient en dernier à un taux de (37%).

Dans l'étude de **Cascone D. et al. [49]** en Italie 2019, 92.9% des enquêtées connaissaient que le lait maternel contient des anticorps qui sont transférés à l'enfant, 84.8% savent que le lait maternel réduit le risque de certaines maladies infectieuses, 57.5% des enquêtées ont répondu que l'allaitement maternel réduit le risque de certaines maladies chroniques telles l'asthme, obésité et diabète, 45.5% connaissent que l'allaitement maternel réduit le risque du cancer du sein, 31% ont répondu que l'allaitement maternel réduit le risque de certaines maladies non transmissibles pour la maman telles que diabète, obésité, et ostéoporose, 76.3% ont répondu que l'AM crée une bonne relation mère-enfant.

Selon **Chandambuka E. M et al. [47]** en 2019 au Zimbabwe, 95% des femmes interrogées étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les bébés allaités sont en meilleure santé que les bébés nourris au lait maternisé ou mixte.

En comparant nos résultats à ceux des autres auteurs, nous constatons que les avantages de l'allaitement maternel restent mal connus des femmes de notre étude. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des femmes interrogées pensaient que le lait maternel est synonyme de protection de l'enfant contre les maladies.

IV.2.2. Rôle analgésique de l'allaitement maternel, caractère bénéfique du colostrum et médicaments maternels.

Dans notre étude, 66.66% affirmaient l'effet analgésique de l'allaitement maternel. Presque la totalité des enquêtées (99.70%) affirmaient que le colostrum est très bénéfique pour la santé du bébé. La majorité de nos enquêtées (78.18%) affirmait que certains médicaments pris par la mère allaitante peuvent être nuisibles pour l'enfant allaité.

Certaines études sur l'analgésie de l'allaitement maternel le confirment lors de certains gestes invasifs tels que la vaccination ou la prise de sang.

Sbai-Lauvergnier G. [65] en France 2013, dans sa revue de la littérature sur 6 études regroupant 812 enfants de 0 à 48 mois devaient tester l'effet de l'allaitement maternel sur la douleur et se déroulait lors de vaccination. Les scores de douleur et des durées de pleurs ont été réduits dans toutes ces études. Les études réalisées contre traitement de référence (patch ou solution sucrée) n'ont pas trouvé de supériorité en termes de l'efficacité.

Selon **Hélène D. [66]** en 2009 en France, son étude confirme que l'allaitement maternel a un effet analgésique lors de prélèvement où 77.8% des nouveau-nés présentaient une attitude très détendue lors du prélèvement veineux si l'allaitement maternel est fait dans avant et immédiatement après le geste. Pour **Audrey T. [67]** en Polynésie 2014, 24 soignants sur 30 savaient ce rôle mais n'était utilisé que par 3 soignants seulement du service de prélèvement. **Boor F. K. et al. [68]** au Kenya, 2018 ont trouvé que 91.9 % affirmaient que le colostrum devrait être donné à l'enfant. **Mohapatra I. et al. [41]** en Inde 2018, ont trouvé que 66.4 % connaissaient l'importance du colostrum. Selon

Selon la publication de **National medicine Information Center[69]** 2014, en post-partum des conditions telles que les infections, douleur ou dépressions, des maladies chroniques font que les mamans prennent des médicaments dans plus de 5%. Il est confirmé que les médicaments passent dans le lait maternel à une faible dose de < 10% ce qui cause une incertitude.

La décision de traitement pharmacologique devrait tenir compte des bénéfiques chez la Mère et des risques chez l'enfant étant donné que l'allaitement maternel présente de nombreuses avantages tant pour l'enfant que pour la mère.

IV.2.3. Moments d'allaiter, initiation de l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif

- **Rythme de tétée**

Dans notre étude, 85.15% de nos enquêtées sont pour un allaitement de l'enfant à la demande. Ce taux est faible chez **Gurung.R. et al. [50]** au Népal 2018 (55%) et chez **Mohapatra I. et al. [41]** en Inde 2018 (54.0%). Nos résultats sont inférieurs à ceux de **Ambuj. S. et al. [46]** en Inde 2019 où 96.3% affirmaient que l'enfant est allaité à la demande mais sont supérieurs à ceux de **Abdulmaleek M.A. et al. [54]** au Nigeria 2016 où 72% des enquêtées allaitaient leurs enfants à la demande.

- **Initiation de l'allaitement maternel après l'accouchement**

Dans notre étude, 75.15% connaissaient que la mise au sein après l'accouchement doit se faire immédiatement plus tard une heure. Ces résultats sont comparables à ceux des autres auteurs comme **Boor F.K et al. [68]** au Kenya 2018, où 72.1 % ont répondu que le début de l'allaitement maternel ne doit pas dépasser les 30 premières minutes, ce taux est 76.0% chez **Mohapatra I. et al. [41]** en Inde, 2018. **Ambuj. S. et al. [46]** en Inde 2019 ont trouvé que

79.2% savent que l'allaitement maternel doit se faire immédiatement après la naissance plu tard dans une heure. Ce taux est faible chez **Debasis et al. [70]** au Bangladesh en 2017 qui, dans leur étude ont trouvé que 51.86% ont une connaissance correcte pour l'initiation de l'allaitement maternel.

Nos résultats sont inférieurs à ceux de **Abdulmaleek M.A. et al.[54]** au Nigeria 2016 où 81.2% savaient que l'allaitement maternel doit débiter immédiatement après l'accouchement.

- **Durée de l'allaitement maternel.**

Dans notre étude, 82.12% de nos enquêtées connaissaient que la durée de l'allaitement maternel est de 6mois.

Nos résultats sont comparables à ceux des autres auteurs. Le taux est inférieur à celui de **Chandambuka E.M. et al. [47]** qui ont trouvé que 89% connaissaient la durée l'allaitement maternel. Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Boateng F.M. [71]** Finlande 2018 qui, dans son étude a trouvé que 78.26% connaissent la durée de l'allaitement maternel et celui d'**Abdulmaleek M.A et al. [54]** au Nigeria 2016 où 68.4% connaissent la durée de l'allaitement maternel. Ce taux est faible chez **Mohapatra I. et al. [41]** en Inde, 2018, où la durée de l'allaitement maternel de 6 mois est connue chez 56,8%.

- **Suffisance du lait maternel exclusif avant 6 mois**

Au cours de notre étude, 71.82% de nos enquêtées ont affirmé que le lait maternel exclusif suffit avant 6 mois. Nos résultats sont comparables à ceux de de **Gurung. R. et al. [50]** au Népal 2018 où dans son étude, 77.1% affirment que le lait maternel suffit avant 6mois et de de **Mulugueta W.A. [44]** en Ethiopie 2018 où 65.1% des enquêtées affirmaient que le lait maternel exclusif suffit avant 6 mois.

- **Nature de Boissons pendant l'allaitement maternel exclusif**

Dans notre étude, 64.85% des enquêtées ont répondu que pendant l'allaitement maternel exclusif il ne faut rien donner à l'enfant comme boissons alors que 35.15% des enquêtées affirmaient que pendant l'allaitement maternel exclusif, on peut donner d'autres liquides que le lait maternel à l'enfant dont l'eau de boisson prend la part de 25.76%. Nos résultats sont comparables à ceux des autres comme: **Abdulmaleek M.A et al. [54]** au Nigeria 2016, 71.6% connaissaient la de finition de l'allaitement maternel exclusif, **Mahat J. M. et al. [59]** au Kenya en 2018 où 54.0% affirmaient que le lait des animaux peut

être donnée à l'enfant. Ce taux est de 31.65% chez **Atimati A.O et al. [43]** au Nigeria en 2018.

Malgré que la grande majorité de nos enquêtées connaissent 6 mois comme durée d'allaitement maternel exclusif (82.12%) et le considèrent suffisant (71.82%) ; nous constatons qu'il y a des mères qui trouvent bon de donner d'autres liquides avant 6 mois. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certaines mères interrogées ont l'impression que le nourrisson a soif, d'autres trouvent bon de donner de l'eau car le corps humain a besoin de l'eau.

IV.2.4. Allaitement et déformation de la poitrine

Dans notre étude, 20.00% de nos enquêtées ont répondu qu'allaiter son enfant ne peut pas entraîner une déformation de la poitrine, 64.85% pensaient que l'allaitement maternel pourrait déformer la poitrine de la mère et 15.15% n'avaient d'idée à propos. **Brian R. et al. [72]** en Italie ont trouvé que 30% des femmes considèrent que l'allaitement maternel entraîne une déformation de la poitrine. **Ashmika M et al. [73]** aux îles de Maurice ont trouvé 0.3% des cas qui ont pu arrêter l'allaitement maternel pour des raisons esthétiques.

Dans notre pays, bien que certaines mères pensaient que l'allaitement maternel pourrait être à l'origine d'une déformation de la poitrine; notre culture burundaise ne permet pas que le vouloir de l'esthétique des seins domine jusqu'à l'arrêt de l'allaitement maternel.

IV.2 .5. Niveau des connaissances

Tableau XXVIII: Niveau des connaissances selon différents auteurs

Le tableau suivant montre le niveau de connaissance selon différents auteurs

Auteurs	Lieu et Année d'étude	Niveau		
		Suffisant	Moyen	Faible
Mohapatra I. et al. [41]	Inde 2018	13.2%	49.6%	37.2%
Khoushabi et al. [58]	Iran 2018	30.6%	59.7%	9.7%
Mulugeta W.A et al. [44]	Ethiopie 2017	69.8%	-	30.2%
Adil A.N.A [74]	Arabie Saoudite	55%	31%	14%
Notre étude	Burundi 2020	53.64%	45.45%	0.91%

Nos résultats sont semblables à ceux des autres auteurs comme **Mulugeta W.A et al [44]** en Inde 2018, **Adil A.N.A [74]** en Arabie Saoudite 2014 qui ont trouvé le niveau suffisant le plus représenté.

IV.3. Attitudes

96.97% des enquêtées n'avaient pas complexe d'allaiter en fonction de leur âge avancé, 80.30% des enquêtées n'avaient pas complexe d'allaiter en public, 60.22%des enquêtées avaient l'intention d'allaiter jusqu' à deux ans et plus.

Adil A.N.A. [74] en Arabie Saoudite en 2014 a trouvé que 62.2 %avaient une attitude positive sur l'allaitement maternel, de même que **Mahnaz H. et al. [75]** en Iran en 2016 et **Khoushabi et al.[58]** en Iran 2018 avec un taux respectif de 72.2% et de 58.2%.ces résultats sont similaires aux nôtres bien que les taux soient inferieurs aux nôtres. **Leshi O.et al. [76]** en 2016 au Nigéria a trouvé le contraire où 53% avaient une attitude négative sur l'allaitement maternel. Quant à **Ogunba B. et al. [77]** en 2014 au Nigeria 77.4% affichaient une attitude neutre sur l'allaitement maternel.

IV.4. Pratiques

IV.4.1. Techniques d'allaitement et délais entre l'accouchement et la première tétée

Dans notre étude, 10.30% seulement de nos enquêtées affirmaient le passage d'un doigt doucement entre les gencives du bébé et le sein pour interrompre la succion. 74.24% ont débuté l'allaitement dans un délai qui est inférieur ou égal à 1h. Le lavage des mains avant d'allaiter son enfant est pratiqué par 71.82%.

Le **rapport de l'UNICEF en collaboration avec l'OMS [78]** qui date du juillet 2018, déclare que le délai de l'allaitement maternel a un bon score surtout en Afrique orientale et Australe(65%) et bas en Asie de l'est et Pacifique(32%) selon ce même rapport, au Burundi, Strilanka et Vanuata, environ 9 enfant sur 10 sont allaités à la première heure suivant l'accouchement. Par contre 2 sur 10 en Azerbaïdjan, Tchad et Monténégro bénéficient de cette chance.

Mohapatra T.et al. [41] en Inde 2015 et **Mahat J.M.et al. [59]** au Kenya 2018 ont trouvé en rapport avec l'initiation de l'allaitement maternel dans une heure des taux respectifs 62.8%et 74.1%. Nos résultats sont similaires à ceux de **Mahat J. M.**, ceux de **Mohapatra T.et al.** sont satisfaisants malgré qu'ils soient inférieurs aux nôtres. **Boor F.K. et al. [68]** au Kenya en 2018 ont trouvé un taux supérieur au nôtre à 96.5% **Atimati A.O et al. [43]** au Nigeria en 2018(44.5%) et **Nukpezah et al. [60]** au Ghana (39.4%) en 2018 ont trouvé des taux très inférieur aux nôtres.

Nos résultats ne sont pas très loin de la moyenne nationale (88%) mais inférieurs à la moyenne de la Province Rumonge (96.8%).

Concernant l'hygiène des mains avant l'acte d'allaitement, nos résultats sont satisfaisants par rapport à ceux des autres auteurs comme **Shankar P.Y et al. [79]** au Népal 2016(20%) et **Vandana V. et al. [80]** en Inde 2015(33.3%).

Le taux élevé de l'hygiène des mains s'expliquerait par le fait que notre étude a été menée en ville où les gens sont habitués à l'hygiène. le taux d'initiation l'allaitement maternel dans un délais inférieur ou égal à une heure montre que les mamans sont de plus en plus conscientes des bienfaits du colostrum qui est considéré comme bénéfique pour la sante du bébé.

IV.4.2. Pratique au cours de l'allaitement maternel

- **Meilleure prise du sein par la bouche de l'enfant**

La prise du mamelon avec une partie de l'aréole est exécutée chez 85.76% des enquêtées. Ces résultats sont similaires à ceux de **Sabitha N. [81]** en Inde en 2015, 86% des enquêtées donnaient le mamelon et une grande partie de l'aréole était prise par les lèvres de l'enfant. **Shankar P.Y et al. [79]** au Népal en 2016 ont trouvé que 52.3% respectait la meilleure prise du sein par bébé.

- **Bonne position d'allaitement maternel**

Parmi nos enquêtées, 75.45% adoptent la bonne position pour allaiter l'enfant. Ce taux est comparable à ceux des autres comme **Shankar P.Y et al. [79]** au Népal en 2016 qui ont trouvé que 89.2% adoptait une bonne position, selon **Pal A.C et al. [55]** en 2014 en Inde, le taux pour une position correcte est de 68.8%.

Kiranmai T. et al. [82] en Inde 2015 ont trouvé que la pratique de l'allaitement maternel et une bonne position chez la mère présentées des scores respectifs 61.02% et 30.50%. Pour ces derniers les résultats sont très inférieurs aux nôtres.

- **Meilleure façon d'approcher l'enfant au sein**

La bonne manière d'approcher le sein à l'enfant est pratiquée par 33.33% de nos enquêtées. Nos résultats sont comparables à ceux de **Mbada C.F et al. [83]** au Nigeria en 2013 qui ont trouvé que la meilleure façon d'approcher l'enfant au sein est faite par 41.3% et qu'une légère inclinaison associée souvent à l'usage de l'oreiller pour le soutien des avant-bras a été répondu par 75.7%.

La prise du sein avec doigt en forme en "C" est exécutée chez 71.82% des enquêtées. Le changement du sein après avoir vidé le premier chez 46.97% des enquêtées

Bien que la connaissance sur le changement de la composition du lait maternel au cours d'une même tétée et tout au long de la période d'allaitement soit satisfaisante chez les mères (89.70%), il y a discordance entre théorie et pratique puisque le changement du sein après avoir vidé le premier n'est exécuté que par 46.97% de nos enquêtées et ceci pourrait s'expliquer par le fait que pas mal de mamans ne savent pas qu'il faut consacrer un temps suffisant pour allaiter son enfant et ignorent que Si vous retirez du sein à un bébé qui tète

lentement avant qu'il ait fini, il ne prendra pas suffisamment de lait de fin de tétée, qui est riche en énergie et donc nécessaire à sa croissance.[23]

IV.4.3. Allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie

Parmi les 180 enquêtées dont les enfants étaient âgés de plus de 6 mois au moment de l'enquête, 37.38% ont bénéficié d'un allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie alors que 62.62% ont été supplémentés avant 6 mois.

Chez **Ambuj. S. et al. [46]** en Inde 2019 où 68.2% étaient âgés de plus de 6 mois parmi lesquels 14.2% seulement ont bénéficié d'un l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie. **El Kamel N. [42]** au Maroc 2018, a trouvé que 14.7% des bébés avaient bénéficié d'un allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie (évalué sur les expériences précédentes).

Atimati. A.O.et al. [43] au Nigeria en 2018, dans leur étude ont trouvé que le taux d'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie était de 36.6%. **Gurung R. [50]** au Népal 2018, dans son étude a trouvé que le taux d'allaitement maternel exclusif était de 76.4% Selon **Cascone D. et al. [49]** 59.7% ont répondu que leur enfant reçoit le lait maternel exclusif, et 33.3% ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif au moins 6 mois.

Selon **Chandambuka E.M et al. [47]** au Zimbabwe 2019, 36% ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif. **Boateng F.M. [71]** Finlande 2018 dans son étude a trouvé que 55.8% ont allaité exclusivement au sein durant les 6 premiers mois de vie.

Nos résultats (37.38%) sont similaires à ceux de de **Atimati. A.O.et al. [43]** (36.6%) et ceux de **Chandambuka E.M et al. [47]** (36%) Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Cascone D. et al. [49]** (33.3%). Nos résultats sont inférieurs à ceux de **Boateng F.M. [71]** Finlande 2018 (55.8%) et de **Gurung R. [50]** au Népal 2018 (76.4%). les taux inférieurs s'observent chez **Ambuj. S. et al. [46]** (14.2%), **El Kamel N.[42]** au Maroc 2018 (14.7%).

Ce taux faible d'allaitement maternel exclusif qui s'observent dans notre étude pourrait s'expliquer par :

- L'activité professionnelle des femmes qui les pousse à se séparer de leurs enfants pendant plusieurs heures.
- Faible niveau des connaissances des femmes sur la définition d'allaitement maternel exclusif et le manque de sensibilisation à grande échelle sur

l'importance d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois lors des CPN. Il reste néanmoins nécessaire de fournir encore des efforts sur l'applicabilité de la recommandation de l'OMS d'allaiter les nourrissons exclusivement aux seins jusqu'à 6 mois.

IV.4.4. Alimentation du nouveau-né dès l'accouchement

Chez 81.52% des nouveau-nés de notre étude, le colostrum était leur premier alimentation après la naissance, 10.00% des nouveau-nés ont reçu la solution glucosée, 7.27% ont reçu du lait artificiel, 1.21% ont reçu de l'eau sucrée avant la première tété.

Gurung R. et al. [50] au Népal a trouvé que 65% des femmes n'ont rien donné à l'enfant avant l'initiation de l'allaitement maternel. Nos résultats satisfaisants par rapport à ceux d'**Ambuj S. et al. [46]** en Inde 2019, qui a trouvé que 51.2% ont reçu d'autres produits avant l'initiation de l'allaitement maternel. Nos résultats sont similaires à ceux de **Abdulmaleek M.A et al.[54]** au Nigeria 2016, dans leurs études ont trouvé que seulement 28% ont reçu avant l'initiation de l'allaitement maternel de l'eau (20,4%), glucosée +eau (1,6%) et autres produits(6%) alors que 72% ont bénéficié du colostrum avant tous et de **Neseem A. et al. [84]** 2016 qui ont trouvé que 27% des enfants ont reçu quelque chose avant l'allaitement maternel et 73% des nouveau-nés ont reçu directement du colostrum. Tous les auteurs à l'exception **Ambuj S. et al. [46]** ont trouvé que la majorité des nouveau-nés ont reçu du colostrum avant toute chose après l'accouchement.

Il ressort de notre étude que la grande majorité des mères ont allaité leurs nouveau-nés après l'accouchement sans donner autre chose avant la première tété. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des mères ont mis leurs enfants au sein dans au moins 1 heure après l'accouchement. En plus les mamans de notre enquête affirmaient la part de ses bienfaits indéniables pour le bébé.

IV.4.5. Gestes d'après l'allaitement

Le maintien vertical de l'enfant après chaque tété en faveur de son éructation est pratiquée chez 84.85%. Nos résultats sont similaires à ceux de **Nisha S. et al. [85]** en Inde 2016 qui ont trouvé 86.67% mais supérieurs à ceux de **Shankar P.Y. et al. [79]** au Népal (41.5%) et **Vandana V. et al. [83]** en Inde en 2015(35%).

Nos résultats montrent que la majorité des mères allaitantes ont déjà intériorisé qu'après chaque tété l'enfant doit faire une éructation d'où la pratique est devenue comme routine.

IV.4.6. Age de l'enfant au moment du sevrage

Parmi les 54 enfants qui n'allaitaient pas au moment de l'enquête, leur durée totale d'allaitement maternel a été entre 19 mois-24mois à un taux de 53.57%, puis 24mois et plus à un taux de 39.29% et moins de 18 mois à un taux de 7.14%. **El Kamel N. [42]** au Maroc 2018, dans son étude a trouvé que 46,4% des femmes avaient allaité leurs enfants une durée totale de plus de 12 mois, 35.7% une durée comprise entre 6mois et 12 mois, 17.8% une durée de moins de 6mois.

Atimati. A.O. et al. [43] au Nigeria en 2018, dans leur étude ont trouvé que 85.3% des femmes avaient allaité leurs enfants une durée totale comprise entre 13 mois et 24 mois, 9.6% une durée comprise entre 7mois et 12 mois, 4.1% une durée comprise entre 19mois et 24 mois

CHAPITRE V. CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

V. 1. Conclusion

Au terme de cette étude, nous concluons que:

La majorité des mères de notre enquête déclare un manque de sensibilisation sur la mise en route de l'AM au cours de CPN.

La plupart d'entre elles avait un niveau élevé des connaissances.

La majorité des mères enquêtées ont une attitude positive sur l'AM.

En pratique, le taux d'AME est faible au cours des 6 premiers mois de vie. Une discordance entre les connaissances et pratiques concernant l'AME a été notée.

La majorité des mères enquêtées ont donné le sein immédiatement après l'accouchement.

Une faible proportion des femmes affirment avoir pratiqué l'AM jusqu'à 2 ans et plus. Les techniques d'AM sont mal connues des mères de notre enquête.

Nous avons constaté une discordance entre connaissances et pratiques en ce qui concerne le changement du lait maternel au cours d'une même tétée et tout au long de la période d'allaitement.

La pratique de l'allaitement maternel dans notre enquête reste en dessous des attentes sur plusieurs aspects dont : techniques d'AM; l'AME jusqu'à six mois, poursuite de l'AM jusqu'à deux ans ou plus et une discordance entre certaines connaissances et pratiques a été notre constat.

Des séances de sensibilisation sont nécessaires pour adapter les pratiques aux connaissances.

V.2. Suggestions

Au terme de ce travail, nous pouvons formuler quelques suggestions :

Au MSPLS :

1. Continuer à Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie.
2. Assurer une formation continue des professionnels de santé relative à l'allaitement maternel.
3. Adopter une politique d'allaitement maternel au sein des maternités ainsi que le suivi de son application en se basant sur les critères de « l'initiative hôpital amis de bébé » avec organisation d'un prix national annuel pour la meilleure maternité lors de la semaine nationale de l'allaitement maternel.
4. Renforcer l'application des mesures permettant aux mères allaitantes de travailler et d'allaiter et si possible la création des crèches publiques près de leur lieu de travail.
5. Initier les programmes de consultation en lactation.

Aux personnels de santé :

1. Expliquer et sensibiliser les mères sur les avantages de l'allaitement maternel en général et de l'allaitement maternel exclusif en particulier. Ceci pourrait améliorer leurs connaissances sur l'allaitement maternel et par là augmenter taux de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6mois, ensuite leur montrer de bonnes pratiques pour la conduite de l'allaitement maternel.
2. Encourager la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2ans.
3. Donner les conseils en soutenant l'allaitement maternel lorsque les femmes se présentent en CPN.

Aux Agents de santés communautaires :

1. Etre tout près des mères allaitantes pour les stabiliser sur les bonnes pratiques de l'allaitement maternel et prévenir certaines complications qui pourraient accompagner les mauvaises positions et autres pratiques inadéquates.
2. Prévoir des visites à domicile dans la mesure de sensibiliser sur le respect de programme de CPN.

Aux mères :

1. Respecter l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois puis l'introduction progressive d'autres aliments ;
2. Participer activement et convenablement aux CPN et participer à des séances d'éducation pour l'allaitement maternel.
3. Essayer de mettre en application les connaissances pour adapter les pratiques aux connaissances.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **World Health Organization.** 54^o assemblée mondiale de la santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Geneva : **WHO**, 2001.
2. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.** Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Paris. **ANAES**. 2002 mai;177p.
3. Pratique de l'allaitement à la maternité. Brochure à l'usage des professionnels de santé. **L'ENVOL**. 1998
4. **Elbakali M.** (2011). La pratique de l'allaitement maternel au niveau de 3 maternités : situation actuelle et facteurs influençant enquête auprès de 227 mères et 61 professionnels de santé, Rabat, 168 pp.
5. **Organisation Mondiale de la Santé.** Recommandations de l'OMS en matière d'alimentation du nourrisson, 01 mai 2001, <http://www.who.int> Consulté le 17 Janvier 2020.
6. **Kersuzan C., Gojard S. , Tichit C., Thierry X., Wagner S.et al.** Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les European Scientific Journal March 2017 Edition vol.13, No.9 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431
7. **Dop M.C., Benbouzid D.** Regional features of complementary feeding in Africa and the Middle East. In: Dop MC, Benbouzid D, Trèche S, deBenoist B. Verster A. Delpeuch F, eds. Comple; mentary feeding of young children in Africa and the Middle East. Geneva: **World Health Organization**, 1999: 43-58 (WHO/NHD/99.3).
8. **Morse J.M, Jehle C., Gambie D.** Initiating breastfeeding: a world survey of the timing of post-partum breastfeeding. Int J Nurs Stud 1990; 27: 303-13.
9. **Holm H., Matheson I.et al.** Promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge. Health Policy Planning 2001; 16: 199-205. Cahiers Santé 2002; 12: 64-72 1
10. Demography and health surveys. <Http : //www.measuredhs.com> Consulté le 18 Janvier 2020
11. **Leach A., McARDLE T.F., Banya W.A., et al.** Neonatal mortality in a rural area of Gambia. Ann Trop Paediatr 1999; 19: 33-43.
12. **WHO.** Indicators for assessing breast-feeding practices. Repare of an informai meeting 11-12 June 1991. Geneva : World Health Organization, 1991; 14 P (WHO/CDD/SER/91.14).

- 13.Organisation mondiale de la santé.** Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. Résultats d'un examen systématique de l'OMS. Note pour la presse 2001 ; 7; 6 p.
- 14.MSPLS :** Enquête nationale sur situation nutritionnelle et la mortalité basée sur la méthodologie SMART au Burundi (ENSNMB, 2018)
- 15.Cesar G. V., Bahl R., Franca G., et al.** For The Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. 2016; p475-490.
- 16.Grabowski T.** Principe d'anatomie et de physiologie. Deuxième édition française Bruxelles 2000: Pages 1009-1011 et 1057-1058.
- 17.<http://www.depistagesein.ca/wp-content/uploads/2012/poitrine-20161-el465308542187.jpg>.** consulté le 04 janvier 2020
- 18.Traoré O.Y:** Etude de la prévalence, connaissance, aptitudes et pratique de l'allaitement au sein chez les mères consultant dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE. Thèse Médecine, Bamako 2008 n°473.
- 19.Houbedine L.M. :** Biologie de la lactation Encycl. Med Chir (Elsevier, Paris), tb Gynécologie/Obstétrique, 5-008-A-30, 1997, 15p
- 20.Jaes A.** L'alimentation infantile : Bases physiologiques. Bulletin de l'OMS1989.
- 21.Houdebine L.M.** La physiologie de la lactation humaine. In : la lactation et ses troubles. La revue du praticien 1986 ; 36(27) :1495-507
- 22.Dadoune J.P** Histologie-Collection de la biologie à la clinique. Paris : Flammarion, 1990. P462
- 23.Savage K. F. & BENOIT B.** Aider les mères à allaiter. OMS; WHO/CHD/96; WHO/AFRO/NUT/96.1. Deuxième édition Genève 1996 P192.
- 24.INFO ALLAIT.** Ressources Internet sur l'allaitement [En ligne]. consulté le 11/01/2020. Consultable à l'URL : <http://www.infoallait.org>.
- 25.INFO REPORTS.** Réponses aux questions sur l'allaitement, Guide à l'intention des prestataires de services ; Mali 2006 Mars n°5 : Pages 2. intention des prestataires de services ; Mali 2006 Mars n°5 : Pages 2.
- 26.Geiler I., Fouassier I.** Le conseil en allaitement à l'officine ; Rueil-Malmaison: Le Moniteur des pharmacies : Wolters Kluwer France, Collection Pro-officina ; 2013.
- 27.Burby L.** 101 reasons to breastfeed your child [En ligne]. 2005 Février [consulté le 29/12/2020]. Consultable à l'URL : <https://www.promom.org> .

- 28. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer.** Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease.. *Lancet* 2002; 360: 187-95.
- 29. Msolly A. et al.** Breastfeeding reduces breast cancer risk: a case-control study in Tunisia. *Cancer Causes and Control*. 2010 Mar;21(3):393-7
- 30. Freund C et al.** Allaitement maternel et cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2005, 33 (10) : 739-744
- 31. Thirion M.** L'allaitement : de la naissance au sevrage. Paris: Albin Michel; 1999.
- 32. Bennett S.S., Indman P., « Beyond the Blues: A Guide to Understanding and treating Prenatal and Postpartum Depression »,** Moodswings Press, 2006
- 33. Li R., Chen J et al.** « Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year », *Pediatrics*, 2008; 122 Suppl 2():S69-76
- 34. BELLLOT M.C., CACHIA H., MACHINOT S.** Cahiers de puériculture Diététique infantile ; Masson 1986 : P13-18
- 35. Triaa Ben hammadi I.** Les déterminants du choix du mode d'allaitement ; Thèse de Médecine Université Paris Diderot-Paris7, 2009 : pages 173.
- 36. INFO Population Reports Meilleur allaitement.** vies plus saines. 2006 Mars : Pages13.
- 37. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.** Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Paris. ANAES 2002 (Mai). Pages 18.
- 38. OMS | Alimentation des nourrissons pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**
https://www.who.int/elena/titles/hiv_infant_feeding/fr/ 5 avr. 2019
 consulté le 23 avril 2020
- 39. WHO.** Update: Breastfeeding and Maternal tuberculosis 1998 (Feb); (23): pages 1-2.
- 40. STATISTIQUE CANADA.** Méthodes et pratiques. No 12-587-X au catalogue.chap.8p. 165
- 41. Mohapatra L., Roy A.** Breastfeeding awareness and perception among antenatal mothers: A cross sectional study in urban slum population of Bhubaneswar, *Odisha Journal of Education and Health Promotion /Volume 7/ May 2018.*

- 42.Elkamel N.** Connaissances, attitudes et pratiques des mères et des médecins concernant l'allaitement maternel. Thèse N°058/18. Faculté de Médecine et de Pharmacie. Maroc.2018
- 43.Atimati A.O., Adam V.Y.** Breastfeeding practices among mothers of children aged 1–24 months in Egor Local Government Area of Edo State, Nigeria. *South African Journal of Clinical Nutrition* 2018; 0(0):1-7.
- 44.Mulugeta W.A., Netsanet H. B., Nigusie B.T. et al.** Knowledge and Attitude towards Exclusive Breastfeeding among Mothers Attending Antenatal and Immunization Clinic at Dabat Health Center, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institution Based Study.
- 45.Cardoso A., Silva A.P., Marin H.** Pregnant women's Knowledge Gaps about Breastfeeding in Northern Portugal. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*,7, (2017) 376-385.
- 46.Ambuj S., Sanya G., Pooja T. et al.** Knowledge, attitude and practices regarding breastfeeding amongst antenatal and postnatal females of Theog, Himachal Pradesh, India. *Civil Hospital Theog, Himachal Pradesh, India. JMSCR Vol||07||Issue||08||Page 378-382||August 2019*
- 47.Chandambuka E.M., Mudagowa P.T., Chimberengwa P.T., Mutseyekwa F.M.** Determinants of exclusive breastfeeding among mothers of infants aged 6 to 12 months in Gwanda District, Zimbabwe
- 48.Akinyinka M.R., Foluke A.O., Esther O.O.** Breastfeeding Knowledge and Practices among Mothers of Children under 2 years of Age Living in a Military Barrack in Southwest Nigeria. *International Journal of MCH and AIDS* (2016), Volume 5, Issue 1, 1-13.
- 49.Cascone D., Tomassoni D., Napolitano F., Giuseppe G.D.** Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practice about Exclusive Breastfeeding among Women in Italy Department of Experimental Medicine, University of Campania "Luigi Vanvitelli", Via Luciano Armanni 5 80138 Naples, Italy(2019).
- 50.Gurung R., Silwal M., Gurung A., Sah I., Koirala D. et al.** Knowledge, Attitude and Practice towards Exclusive Breastfeeding among Mothers in Pokhara-Lekhath. College of Nursing Sciences, Gandaki Medical College, Pokhara, Nepal.
- 51.Igwe N.M., Agboeze J., Ejikeme B.N. et al.** Breastfeeding Awareness and Practices in Abakaliki, Southeast, Nigeria. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6, (2016)861-873.

- 52. Laure S.** Connaissances sur l'allaitement des femmes allaitantes avant leur sortie de maternité au CHU Estaing de Clermont-Ferrand. Gynécologie et Obstétrique. 2014 <dumas-01095209.
- 53. Sohair A.M.S., Hessa A.S. A-S.** Breastfeeding knowledge, attitude and practice among mothers in Hail district, northwestern Saudi Arabia. ISSN: 2320-1959.p-ISSN: 2320-1940 Volume 3, Issue 1 Ver. V (Feb. 2014), PP 49-56.
- 54. Abdulmaleek M.A, RN, BNSc, PDE,** Knowledge, Attitude and Practice of Exclusive Breastfeeding among Multigravid Women Attending Antenatal Clinic in Aminu Kano Teaching Hospital Department of Nursing Sciences, Bayero University, Kano, Kano State, Nigeria. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) e-ISSN: 2320–1959.p- ISSN: 2320–1940 Volume 5, Issue 6 Ver. I (Nov. - Dec. 2016), PP 59-74.
- 55. Pal A.C., Dipta K.M.** Knowledge, Attitude and Practice of Breastfeeding in a Rural Community of Bankura District, West Bengal, India. Journal of Dental and Medical Sciences. Issue 11 Ver. VII (Nov. 2014), PP 24-28.
- 56. Hadeel A.T.** Breastfeeding Knowledge, practices, attitudes, and influencing factors: Findings from a selected sample of breastfeeding mothers in Bemidji, Minnesota. Minnesota State University, Mankato. (2014).
- 57. Sarmila M., Urmila D., Dr. Subhrajyoti N.** Knowledge of Breastfeeding and timely initiation of it amongst post natal mothers: An experience from a baby friendly teaching hospital of a metropolitan city. Journal of Dental and Medical Sciences. Volume 4, Issue 1 (Jan-Feb. 2013), PP 25-30.
- 58. Khoushabi F., Shadan M.R., Chenar S.F., Bagheri S.** Knowledge and Attitude Evaluation of Mothers Regarding Exclusive Breastfeeding Referring to Health Care Centers. Prensa Med Argent (2018) 104:5hospital, Wajir county, Kenya a cross sectional analytical study. International Breastfeeding Journal (2018) 13:11.

- 59. Mahat J.M., Sophia O., Victor O.O.** Comparison of knowledge, attitudes and practices on exclusive breastfeeding between primiparous and multiparous mothers attending Wajir District hospital, Wajir county, Kenya a cross sectional analytical study. *International Breastfeeding Journal* (2018) 13:11.
- 60. Nukpezah N.R., Samuel V.N., Jerry N.** Knowledge and practices of exclusive breastfeeding among mothers in the tamale metropolis of Ghana . *Reproductive Health* (2018) 15:140.
- 61. Afrose L., Bilkis B., Kazi R., Khurshida K.** Factors associated with knowledge about breastfeeding among female garment workers in Dhaka city WHO South-East Asia *Journal of Public Health* 2012; 1(3):249-255
- 62. Hashim T.H., Mgongo M., Katanga J.** Predictors of appropriate breastfeeding knowledge among pregnant women in Moshi Urban, Tanzania: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* (2017) 12:11.
- 62. Hashim T.H., Mgongo M., Katanga J.** Predictors of appropriate breastfeeding knowledge among pregnant women in Moshi Urban, Tanzania: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* (2017) 12:11.
- 63. Slama F.B., Ayari I., Ouzini F. et al.** Allaitement maternel exclusif et allaitement mixte : connaissances, attitudes et pratiques des mères primipares. *EMHJ* . Vol. 16 N°. 6 . 2010.
- 64. Audrey L. M.** Motivation des femmes à poursuivre l'allaitement maternel malgré les complications. Thèse pour diplôme d'état de Docteur en médecine pp 19-24 ; 2013-TOU3-1030
- 65. Sbai-Lauvergnier G.** Effet antalgique de l'allaitement maternel lors de la vaccination du nourrisson : revue de la littérature. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université Toulouse III-Paul Sabatier. (2013).
- 66. Hélène D.** Effet analgésique de l'allaitement maternel. 16e Journée. La douleur de l'enfant. Quelles réponses ? 2 & 3 décembre 2009.
- 67. Audrey T.** Pourquoi l'effet antalgique de l'allaitement maternel est-il si peu utilisé par les soignants lors des soins chez les bébés ? Formation ACPL. Polynésie. 2013/2014.

- 68. Boor F.K., Ogada I.A., Kimiywe J.** Knowledge and Practices on Early Breastfeeding among Mothers Delivering at a Teaching and Referral Hospital in Uasin-Gishu County, Kenya. *J Pediatr Womens Healthcare*. 2018 1(1): 1001.
- 69. National Medicines Information Center.** Medication use in breastfeeding Women. Volume 20. Number 2. 2014.
- 70. Debasis D., Dibyendu R.** “Awareness of Antenatal Mothers on Breastfeeding-Experience in A Tertiary Care Hospital of West Bengal.” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, vol. 16, no. 10, 2017, pp. 26-29.
- 71. Boateng M.F.** knowledge, attitude and practice of exclusive breastfeeding among mothers in Techiman, Ghana Master’s thesis, 2018. (73 pages).
- 72. Brian R., Melissa V., Catherine P.W.** The effect of breastfeeding on breast Aesthetics. *Aesthetic Surgery Journal*. Volume 28. Number 5. September/October 2008.
- 73. Ashmika M., Deerajen R., Prity P-G., Rajesh J.** An Assessment of the Breastfeeding Practices and Infant Feeding Pattern among Mothers in Mauritius. *Journal of Nutrition and Metabolism*. Volume 2013, ID243852, 8 pages.
- 74. Adil A.N.A.** Knowledge, attitude and practice regarding exclusive breastfeeding among mothers attending primary health care centers in Abha city. *IJMSPH*. 2014. Vol 3. Issue 11.
- 75. Mahnaz H., Roya V.** Maternal Knowledge and attitude toward Exclusive Breastfeeding in Six Months after Birth in Shiraz, Iran. *Int J Pediatr*, Vol.4, N.11, Serial N°.35, Nov 2016.
- 76. Leshi O., Folake O.S., Marian O.A.** Breastfeeding Knowledge, Attitude and Intention among Female Young Adults in Ibadan, Nigeria. *Open Journal of Nursing*, 2016, 6, 11-23.
- 77. Ogunba B., et al.** Knowledge, attitude and intending practice female undergraduates about breastfeeding. *AJFAND*. Volume 14. N°.4 July 2014.

- 78.UNICEF/WHO REPPORT.** Breastfeeding within an hour after birth is critical for saving newborn lives. News Release. 31 July 2018. Geneva & New York.
- 79.Shankar P.Y., Mohan S., Jitendra T. et al.** Knowledge, attitude and practices on the care of the new born in postnatal mothers delivering at a tertiary care centre in Nepal. Sri Lanka Journal of Child Health, 2016; 45 (3): 189-192.
- 80.Vandana V., Seema B. Balqis V.** Assessment of the General Breastfeeding Practices of Postnatal Mothers. International Journal of Caring Sciences. September-December 2015 Volume 8|Issue 3| Page 641.
- 81.Sabitha N.** An observational study on breastfeeding Success among postnatal mothers. NUJHS Vol. 5, N^o.3, 2015, ISSN 2249-7110.
- 82.Kiranmai T., Shyamala G., Shripad H., et al.** Knowledge,attitude, and practice of techniques of breast-feeding among postnatal mothers in a coastal district of Karnataka. India. June 19, 2015.
- 83.Mbada C.E., Adekemi E.O., Joel O.F et al.** Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community. BMC Research Notes 2013, 6:552.
- 84.Neseem A, Mazher N.** A study to evaluate exclusive breast feeding among primi mothers of healthy term neonates in a tertiary care hospital and predictors of failure of establishment of exclusive breastfeeding in first six months. Int J Contemp Pediatr. 2016;3(3):810-81
Department of Child Health, University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria
Department of Community Health, University of Benin Teaching Hospital Benin City, Nigeria
- 85.Nisha S., Yogendra C., Anshuli T., et al.** A study to evaluate breastfeeding practices among lactating mothers: a community based study in rural Anganwadi centers in field practice area of government medical college, Jabalpur, Madhya Pradesh, India. Int J Community Med Public Health. 2016 Oct; 3(10): 2786-2793.

ANNEXES

- 3. Quel est le premier aliment liquide à donner à l'enfant dès l'accouchement?**
 a)colostrum b) Eau sucrée c) lait artificiel d) glucosée 10 e) eau tiède
 f) je ne sais pas g) autre (à préciser).....
- 4. Selon vous le premier lait maternel est:** a)Bien pour le bébé ?
 b) mauvais ? c) je ne sais pas
- 5. L'allaitement maternel exclusif se fait jusqu'à quel à quel âge?** a)2mois
 b) 3mois c) 4mois d) 5mois e) 6mois
 f) > à 6mois
- 6. Avant 6mois, le lait maternel exclusif suffit ?** a)oui b) non
 c) je ne sais pas
- 7. Pendant L'allaitement maternel exclusif on peut donner come liquide:** a)rien
 b) eau de boisson c) autre boisson d) je ne sais pas
- 8. Une femme porteuse du VIH peut-elle le transmettre à son enfant pendant l'allaitement maternel?** a) oui b) non c) je ne sais pas
- 9. Un bébé qui a mal soufre moins quand on lui donne du sein?** a) Oui
 b) non c) Je ne sais pas
- 10. Dans combien de temps débute l'allaitement maternel après l'accouchement?**
 a) Immédiatement
 b) 30min à 1h c) 1h à 2h d) au-delà e) je ne sais pas
- 11. La mise au sein de l'enfant stimule la montée laiteuse?**
 a) oui b) non c) je ne sais pas
- 12. Le lait maternel change de composition au cours d'une même tétée et tout au long de la période d'allaitement?** a) oui b) non c) Je ne sais pas
- 13. Certains médicaments pris par la mère allaitante peuvent nuire à l'enfant allaité ?** a)oui b) non c) je ne sais pas
- 14. L'état nutritionnel de la mère influence sur la composition du lait maternel?**
 a)oui b) Non c) Je ne sais pas
- 15. Selon vous, L'allaitement maternel déforme la poitrine?**
 a) oui b) non c) je ne sais pas
- 16. Une bonne position d'allaitement permettra une succion efficace?**
 a) oui b) non c) Je ne sais pas
- 17. l'enfant est allaité** a) aux heures fixes ? b) A la demande ?
- 18. Selon vous, toutes les mamans produisent un « bon lait »?**
 a)oui b) non c) je ne sais pas

II. ATTITUDE DES MERES

19. Avez-vous des complexes d'allaiter en public?

a)oui b) non

20. Auriez-vous des complexes d'allaiter en fonction de votre âge avancé ?

a)oui b) non

21. A quel âge voudriez-vous sevrer votre enfant (question réservée aux mères dont les enfants étaient au moment de l'enquête)?

a)1 an c)2ans d) plus de 2ans d) ça dépendra de l'enfant

III. PRATIQUES

22. Le nourrisson tète actuellement au sein? a) oui b) non

23. La première tétée s'est faite combien de temps après l'accouchement?

a) première heure b) Après 2h c) Après 6h d) Le premier jour
e) Le deuxième jour f) Après 2jours g) je ne me souviens pas
h) jamais

24. Nature de Produits administrés juste après l'accouchement:

a)Eau sucrée b) Colostrum c) Lait artificiel e) Glucosée 10%
f) Eau chaude

25. Quel a été le mode d'allaitement avant 6mois (quel est le mode d'allaitement) pour cet enfant ? a) allaitement maternel exclusif b) allaitement artificiel exclusif c) Allaitement mixte

26. Nature de Produits de supplémentation avant 6mois? (question réservée aux mères qui pratiquent /ont pratiqué l'allaitement mixte avant 6 mois)

a) Eau sucrée b) Lait artificiel c) Eau tiède d) Lait de Vache
e)Eau de boisson f)

(Aliment Liquide plus d'une réponse est possible)

27. Produits administrés juste après l'accouchement:

a)Eau sucrée b) Colostrum c) Lait artificiel e) Glucosée 10%
f) Eau chaude g) Autre

28. Donnez-vous à votre enfant les 2 seins à chaque repas?

a)oui b) non

29. Passez-vous au deuxième sein après avoir vidé le premier ? :

a)oui b) non

30. Lavez-vous les mains avant d'allaiter un enfant?

a) oui b) non

31. Nettoyez-vous les aréoles et les mamelons avant chaque tétée à l'eau?

a) oui b) non

32. Quelle est votre position à prendre pour allaiter votre enfant?

a) s'asseoir sur une chaise en position non inclinée

b) s'asseoir sur une chaise en position semi inclinée en fixant le bébé

33. Si le nouveau-né tombe en sommeil au sein, que faire?

a) le laisser dormir b) le stimuler en caressant son corps

34. Après la tétée, l'enfant est maintenu verticalement pour lui permettre de faire son éructation ?

a) oui b) non

35. la technique confortable de tenir le sein est:

a) doigt en « V » b) doigt en « C »

36. la technique correcte de prise de sein par la bouche de l'enfant est:

a) mamelon exclusif dans la bouche de l'enfant b) mamelon et une partie de l'aréole du sein dans la bouche de l'enfant

37. Geste pour rapprocher le sein à l'enfant:

a) sein vers l'enfant b) enfant vers le sein

38. Comment interrompre la succion

a) éloigner l'enfant du sein b) insérer un doigt doucement entre les gencives de l'enfant et le sein

39. Quel a été l'âge de fin d'allaitement maternel pour le nourrisson actuel ? (question réservée aux mères dont les enfants ne étaient pas au moment de l'enquête)

Annexe 2

RESUME DU CODE INTERNATINAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL : Le but de ce code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du Lait Maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées : Le code s'applique aux laits artificiels et autres produits que l'on donne aux bébés en particulier ceux qui doivent être utilisés dans un biberon. Il s'applique aussi aux biberons et aux tétines. Il comprend dix recommandations :

1. Interdiction de faire toute publicité des substituts du LM au grand public.
2. Interdiction de faire toute promotion de ces produits dans le système de soin de santé.
3. Interdiction de promouvoir des produits inappropriés pour nourrissons comme le lait condensé sucré.
4. Pas d'échantillons gratuits ou à prix réduits.
5. Interdiction d'offrir des cadeaux ou des échantillons personnels aux professionnels de santé.
6. Interdiction pour tout représentant de l'industrie ou tout professionnel de santé payé par les fabricants de donner des conseils aux mères.
7. Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs de ces produits aux professionnels de santé doivent être scientifiques et se limiter aux faits.
8. tout emballage ou étiquette doit clairement mentionner les bienfaits de l'allaitement maternel.
9. Le lait artificiel ne peut être idéalisé ni en mots comme « humanisé » ou « maternisé » ni en image.
10. En cas de nécessité absolue les produits utilisés doivent être de bonne qualité et la date limite d'utilisation doit être clairement mentionnée sur l'emballage.

Annexe3

CONDITIONS DE REUSSIR L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulé par écrit.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'association de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

SERMENT DE GENEVE

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale,
Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité ;

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.

Je ne permettrai pas que les considérations de race, de religion, de nation, 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 sa conception.

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

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur »

RESUME

But: Contribution à l'amélioration de la pratique de l'allaitement maternel.

Patients et méthodes: Il s'agit d'une étude transversale et descriptive menée au centre hospitalo-universitaire de Kamenge dans le Centre de Médecine Communautaire et le service de consultation pédiatrique du 31 décembre 2019 au 30 janvier 2020. Le recueil des données s'est fait sur une fiche par entrevue. Le traitement et l'analyse des données ont été faits avec épi-info 7.2.

Résultats: Au total, 330 mères ont été incluses dans notre étude. L'âge moyen des mères était de 29.92 ± 6.44 . Ces mères proviennent de plusieurs localités dont la zone kamenge vient en première position à 29.39%. Parmi les enquêtées, 73.64% étaient mariées, 44.55% des ménagères et la majorité avait un niveau primaire à 37.88%. Les grossesses desquelles sont issus les enfants de notre enquête ont été suivies en CPN à 97.27% mais 37.88% seulement des enquêtées ont déclaré avoir été informées sur l'allaitement.

Ainsi, 53.64%, 45.45%, 0.91% avaient respectivement un niveau de connaissances élevé, moyen et faible. 96.97% avaient une attitude positive sur l'allaitement maternel. Le taux d'allaitement maternel exclusif calculé en se basant sur les enfants qui étaient âgés de plus de 6 mois au moment de l'enquête est de 37.38%. La majorité (81.52%) ont donné du colostrum à l'enfant avant tout autre aliment. 46.97% seulement respectaient le temps de changement de sein pendant l'allaitement. La bonne manière de rapprocher l'enfant au sein et d'interrompre la succion représente respectivement 33.33% et 10.30% et 39.29% seulement ont poursuivi l'allaitement jusqu'à deux ans et plus.

Conclusion : La pratique de l'allaitement maternel dans notre enquête reste en dessous des attentes sur plusieurs aspects dont : techniques d'allaitement maternel; l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans ou plus et une discordance entre certaines connaissances et pratiques a été notre constat. Des séances de sensibilisation sont nécessaires pour adapter les pratiques aux connaissances.

Mots clés : Allaitement maternel, connaissances, attitudes, pratiques, allaitement maternel exclusif.