

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Recherche Scientifique

République du Mali de la

**Un Peuple – Un But – Une Foi**

\*\*\*\*\*



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2014-2015

N° /...../

## **THESE DE MEDECINE**

**ETUDE DES FACTEURS ASSOCIES A L'ALLAITEMENT  
MATERNELEXCLUSIF CHEZ LES MERES D'ENFANTS DE 0 A  
6 MOIS A BELEKO DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE FANA**

Présentée et soutenue publiquement le /30 /06/201....

Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie

**Par : M. Youssouf Diakaridia Diawara**

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

### **JURY**

**Président : Pr AG RHALY ABDOULAYE**

**Membres : Dr ABDOULAYE GUINDO**

**Directeur : Pr HAMADOUN SANGHO**

**Codirecteur: Dr MAHAMADOU TRAORE**

## **DEDICACE**

A **ALLAH**, gloire et pureté à lui. IL m'a permis d'accéder à cette faculté, il m'a donné la santé et la possibilité d'arriver à la fin de mes études, et grâce à sa clémence incessante, m'a permis de rédiger cette thèse.

Qu'**ALLAH** me pardonne pour toutes les imperfections que j'aurais fais depuis le début de ce travail.

Au Prophète **Mohamed** paix et salut sur lui ainsi qu'à tous ceux qui lui sont chers.

**A mon beau pays, le MALI** : dont la générosité m'a permis d'avoir une scolarité aussi poussée que je l'ai souhaitée. Que Dieu me donne la force, le courage et surtout le temps nécessaire pour pouvoir le servir avec loyauté et dévouement exemplaire.

### **A mon père feu Diakaridia Diawara**

Ton départ prématuré a laissé un grand vide dans mon cœur, j'aurais tout donné pour te voir là assis en ce jour solennel, mais Dieu en a décidé autrement. C'est avec fierté que je te dédie ce travail fruit de ton amour, de ta sagesse et de tes bénédictions. Dors en paix très cher père, et que Dieu t'accorde le repos éternel. Amen!

### **A ma mère Sitan Diawara**

Pilier de ma vie. Ton combat de femme fut pour moi un formidable exemple. Tu m'as toujours soutenu dans toutes mes entreprises. Sois assurée de ma profonde affection. Tes conseils, tes encouragements, tes bénédictions et surtout ta patience m'ont permis d'atteindre ce résultat. Que le bon Dieu t'accorde longue vie afin que tu puisses jouir du fruit de tes peines. A toi ma reconnaissance éternelle.

### **A mes tantes et à mes tontons**

Vos attachements pour une famille unie et prospère font de vous des parents très aimables. Vos bénédictions et encouragements ne m'ont jamais fait défaut

durant la réalisation de ce travail. Retrouvez à travers ce travail, l'expression de ma profonde reconnaissance.

**A mes frères et sœurs**

Merci beaucoup pour vos sacrifices, votre conseil et votre sympathie réconfortante. Toujours reconnaissant, je prie que Dieu le tout puissant resserre nos liens fraternels et nous maintienne unis sur la voie tracée par nos parents afin de pérenniser le succès.

Je vous prie d'accepter l'expression de mon fraternel attachement.

**A tous mes cousins et cousines**

Ce travail est aussi le fruit de vos critiques et de votre confiance placée à ma personne.

**A Ma fiancée, Hawa Samaké**

Un grand merci pour l'amour et le soutien infaillible que tu fais pour ma personne et pour ma famille, que le tout puissant puisse nous aider à mener ensemble une vie heureuse sur le droit chemin.

**A tous mes camarades de promotion**

J'aimerais rappeler tant de joie et de tristesse partagée ensemble, mais aussi tant d'élan et de spontanéité dans le soutien et l'assistance mutuels. Puissions-nous pérenniser cette forte solidarité.

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

**A tous les enfants du monde entier** que le bon Dieu vous accorde longue vie et une très bonne santé.

## REMERCIEMENTS

Je ne saurais terminer ce travail sans adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette réalisation.

**\*A la direction et le corps enseignant** de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour l'enseignement reçu.

**\*A la direction et tout le personnel du CREDOS**, pour la qualité de l'encadrement que vous offrez aux thésards.

**\*A tout le personnel du CSREF de Fana et du CSCOM de Bèlèko**, pour votre franche collaboration et votre profond respect qui ne m'ont jamais fait défaut durant ma formation. Recevez ici toute mon affection et ma reconnaissance.

**\*A Dr Cissé Alain**, un immense merci pour le soutien infaillible tout au long de la réalisation de cette thèse ; recevez à travers ce travail toute ma profonde gratitude.

**\*A M. Abdoulaye Diawara et famille à Niamakoro**, Merci pour votre humanisme et la confiance placée à ma modeste personne.

**\*A tous mes amis**, je ne veux pas citer de noms sous peine d'en oublier quelqu'un ; vos conseils et vos encouragements m'ont beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail. Je vous dis sincèrement merci.

**\*A tous ceux** que je n'ai pas cité par oubli et qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce travail ; et qui ne verront pas leurs noms. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A notre maître et président du jury : **Pr AG RHALY Abdoulaye**

- Professeur honoraire de médecine interne à la FMOS ;
- Ancien Directeur Général de l'INRSP ;
- Ancien secrétaire général de l'OCCGE ;
- Membre du comité d'éthique de la FMOS ;
- Chevalier international des palmes académiques du CAMES ;
- Docteur HONORIS CAUSA de l'université D'HAVAN au QUEBEC CANADA.

Cher maître,

Vous avez tout de suite accepté de présider ce jury de thèse et votre présence est plus qu'un honneur pour nous.

Vos connaissances, vos qualités humaines, votre rigueur scientifique et votre exigence du respect de l'éthique médicale sont pour nous un modèle. Ce travail n'aurait pu aboutir sans vos conseils avisés et votre disponibilité.

Recevez ici Honorable maître le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et juge : **Dr GUINDO Abdoulaye**

- Master en Santé publique ;
- Master en expertise et ingénierie du système d'information sanitaire ;
- Chevalier de l'ordre de mérite de la santé ;
- Médecin chef du centre de santé de référence de Fana.

Cher maître,

Vous avez accepté simplement et spontanément de juger ce travail.

Nous vous remercions vivement pour votre accueil chaleureux, votre soutien, votre enthousiasme et votre disponibilité.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

A notre maître et Codirecteur de thèse : **Dr TRAORE Mahamadou**

➤ Master en Santé publique (option nutrition).

Cher maître,

Les mots nous manquent pour vous remercier.

Vous nous avez fait l'honneur de co-diriger ce travail ; soyez en rassurée que nous nous servirons, toute notre vie, des méthodes de travail que vous nous avez inculquées.

Votre rigueur, votre fermeté et votre sens élevé du travail bien fait nous ont toujours séduits.

Vous demeurez un exemple à suivre.

Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre maître et directeur de thèse : **Pr Hamadoun Sangho**

- Maître de Conférences Agrégé en santé publique ;
- Directeur Général du centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS) ;
- Professeur titulaire de santé publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) ;
- Chef D.E.R de santé publique à la faculté de médecine, de pharmacie, et d'odontostomatologie (FMOS).

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse et d'accepter de diriger et d'encadrer ce travail. Nous avons particulièrement apprécié de travailler à vos côtés. Vos connaissances, votre précision dans le travail et votre pédagogie vous honorent.

Nous vous remercions pour votre disponibilité malgré vos multiples occupations. Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre plus profond respect.

## **SIGLES ET ABREVIATIONS**

**ADN** : Acide désoxyribonucléique

**ARN**: Acide ribonucléique

**AME**: Allaitement maternel exclusif

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

**ANJE** : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

**AM** : Allaitement maternel

**ARV** : Anti retro viral

**CMDT** : Compagnie malienne de développement du textile

**CPN** : Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CREDOS** : Centre de recherche d'études et de documentation pour la survie de l'enfant

**CSREF** : Centre de santé de référence

**EDS** : Enquête démographique et de santé

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**IHAB** : Initiative Hôpital Ami des Bébés

**IMC** : Indice de masse corporelle

**IST** : Infections sexuellement transmissibles

**OMS**: Organisation mondiale de la santé

**ORL** : Oto-rhino-laryngologie

**PRODESS** : Programme de développement socio sanitaire

**PEV** : Programme élargi de vaccination

**PCR**: Polymerase Chain Reaction

**RN6**: Route Nationalen°6

**UNICEF**: United Nations International Children Education Fund

**USAC**: Unité de soins, d'accompagnement et de conseil

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

**MICS** : Enquête par grappes à indicateurs multiples

## SOMMAIRES

I. INTRODUCTION.....	1
II. ENONCE DU PROBLEME.....	3
III. HYPOTHESES.....	8
IV. OBJECTIFS.....	8
V. GENERALITES.....	9
VI. METHODOLOGIE.....	32
VII. RESULTATS.....	41
VIII. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	64
IX. CONCLUSION.....	69
X. RECOMMANDATIONS.....	69
XI. REFERENCES.....	71
ANNEXES	

## I. INTRODUCTION

L'allaitement au sein est un moyen sans égal de fournir une alimentation idéale permettant une croissance et un développement sain du nourrisson. Il fait aussi partie intégrante du processus reproducteur avec des répercussions importantes sur la santé de la mère [1]. L'insuffisance de la pratique de l'allaitement maternel est la cause d'environ 1,4 million de décès chez les enfants à travers le monde [2]. Des pratiques d'allaitement au sein optimisées, spécialement l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois présentent la meilleure chance d'améliorer la survie de l'enfant et potentiellement de prévenir 1,4 million de décès d'enfant de moins de 5 ans dans les pays en voie de développement [2]. En effet, l'AME a un impact significatif sur la nutrition du nourrisson, sur la mortalité infanto-juvénile globale et sur la mortalité d'origine infectieuse ou nutritionnelle [3]. L'UNICEF estime que l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie pourrait éviter le décès de quelques 1,3 million d'enfant de moins de 5 ans chaque année, ce qui constitue un enjeu important pour les pays en développement [4].

En 2011 environ 39% des nourrissons dans le monde ont bénéficié de cette pratique pendant les six premiers mois de leur vie [5].

Cependant, au Mali, 97% des enfants sont allaités au sein, mais seulement 33% des enfants de moins de six mois sont exclusivement allaités [3].

Dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel au Mali, la politique nationale de santé (2000) recommande que les enfants de moins de 6 mois soient nourris exclusivement au sein pour leur assurer une survie, une croissance et un développement optimum. Les programmes mis en place se sont traduits par une augmentation significative du taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de six mois (38% en 2006 contre 25% en 2001) [6].

Des études ont montré que l'AME est associé à plusieurs facteurs qui sont entre autres : les caractéristiques liées à la mère, le soutien de l'entourage, l'état de santé de l'enfant et le système/service de santé [7,8].

L'objectif général de notre étude est d'étudier les facteurs liés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfant de 0 à 6 mois à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana.

## II. ENONCE DU PROBLEME

L'allaitement maternel exclusif est la pratique consistant à nourrir un bébé exclusivement de lait maternel (incluant du lait maternel qui a été extrait). On peut également donner au bébé des vitamines, des minéraux ou des médicaments. Cependant, l'eau, les substituts du lait maternel, les autres liquides et les aliments solides sont toutefois exclus [9]. L'OMS et l'UNICEF conseillent un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, tout en reconnaissant que certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas la suivre [10, 11]. Si le concept d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois s'impose logiquement pour beaucoup, il se heurte encore à de nombreuses barrières socioculturelles dans les pays en développement [12]. Toutefois en Europe, l'allaitement à 4 mois est maintenu dans plus de 65% des cas en Suède et en Suisse, 34% au Canada, 27% au Royaume Uni et à peine 25% en France [13]. Par contre en Afrique les taux de l'allaitement maternel exclusif varient d'un pays à l'autre : 7% en Algérie [14], 25% au Burkina Faso [15] ,21% au Cameroun [16] ,4% en Côte d'Ivoire [17], 21% en Guinée Conakry [18] ,35% en Mauritanie [19], moins de 23% au Niger[20],et 34% au Sénégal [21].

Cependant, au Mali, le taux de l'AME chez les enfants de 0-5 mois est de 33% selon l'EDSV [3].

Ainsi l'OMS et l'UNICEF font la promotion de l'allaitement maternel avec la diffusion des « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel », dans le cadre de l'Initiative « Hôpitaux amis des bébés » (IHAB) [22]. Par ailleurs, le rôle crucial de l'allaitement est au cœur de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [23,24].

Egalement, le Mali, dans sa stratégie Nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), a défini l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) comme composante essentielle de la promotion de l'allaitement

maternel exclusif. Elle s'inscrit dans le programme de développement socio sanitaire (PRODESS) qui, en matière d'allaitement maternel exclusif, s'est fixé un objectif de 80% de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois conformément à la recommandation de l'OMS [25].

Cependant l'allaitement maternel exclusif est influencé par des facteurs qui sont quelque peu différents selon les pays :

Au Canada Al-Sahab et al en 2006, observent que le taux d'allaitement maternel exclusif est de 13,8% et identifient le niveau d'éducation, la vie en couple, les antécédents de grossesse et un faible indice de masse corporel(IMC) avant la grossesse comme déterminants principaux de ce taux [26].

Guerrero et al, au Mexique, ont trouvé un taux de 2% et les arguments psychosociaux tels que <<pas suffisamment de lait>> 62% ou <<lait de mauvaise qualité>> 56% étaient identifiés [27].

En Ethiopie, Almayedou et al en 2009, retrouvent les mêmes déterminants qui ont une répercussion sur ce type d'allaitement en plus du statut marital [28].

Au Cameroun, Nlend et al en 1992, ont enregistré un taux de prévalence de l'allaitement maternel exclusif de 17,10% et ont montré que seul le nombre d'enfants influençait sur la durée d'allaitement maternel exclusif [26]. Dans la région de l'Ouest du Cameroun, Kanga en 2009, a montré que seulement 33,8% des mères savent qu'il faut allaiter exclusivement leur bébé jusqu'à 6 mois et que seuls 20% le pratiquent. L'arrêt de l'allaitement maternel se fait plus précocement chez les femmes mariées et celles ayant un niveau d'instruction élevé [27].

Au Nigeria, Agho et al en 2003, on montré que la classe socio-économique de la mère, l'âge et le sexe de l'enfant, la localisation géographique ainsi que le nombre de visites prénatales influençaient l'allaitement maternel exclusif [29].

Toutefois, au Mali, Sangho. H et al, en 2009, trouvent un taux de 38% d'allaitement maternel exclusif et montrent que l'âge plus jeune des mères, la multiparité, ainsi que le statut ménagère des mères comme déterminants principaux de ce taux [30].

Traoré. M et al en 2014, ont trouvé une proportion de l'AME jusqu'à 6 mois de 30,66 % et ont montré que la scolarisation des mères, le nombre de consultations prénatales supérieur ou égal à 4 et la pratique de l'AM dans les 30 minutes après l'accouchement favorisent l'AME [31].

Cependant des études réalisées en milieu rural dans certains pays ont aboutis à des résultats:

Au Vietnam, Huong Nguyen Thu et al ont trouvé un taux de 75% d'allaitement maternel dans les premières heures de vie en milieu rural. Ainsi le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 3 mois était 61,5%. Les pourcentages d'enfants allaités exclusivement durant les six premiers mois de vie, était bas. En effet la durée d'allaitement exclusif était considérablement plus courte pour les mères ayant fait trois ou plus de CPN et ayant subi une césarienne[32].

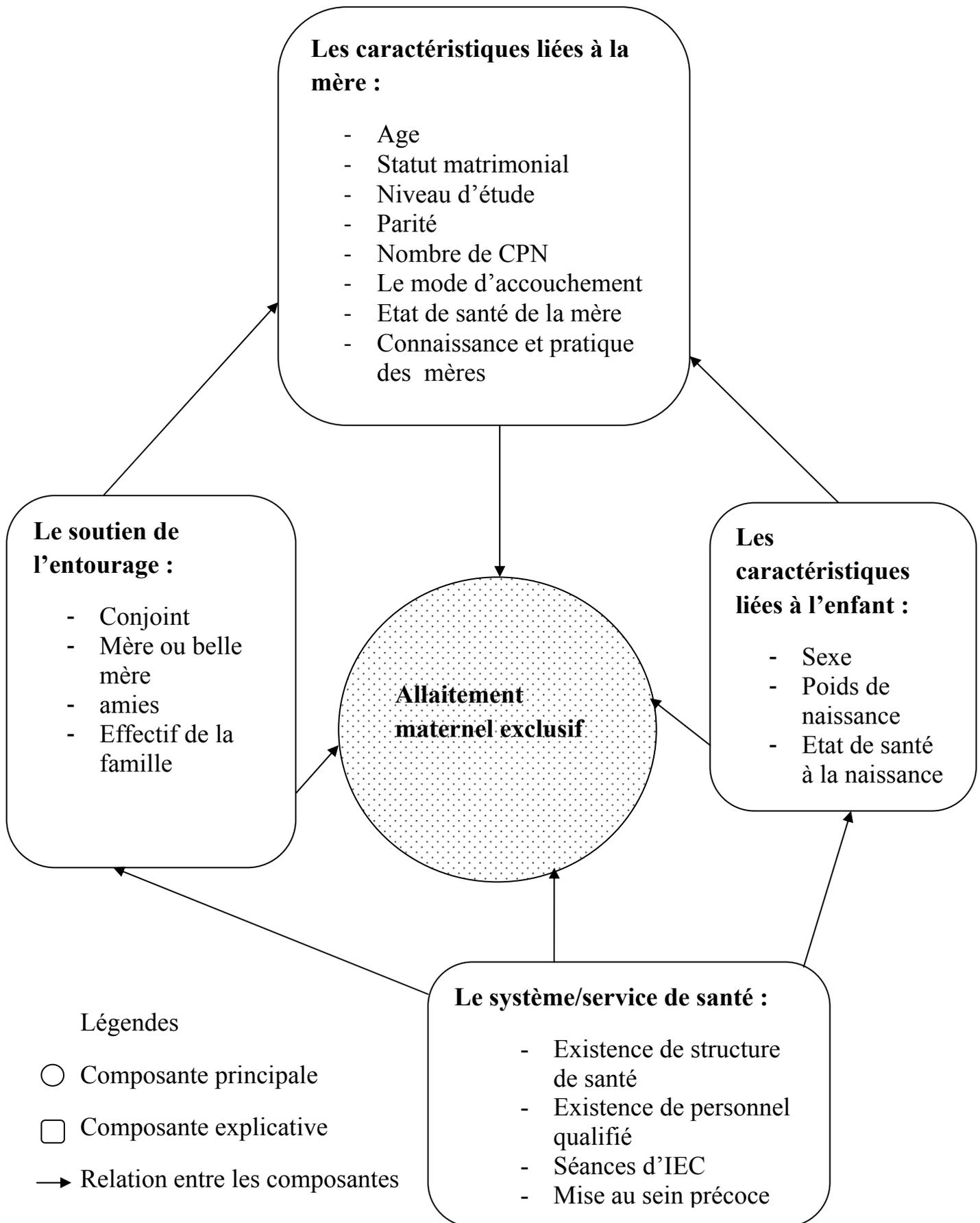
En Tanzanie, R Shirima<sup>1</sup> et M Gebre-Medhin et T Greiner ont observé que 84% des mères rurales croyaient que l'allaitement devrait être arrêté immédiatement quand on est devenu enceinte, et la plupart de ces mères 95% croyait que le lait de la future maman peut rendre malade le bébé. Ainsi 86% des mères rurales croyaient que l'eau devrait être donnée aux nouveau-nés seulement après naissance. Enfin les facteurs identifiés étaient le faible niveau d'étude des parents, l'âge plus jeune des mères, la multiparité, l'IMC normal, le sexe masculin du bébé et son poids de naissance normal ainsi que la résidence des parents dans un milieu urbain favorables à l'allaitement maternel exclusif [33].

En Egypte, Mohamed M.E, Al Ghwass et Dalia Ahmed en Novembre 2011 ont trouvé un taux d'AME de 9,7% en milieu rural et les facteurs identifiés étaient, un nombre de 4 ou plus de visite prénatale, une mise au sein immédiat après l'accouchement, et le sexe masculin de l'enfant comme favorable à l'allaitement maternel exclusif [34].

Au Mali les proportions de l'allaitement maternel exclusif varient en fonction des régions et nous n'avons pas trouvé d'étude sur l'allaitement maternel exclusif en milieu rural. Cette situation nous amène à faire cette étude afin d'identifier les déterminants de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana. Pour cela nous formulons la question suivante :

Quels sont les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana?

**Figure 1 : Cadre conceptuel de l'allaitement maternel exclusif**



### **III. HYPOTHESES**

Les facteurs sociodémographiques et sanitaires influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana.

### **IV. OBJECTIFS**

#### **a. Objectif général :**

Etudier les facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana.

#### **b. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les proportions de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit l'accouchement à Bèlèko-Fana;
- Déterminer la proportion de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois à Bèlèko-Fana ;
- Décrire les aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons avant l'âge de 6 mois à Bèlèko-Fana ;
- Identifier les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfant de 0 à 6 mois à Bèlèko-Fana.

## V. GENERALITES

Les généralités porteront sur : Définitions des termes, Revue de la littérature, Moyens de promotion de l'AME

### 5.1. DEFINITIONS DES TERMES [35, 36, 37] :

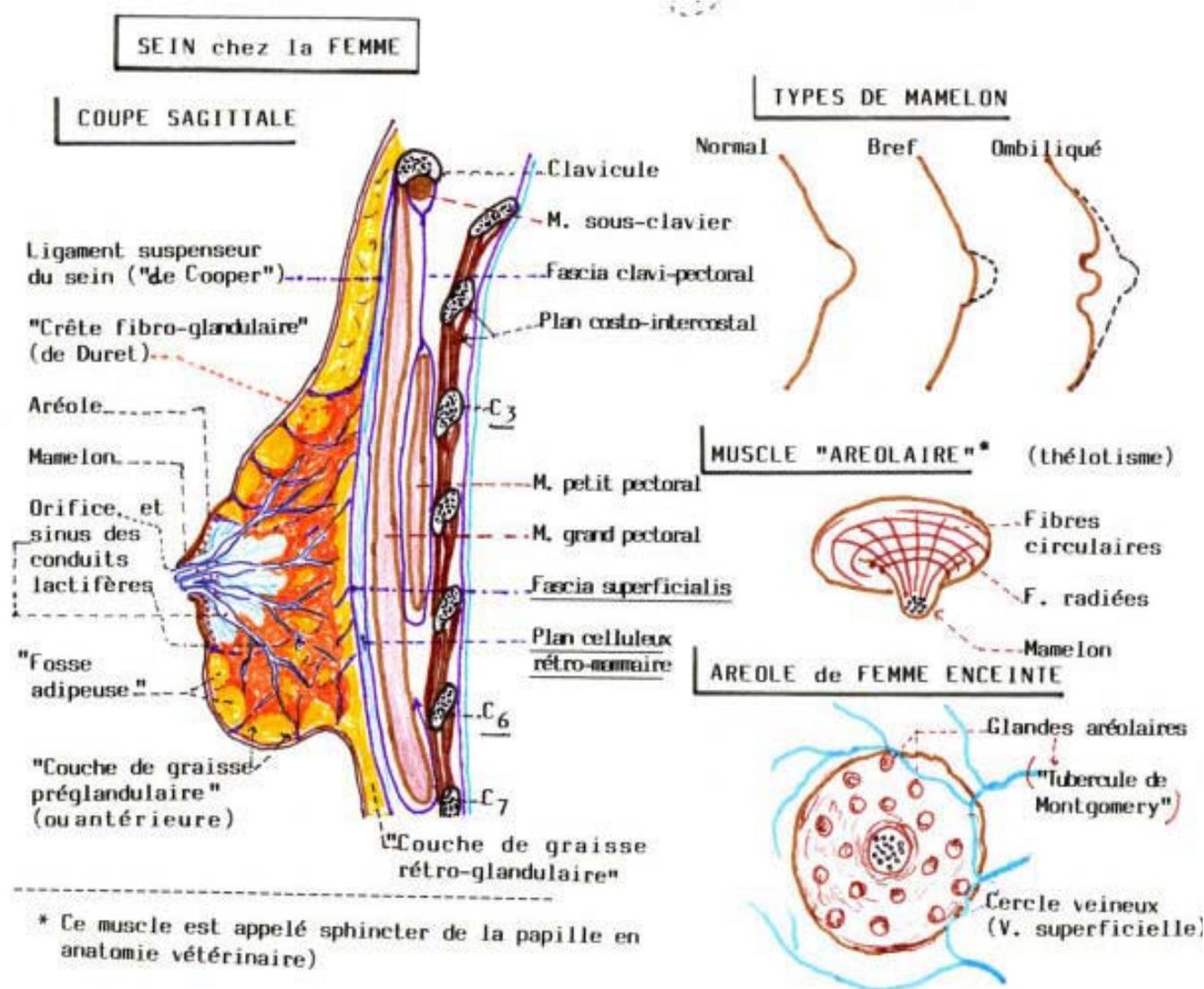
- **Allaitement maternel** : Le bébé reçoit le lait de sa mère (pris directement au sein ou tiré et donné ultérieurement)
- **Allaitement maternel exclusif** : le bébé ne reçoit que le lait de sa mère (pris directement au sein ou tiré et donné ultérieurement) et aucun autre aliment ou boisson à l'exception des vitamines, minéraux ou médicaments qui seront prescrits par le médecin.
- **Alimentation mixte** : Le bébé reçoit à la fois le lait de sa mère et un lait infantile adapté à son âge.
- **Allaitement prédominant** : La source prédominante de l'alimentation de l'enfant est le lait maternel. Cependant, l'enfant peut aussi recevoir de l'eau ou d'autres liquides (eau sucrée, aromatisée), des jus de fruits, la solution de Réhydratation Orale, Les vitamines en goutte ou en sirop, les minéraux et les médicaments et les liquides familiaux (en quantité limitée). A l'exception du jus de fruit et de l'eau sucrée, aucun liquide d'alimentation de base n'est inclus dans la définition.
- **Alimentation de substitution** : Le bébé reçoit uniquement un lait infantile adapté à son âge.
- **Aliment de complément** : Tout aliment fabriqué industriellement ou confectionné localement pouvant convenir comme complément du lait maternel ou du lait artificiel pour nourrisson, quand le lait maternel ou le lait artificiel ne suffisent plus pour satisfaire aux besoins nutritionnels du nourrisson (à partir de six mois).

- **Allaitement maternel précoce** : Allaitement maternel initié dans les trente minutes suivant l'accouchement.
- **Sevrage**: Processus d'introduction des aliments solides pendant la poursuite de l'allaitement maternel.
- **Ablactation** : Arrêt complet de l'allaitement maternel.

## 5.2. Revue de la littérature

### 5.2.1. Anatomie et histologie [38]

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 [38].



**Figure 2:** Anatomie et histologie de la glande mammaire [39].

### 5.2.2. Physiologie de la lactation [38]

La lactation est la sécrétion et l'éjection du lait par les glandes mammaires. La prolactine élaborée par l'adéno hypophyse, est la principale hormone qui stimule la lactation et est sécrétée en réaction à l'hormone de libération de prolactine sécrétée par l'hypothalamus. Même si les taux de prolactine augmentent à mesure que la grossesse évolue, il ne se produit aucune sécrétion lactée parce que les œstrogènes et la progestérone inhibent l'action de la prolactine. Après la naissance, cette inhibition est éliminée en raison d'une diminution des taux d'œstrogènes et de progestérone dans le sang de la mère. Le stimulus le plus

important dans le maintien de la sécrétion de prolactine durant la lactation est l'action de succion exercée par le nouveau-né. La succion déclenche la formation d'influx nerveux par des récepteurs situés dans les mamelons. Ces influx sont dirigés vers l'hypothalamus et inhibent la production de l'hormone d'inhibition de la prolactine ou accroissent la sécrétion de l'hormone de libération de la prolactine, ce qui stimule l'adéno hypophyse à libérer d'avantage de prolactine. Les succions déclenchent également la formation d'influx nerveux qui se rendent jusqu'à la neuro hypophyse en passant par l'hypothalamus. Ces influx stimulent la libération d'ocytocine par la neuro hypophyse. Cette hormone provoque la contraction des cellules myoépithéliales entourant les alvéoles, ce qui entraîne la compression des alvéoles et l'expulsion du lait. La compression pousse le lait dans des canaux qui aboutissent aux mamelons d'où il peut être aspiré par la succion. Ce processus est appelé éjection du lait. Bien que l'éjection du lait ne se produise pas avant une période allant de 30 secondes à une minute après le début de l'allaitement, le bébé reçoit quand même, pendant cette période de latence, du lait qui était entreposé dans les sinus lactifères. L'ocytocine, par l'intermédiaire d'un cycle de rétroaction positif, stimule également les contractions du muscle lisse de l'utérus chez la parturiente au cours du travail et de l'accouchement. Chez les mères qui allaitent, l'action de l'ocytocine aide l'utérus à reprendre plus rapidement sa forme d'avant la grossesse par rapport aux mères qui n'allaitent pas. L'ocytocine contribue également à la compression des vaisseaux placentaires rompus à la naissance, ce qui réduit la perte de sang chez la mère. Vers la fin de la grossesse et durant les jours qui suivent la naissance, les glandes mammaires secrètent un liquide trouble, le colostrum. Le colostrum et le lait maternel contiennent des anticorps qui protègent l'enfant durant les premiers mois de sa vie. Après la naissance, le taux de prolactine commence à revenir à la normale. Toutefois, chaque fois que la mère allaite son enfant, des influx nerveux provenant des mamelons et se rendant à l'hypothalamus déclenchent la libération de prolactine et la sécrétion, durant environ une heure, d'une quantité dix fois plus

importante de prolactine par l'adéno hypophyse. La prolactine agit sur les glandes mammaires pour assurer la production du lait pour la prochaine séance d'allaitement. Lorsque cette production de prolactine est inhibée par un traumatisme ou une maladie, ou si la mère cesse d'allaiter, les glandes mammaires perdent en quelques jours leur capacité de sécréter du lait. Normalement, la sécrétion de lait décroît considérablement après une période variant entre sept et neuf mois. Cependant, elle peut se poursuivre pendant plusieurs années si l'allaitement se poursuit.

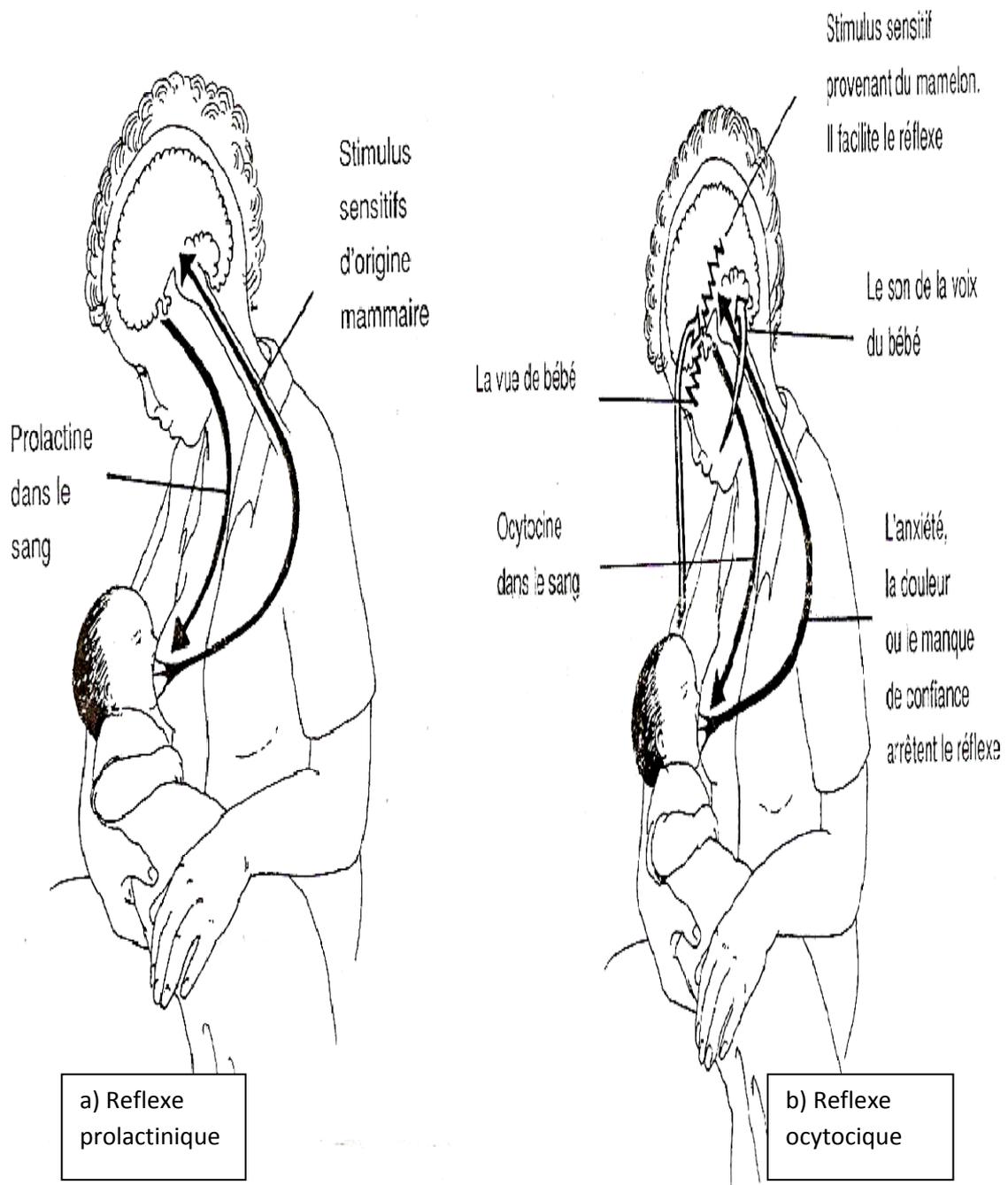
### **a) La production du lait [40]**

#### **◆ La montée laiteuse :**

Pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement les seins paraissent mous et vides. Ils ne produisent que de petites quantités d'un premier lait. Au bout de quelques jours, les seins commencent à se remplir au point d'être durs car ils produisent beaucoup de lait. C'est la montée laiteuse. Elle a lieu le deuxième jour après l'accouchement. Et elle se fait d'autant plus vite que le nouveau-né est mis au sein, aussitôt après l'accouchement, et est allaité à la demande [40].

#### **◆ Le maintien de la production de lait :**

Une fois passés les premiers jours, les seins semblent plus vides. Ils sont à nouveau mous, bien qu'ils produisent beaucoup de lait. Si le bébé tète chaque fois qu'il a faim, sa mère aura assez de lait pour le nourrir.



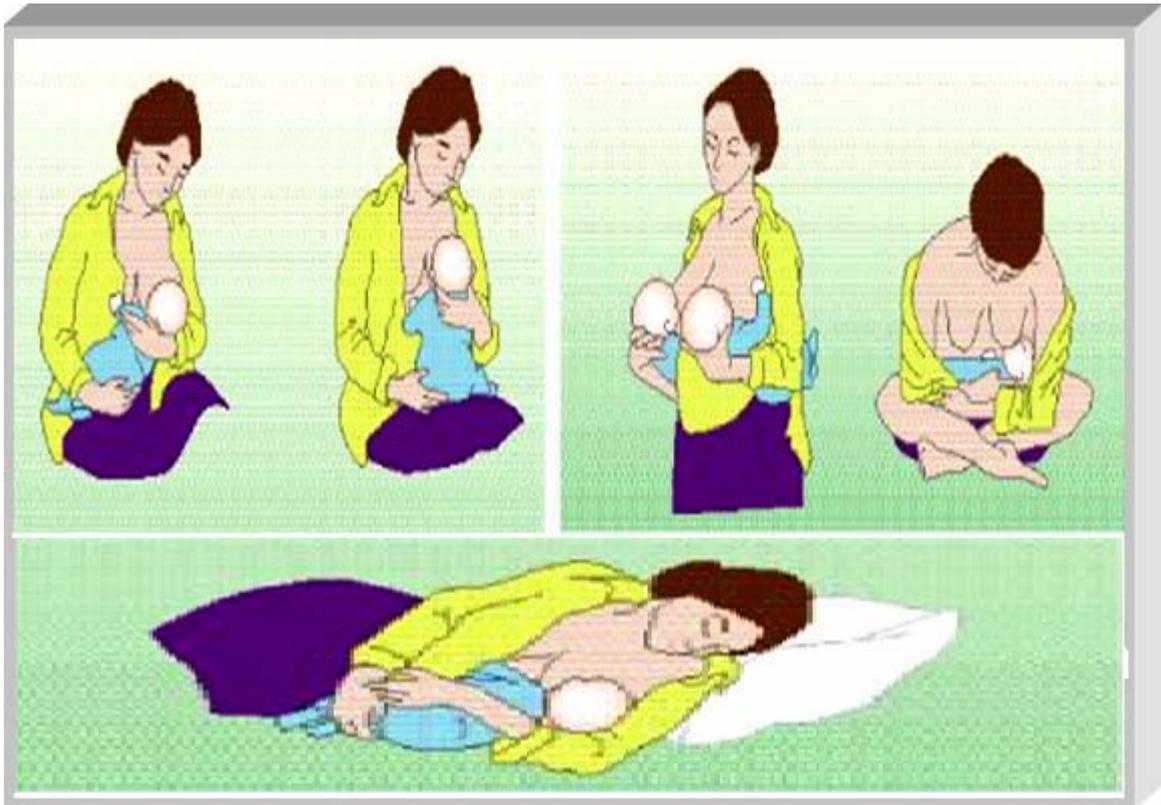
**Figure 3 : Mécanisme de production de lait par le sein.**

## **b) Caractéristiques des tétées [40,41] :**

### **❖ Position du bébé:**

Signes indiquant que le bébé est en bonne position de téter :

- ✓ Tout son corps est près de sa mère et lui fait face.
- ✓ Sa bouche est près du sein.
- ✓ Son menton touche le sein.
- ✓ Sa bouche est largement ouverte.
- ✓ Sa lèvre inférieure est tournée vers l'extérieur.
- ✓ L'aréole est plus visible au-dessus de sa lèvre supérieure qu'au dessous de sa lèvre inférieure.
- ✓ Le bébé tète lentement et prend des gorgées profondes.
- ✓ Le bébé est détendu et content. Il est satisfait à la fin de la tétée.
- ✓ La mère ne ressent pas de douleurs au mamelon.
- ✓ Vous entendez le bébé déglutir [40].



**Figure 4** : Excellentes positions de l'enfant et de sa mère [39].

❖ **Signes d'une tétée efficace [41] :**

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

❖ **La durée des tétées [40] :**

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

### ❖ **La fréquence des tétées [41] :**

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

### ❖ **Allaitement à la demande [40] :**

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 ne tète à des heures fixes. L'allaitement en serait perturbé.

### ➤ **Les problèmes dus à l'allaitement à la demande :**

L'enfant ne réclame pas le sein assez souvent. Certains enfants sont calmes et ne pleurent pas lorsqu'ils ont faim. Pensez-y si un enfant ne prend pas de poids assez rapidement.

**Les bénéfices de la mise au sein précoce et de l'allaitement à la demande sont entre autres :**

- Des suctions fréquentes, aussitôt après la naissance, stimulent la production de prolactine ce qui facilite la montée laiteuse.
- Allaiter à la demande évite de nombreux problèmes tels que l'engorgement et ses conséquences.

**a) Comparaison avec les autres laits [42] :**

Le lait de chaque mammifère est spécifique à l'espèce et n'est pas échangeable. Sa composition est génétiquement imposée. En comparant le lait maternel, les préparations industrielles pour nourrissons et le lait de vache, il s'agit de dégager les spécificités du lait maternel et sa supériorité pour la protection du nourrisson.

Nous nous appuierons sur les chiffres du tableau de synthèse suivant :

**Tableau I:** Teneurs indicatives en énergie, protides, lipides, glucides et minéraux du lait maternel, du lait de vache et des préparations pour nourrissons, destinées aux nourrissons de la naissance à 4-6 mois [42].

<b>Produits</b>	<b>Lait de vache (100ml)</b>	<b>Préparation pour nourrissons (12.5-15g)</b>	<b>Lait maternel (100ml)</b>
<b>Calories (Kcal)</b>	<b>65</b>	<b>66-73</b>	<b>67</b>
<b>Protides</b>	<b>3.7</b>	<b>1.5-1.9</b>	<b>1</b>
-caséine (%)	80	60-80 44-50	40
<b>Lipides (g)</b>	<b>3.5</b>	<b>2.6-3.8</b>	<b>3.5</b>
-Acide linoléique	90	350-740	350
-Acide a-linoléique	Traces	30-100	37
<b>Glucides (g)</b>	<b>4.5</b>	<b>6.7-9.5</b>	<b>7.5</b>
-Lactose (%)	100	47-100	85
-Dextrine-maltose (g)	0	1.1-2.6	0
-Autres sucres	Aucun	Amidon, glucose, fructose, saccharose	Oligosaccharides
<b>Sels minéraux (mg)</b>	<b>900</b>	<b>250-500</b>	<b>210</b>
-Sodium (mg)	48	16-28	16
-Calcium (mg)	125	43-93	33
-Calcium/Phosphore	1,25	1.2-1.9	2
-Fer (mg)	0,03	0.7-1	0.05

### **b) Bénéfices pour l'enfant [43]**

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.

### **c) Bénéfices pour la mère**

La mère qui donne le sein à son enfant est moins exposée au cancer du sein [44]. L'allaitement maternel favorise le retour à la taille normale du vagin après qu'il soit dilaté 20 fois pendant l'accouchement. Ainsi, il protège la mère contre le cancer du vagin et de l'endomètre [43]. L'allaitement aide la nouvelle mère à perdre du poids et la protège de l'obésité [45]. C'est aussi un calmant naturel et pour la mère et pour l'enfant.

### **d) Bénéfices économiques**

En dehors des avantages médicaux pour la santé de la mère et de l'enfant, la famille et la société réalisent une économie conséquente sur:

- le cout direct de l'achat de lait infantile, d'eau minérale et de biberons
- le cout de l'entretien des biberons (lavage et stérilisation)
- Les frais médicaux suites aux pathologies infectieuses « évitables » par l'allaitement

-le cout d'une contraception maternelle durant les 6 premiers mois après l'accouchement.

#### ❖ **Conservation du lait maternel [46]**

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

Lait maternel = 6 à 8 heures

- au réfrigérateur : jusqu'à 5 jours ;
- dans le compartiment congélateur du réfrigérateur : jusqu'à 2 semaines;
- dans un congélateur : jusqu'à 6 mois.

#### **5.2.6. Quelques précautions pour le succès de l'allaitement exclusif**

Pour le succès de l'allaitement maternel exclusif il est important d'adopter un certain nombre de conditions qui sont entre autre :

- La mise au sein précoce ;
- L'enfant doit prendre le lait le jour et la nuit ;
- L'enfant doit être dans une position correcte au cours de l'allaitement ;
- Ne donner a l'enfant aucun autre aliment ;
- Donner le second sein des que le premier est vide ;
- Laisser le bébé téter autant qu'il veut ;

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

En cas d'utilisation ultérieure du lait, celui-ci peut être conservé au réfrigérateur (48h maximum pour une température inférieure ou égale à 4°C), ou au congélateur (maximum 4 mois à 18°C) [47].

### **5.2.7. 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 ;
- à l'examen : érosion superficielle à l'inspection du mamelon.

#### **Leur traitement :**

- nettoyage et séchage du mamelon après chaque tétée ;
- une application de crèmes grasses et ou cicatrisantes.

#### **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.

**Le traitement :**

- douches chaudes sur les seins ;
- massage circulaire des seins avant les tétées ;
- pansements antiphlogistiques type Osmogel ;
- éventuellement et de façon ponctuelle, injection intramusculaire ocytocine (Syntocinon) vingt minutes avant la tétée pour favoriser l'éjection du lait ;
- rassurer la femme.

**c) Lymphangite mammaire :**

Conséquence d'un engorgement mal pris en charge. Elle se manifeste par des signes mammaires très importants :

- Elle survient 5 à 10 jours après l'accouchement ;
- Le début est brutal, avec fièvre à 39-40°C ;
- À l'examen on note un placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein, avec une traînée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse ;
- Le lait recueilli avec un coton est propre, sans trace de pus.

Une lymphangite régresse en 24 à 48 h si elle est correctement traitée, mais il existe une évolution possible vers une galactophorite si la guérison est incomplète.

**Le traitement repose sur :**

- La suspension temporaire de l'allaitement avec le sein douloureux ;
- Le lait doit être tiré et jeté pour bien vider le sein (à l'aide d'un tire lait), l'allaitement doit être poursuivi avec l'autre sein ;
- Donner de l'aspirine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien ;
- Pansements antiphlogistiques type Osmogel.

L'antibiothérapie est controversée. En principe inutile, elle est prescrite par certains pour enrayer une évolution vers une galactophorite. C'est une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement type pénicillines M. (Bristopen) pendant 7 jours.

**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 les éléments suivants :**

- Il s'agit d'un accident plus tardif, au moins 15 jours après l'accouchement ;
- Le début est progressif sur plusieurs jours ;
- Fièvre modérée à : 38 à 38.5°C ;
- Douleur de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre

**Signe de Budin:** le lait recueilli sur un coton est mélangé de pus.

### **Le traitement repose sur :**

- Une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque type pénicillines M (Bristopen, Orbénine), pendant 8 jours ;
- Suspension de l'allaitement jusqu'à la guérison clinique ;
- Le lait est tiré et jeté ;
- C'est souvent l'occasion d'un arrêt définitif.

### **e) L'abcès du sein :**

Il complique une galactophorite insuffisamment traitée.

### **Le diagnostic repose sur les éléments suivants :**

- Fièvre progressivement croissante, atteignant 39 à 40°C, parfois oscillante ;
- Majoration des douleurs mammaires ;
- Le sein est volumineux, rouge, tendu, très douloureux ;
- Dans ce contexte la palpation d'une tuméfaction fluctuante est souvent difficile. En cas de doute, il convient de réaliser une échographie.

### **Le traitement :**

- L'hospitalisation est nécessaire, il faut réaliser un bilan préopératoire ainsi qu'une consultation d'anesthésie ;
- Le traitement est chirurgical : avec une incision et un drainage ;
- L'antibiothérapie n'est qu'un traitement adjuvant ;
- L'allaitement doit être interrompu [48].

### **5.2.8. L'allaitement maternel et la prise des médicaments [49]**

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.

### **5.2.9. Allaitement et grossesse [40]**

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

### **5.2.10. Allaitement et contraception**

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

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

Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées ou si la femme le souhaite, il faut conseiller une autre contraception (consultation postnatale conseillée dans les 6 premières semaines du post-partum). Si ce choix se porte sur une contraception

hormonale, celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du post-partum.

Les œstroprogestatifs ne sont pas recommandés car ils pourraient réduire la production de lait. Les micros progestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être utilisés sans inconvénients ni pour l'allaitement, ni pour le nouveau-né. Toutefois la contraception hormonale ne doit pas être débutée avant l'installation de la lactogénèse de stade II (montée laiteuse). Les progestatifs ne seront pas utilisés avant la sixième semaine du post-partum.

La pose d'un dispositif intra-utérin est possible, sans risque particulier, dès la quatrième semaine du post-partum, même en l'absence de retour de couches.

Les préservatifs ou les spermicides peuvent être utilisés en sachant que leur efficacité contraceptive est moindre [50].

### **5.2.11. Situations particulières**

#### **a) Allaitement maternel et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [51]**

Parmi les enfants infectés par le VIH à travers le monde, 30 à 35 % ont été contaminés par le lait maternel. La durée de l'allaitement est le principal facteur de risque de transmission du VIH lors de l'allaitement. Le risque est plus élevé en cas de virémie élevée de la mère. Certaines lésions du sein (mastite, abcès, lésions du mamelon), et la présence d'une candidose buccale chez l'enfant, sont des facteurs de risque indépendants.

En 2006, l'OMS a recommandé de fournir des ARV aux femmes enceintes VIH-positives au troisième trimestre de la grossesse (à partir de la 28e semaine) pour éviter la transmission du VIH à l'enfant. À l'époque, on n'avait pas assez de données sur l'effet protecteur des ARV pendant l'allaitement. Depuis, plusieurs essais cliniques ont démontré leur efficacité pour la prévention de la transmission

pendant l'allaitement. Les recommandations de 2009 veulent promouvoir l'utilisation des ARV à un stade plus précoce de la grossesse, à partir de la 14e semaine et jusqu'à la fin de la période de l'allaitement. L'OMS recommande désormais de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge d'un an, à condition que la mère VIH-positive ou l'enfant prenne des ARV pendant cette période, ce qui réduira le risque de transmission et améliorera les chances de survie de l'enfant.

Pour Daisy Mafubelu, sous-directeur général de l'OMS chargé de la santé familiale et communautaire, « avec ces nouvelles recommandations, nous envoyons un message clair indiquant que, si l'accès aux ARV existe, l'allaitement maternel est une bonne option pour chaque enfant, même lorsque la mère est VIH-positive».

## **b) Allaitement maternel et hépatites [50]**

### **Ø Hépatite B**

Le dépistage de l'antigène HBs fait partie des examens de routine lors des Consultations Prénatales. Le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant au cours de l'allaitement maternel est tout à fait négligeable par rapport à celui que comporte l'exposition au sang et aux liquides organiques de la mère au moment de l'accouchement. Le portage du virus de l'hépatite B par la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel, même en cas de répllication virale active (présence de l'antigène Hbe et d'ADN viral circulant), sous réserve que la séroprophylaxie et la première injection vaccinale soient réalisées dès les premières heures de vie. Deux schémas vaccinaux sont possibles :

- Naissance, 1 mois, et 6 mois ;
- Naissance, 1 mois, 2 mois et 12 mois.

## Ø Hépatite C

Il n'est pas prouvé que le risque de transmission du virus de l'hépatite C de la mère à l'enfant soit augmenté par l'allaitement maternel.

La conférence de consensus française de 1997 conclut : « la transmission par le lait maternel semble exceptionnelle bien que la présence de l'ARN du virus de l'hépatite C, recherché par PCR dans le colostrum ou le lait maternel, ait été rapportée... ». En cas d'infection maternelle, l'ARN viral n'est retrouvé dans le lait maternel que dans moins d'un tiers des cas, et sa concentration dans le lait est environ 100 fois plus faible que dans le sérum. Les deux dernières conférences de consensus américaine et européenne, et les recommandations de l'ANAES de 2002 ne contre-indiquent pas l'allaitement maternel lorsque la mère est porteuse du virus de l'hépatite C.

### **c) Allaitement maternel et tuberculose [52]**

Les recommandations du programme global pour la vaccination et l'immunisation pour les enfants dans les situations où, ils sont à risque d'infection avec le *Micobacterium tuberculosis*, est de les immuniser avec le BCG le plus tôt possible après la naissance. Bien que certaines études aient montré une protection contre toute forme de tuberculose par le BCG, il y'a un consensus général sur la protection dans la première année contre la méningite tuberculeuse et la miliaire.

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

Aucun effet secondaire n'a été rapporté chez l'enfant en cas de traitement de la mère par les antituberculeux de 1<sup>ère</sup> intention : isoniazide, rifampicine,

streptomycine, éthambutol et pyrazinamide sont considérés comme compatibles avec l'allaitement par l'Académie américaine de Pédiatrie.

### **5.3. Moyens de promotion de l'Allaitement maternel [53]**

En 1981 l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté par 118 pays le code international de commercialisation de substituts du lait maternel qui régleme la vente des substituts du lait maternel. Ce code doit être retranscrit par chaque pays dans sa loi nationale.

En 1991 l'OMS et L'UNICEF prennent conscience des freins à l'allaitement maternel qui existent dans les maternités et adressent aux personnels des établissements une déclaration conjointe qui énonce les 10 conditions pour la réussite de l'allaitement maternel. Deux ans plus tard est mise en place l'Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB) (Baby Friendly Hospital Initiative) qui consiste en la délivrance des labels « Hôpital Amis des Bébé » aux établissements hospitaliers qui acceptent de se conformer à une charte qui reprend ces 10 conditions et à ne pas distribuer des substituts de lait. Donc tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés doivent :

- 1) Adopter une politique d'allaitement 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.

## **VI. METHODOLOGIE :**

### **6.1. Présentation du cadre de l'étude :**

#### **6.1.1. Région de Koulikoro :**

L'étude s'est déroulée à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana, commune rurale de Diédougou, cercle de Doïla, région de Koulikoro (deuxième région administrative du Mali). Koulikoro a une superficie de 90 120 km<sup>2</sup>, une population de 1 825 482 habitants, compte un hôpital national siégeant à Kati, 10 centres de santé de référence dont celui de Fana et 182 CSCOM fonctionnels dont 19 pour le district sanitaire de Fana.

#### **6.1.2. Présentation de Fana :**

##### **6.1.2.1. Historique :**

Fana, le chef-lieu de l'actuelle commune rurale de Guégnéka fut fondé vers 1754 par deux frères Coulibaly, chasseurs venus de Bendougou-Niamana (actuel cercle de Bla). C'est vers les années 1776 que vint s'installer avec les frères Coulibaly, les ancêtres des Traoré répondant au nom de Binaba et qui est originaire de Kafana (actuel cercle de Sikasso). Les Coulibaly et les Traoré cohabitèrent pacifiquement. Ils se partagèrent alternativement la chefferie du village. Cette situation demeure jusqu'à nos jours. Fana est située à 40km de Dioïla (le chef lieu du cercle) et à 120km de Bamako sur la route nationale 6, et a été érigée en chef lieu d'arrondissement en 1960. La population est cosmopolite et est composée essentiellement de Bambara (80%), Peulh (5%), et les 15% restants sont constitués par les Soninkés, Dogons, Sonrhais, Maures, les Miniankas, les Bobos, les Dafings et autres.

##### **6.1.2.2. Situation géographique :**

La commune de Guégnéka est limitée au nord et à l'ouest par celle de Binko (Tingolé) ; au nord Est et à l'Est par les communes de Konobougou

(Baraouéli) et Kèrèla ; au sud ouest par la commune de Tenindougou. Fana est située sur la Route Nationale 6 (RN6) et a une superficie de 463 km<sup>2</sup>.

### **6.1.2.3. ASPECT PHYSIQUE**

#### **a. Sol et relief :**

On rencontre trois types de sol : Les sols gravillonnaires sur les glacis d'épandage « bèlè » ; les sols limono sableux en surface et argilo limoneux en profondeur sur les glacis d'accumulation (plaine) et les sols hydro morphes dans les bas fonds «kô Folon». Le relief de la commune est relativement accidenté dans sa partie Nord-est, ailleurs il est monotone (plat et uniforme). Un plateau occupe le Nord –Est de Ballan et le Nord de Wérékela. Les glacis d'épandage sont localisés entre les glacis d'accumulation et les bas fonds.

#### **b. Végétation :**

La savane arbustive et arborée est la formation végétale qui couvre le terroir communal. La végétation se caractérise par les hautes herbes et de grands arbres tels que le néré, le kapokier et surtout le karité qui est l'espèce la plus répandue.

#### **c. Hydrographie :**

Le climat est de type soudano sahélien avec une alternance de saison sèche répartie entre une période froide et une période chaude et; une saison pluvieuse. Le réseau hydrographique est constitué essentiellement de cours d'eau comme le Damankô, le Kôba, le Djidian, le Bankorokô et le fleuve Baoulé. Le Djidian, le Bankorokô et le Kôba qui sont en réalité des affluents du Damankô, sont des cours d'eau intermittents : ils sont secs une bonne partie de l'année.

#### **d. Ressources fauniques et halieutiques :**

L'état de dégradation des ressources du terroir a beaucoup joué sur la faune. Les rares espèces rencontrées sont : le lièvre, l'écureuil, le singe, la perdrix, le porc-épic, la pintade etc....

Les ressources halieutiques sont très insuffisantes en raison essentiellement du tarissement précoce des cours d'eau et des mares.

#### **6.1.2.4. Situation sanitaire :**

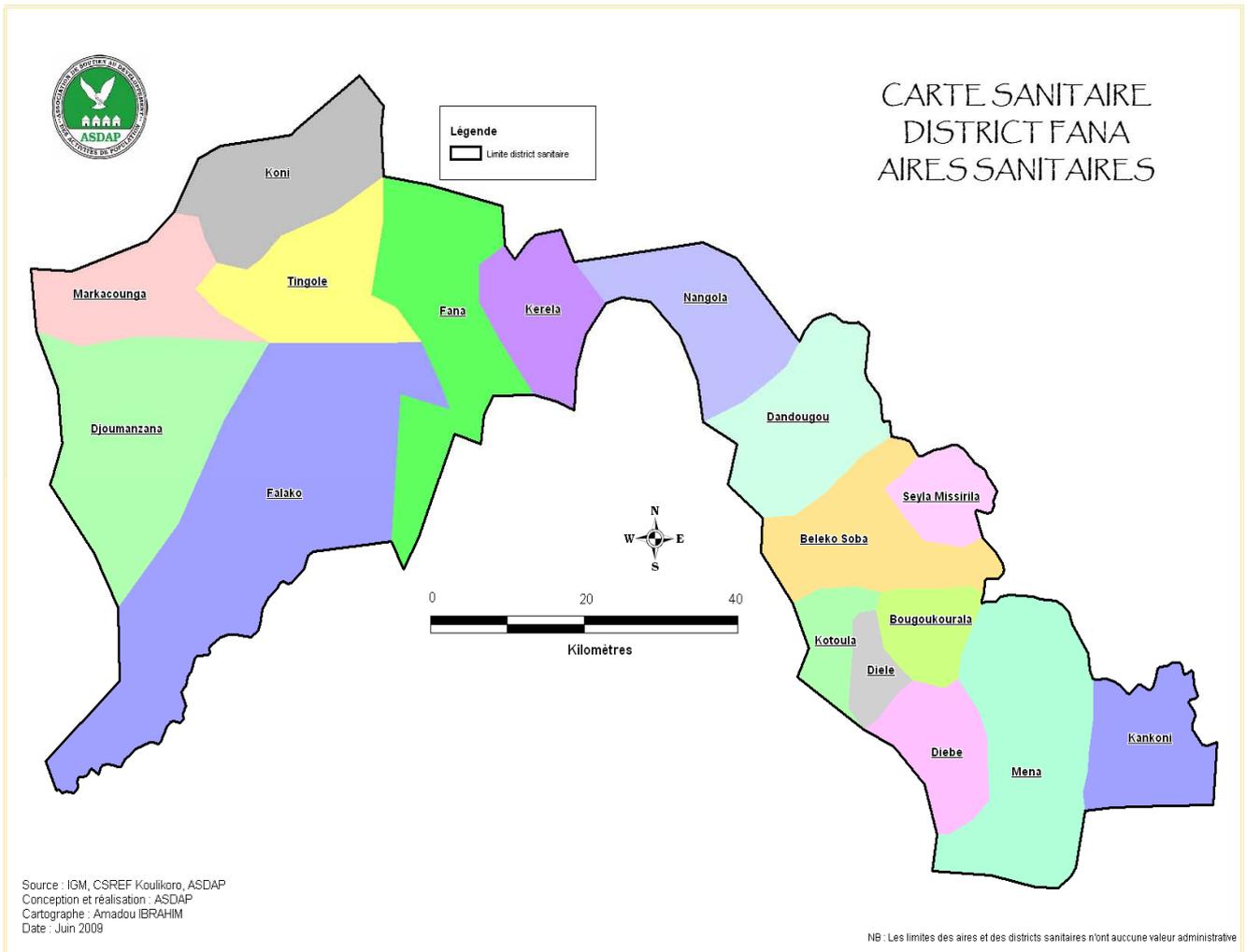
Fana dispose d'un centre de santé de référence (CS Réf). Le district sanitaire est constitué de 22 aires de santé, parmi lesquelles 19 sont fonctionnelles, dont un CSCOM dans la ville de Fana, l'infirmerie de la CMDT, 04 officines privées, 03 cabinets médicaux et une clinique médicale dans la ville.

Les relais villageois formés aident les centres dans leurs activités. La médecine traditionnelle tient une place importante sur le plan sanitaire.

Le centre de santé de référence a des services de : maternité, chirurgie, médecine, un service de PEV, des urgences, d'USAC, un laboratoire et une salle de radiographie ainsi que des unités de : prise en charge des enfants malnutris, ophtalmologie, Oto Rhino Laryngologie (ORL) et Odonto Stomatologie.

Il dispose aussi de : 5 médecins, 1 pharmacien pour USAC ; 2 sages femmes ; 5 infirmiers ; 3 matrones ; 2 aides soignants ; 2 laborantins ; 2 gérants de la pharmacie ; et 3 garçons de salle.

Les maladies les plus fréquentes à Fana sont : le paludisme, la diarrhée, les dermatoses, la conjonctivite, la malnutrition, l'onchocercose, la rougeole, les infections sexuellement transmissibles (IST), la méningite, les infections respiratoires aiguës, la brucellose etc...[54].



**Figure 5 : Carte sanitaire du district Fana et Aires sanitaires**

## **6.2. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique visant à déterminer les facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois à Bèlèko-fana.

## **6.3. Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée sur une période de 2 mois, allant du 10 décembre 2014 au 10 février 2015.

## **6.4. Population de l'étude :**

L'étude a concerné les mères d'enfants de 0 à 6 mois vivant à Bèlèko.

### **a. Critères d'inclusion :**

Ont été incluses dans cette étude les mères d'enfants de 0 à 6 mois :

- résidant à Bèlèko pendant une période de 6 mois ou plus.
- acceptant de participer à l'étude.

### **b. Critères de non inclusion :**

Nos critères de non inclusion étaient :

- les mères qui n'ont jamais allaité leurs enfants ;
- les mères refusant de participer à l'étude.

## **6.5. Echantillonnage :**

### **6.5.1. Méthode de sondage :**

Nous avons utilisé un sondage non probabiliste pour le choix de Fana sur la base du critère accessibilité facile. Un village a été choisi par la technique de sondage aléatoire simple sur la base d'une liste de villages du district

sanitaire de Fana. C'est ainsi que le village de Béléko a été sélectionné. Les quartiers de Béléko ont été divisés en quatre zones (Est, Ouest, Nord et Sud). Au niveau de chaque zone, l'enquêteur procédait à la technique de la bouteille pour suivre la direction à suivre et commencer l'enquête dans la concession la plus proche. Les autres concessions, ont été choisies de proche en proche. Au niveau des concessions les mères d'enfants de 0 à 6 mois remplissant les critères d'inclusion ont été enquêtées. Dans chaque concession, ne devaient pas être incluses dans l'étude plus de deux mères d'enfants de 0 à 6 mois. Au cas où, il y'avait plus de deux cibles, on a procédé a un tirage aléatoire pour en retenir deux.

#### **6.5.2. Calcul de la taille de l'échantillon :**

Nous avons calculé la taille de l'échantillon à partir de la formule de Schwartz :  $n = t^2 \times P(1-P) / i^2$ .

$n$  = taille de l'échantillon

$t$  = niveau de confiance à 95% (valeur type 1,96)

$P$  = prévalence

$i$  = marge d'erreur à 5% (0,05)

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois au Mali est de 33%

$P = 33\%$

La taille de l'échantillon  $n = (1,96)^2 \times 0,33 \times 0,67 / (0,05)^2$

Soit  $n = 339,6$

Ceci nous donne un échantillon minimal de 340 mères d'enfants de 0 à 6 mois.

## **6.6. La collecte des données :**

Nous avons élaboré un questionnaire adressé aux mères d'enfants de 0 à 6 mois, qui a été préalablement testé afin de s'assurer de la compréhension des cibles sur le questionnaire et d'apporter d'éventuelles corrections.

Arrivés au niveau du quartier, les enquêteurs se rendaient sur une place publique au centre de la première zone, et ensuite faisaient tourner une bouteille vide dont l'ouverture indiquait la direction à suivre. La concession la plus proche était visitée. Les autres concessions, ont été choisies de proche en proche. Au niveau des concessions les mères d'enfants de 0 à 6 mois remplissant les critères d'inclusion ont été enquêtées par interview. Au bout de la rue, on tournait à gauche et lorsqu'il n'ya pas de concession, alors à droit pour continuer.

## **6.7. Variables mesurées :**

Les variables mesurées étaient entre autres :

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

- **Allaitement maternel exclusif** : lorsque le bébé ne reçoit que le lait de sa mère (pris directement au sein ou tiré et donné ultérieurement) et aucun autre aliment ou boisson à l'exception des vitamines, minéraux ou médicaments prescrits par le médecin de la naissance jusqu'à son âge.
- **Allaitement maternel précoce** : lorsque l'allaitement maternel est initié dans les trente minutes suivant l'accouchement.

#### **6.8. Traitement et analyse des données :**

Nous avons effectué un dépouillement manuel afin de classer les données selon les cibles et de corriger les insuffisances de remplissage.

Les données collectées ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 20. Nous avons fait les analyses suivantes :

- uni variée portant sur les proportions et moyennes avec leurs intervalles ;
- bi variée entre l'AME et les autres variables (avec les tests de Chi2 et le test de Fischer exact pour tester la différence entre les proportions.

## **6.9. Considérations éthiques :**

Une lettre a été adressée au médecin chef du Csréf et aux autorités politico administratives pour obtenir leur autorisation pour la réalisation de l'étude.

Les mères enquêtées ont été informées sur le but de l'enquête et sur la manière de procéder. Le consentement verbal éclairé des enquêtées a été demandé et des dispositions ont été prises pour éviter tout incident pouvant survenir au cours de l'enquête. La confidentialité et l'anonymat des données ont été garantis.

## VII. RESULTATS

L'enquête a concerné 340 mères d'enfants de 0 à 6 mois à Béléko dans le district sanitaire de Fana.

### A. Analyse descriptive

#### 1. Caractéristiques sociodémographiques

##### 1.1. Mères enquêtées

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

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Age (n=340)</b>		
15 à 25 ans	<b>193</b>	<b>56,8</b>
26 à 35 ans	120	35,3
36 à 45 ans	27	7,9
<b>Statut matrimonial (n=340)</b>		
Mariée	<b>327</b>	<b>96,2</b>
Célibataire	10	2,9
Divorcée	1	0,3
Veuve	2	0,6
<b>Niveau d'instruction (n=340)</b>		
Primaire	104	30
Secondaire	14	4,1
Supérieur	00	00
Non scolarisée	<b>222</b>	<b>65,3</b>
<b>Profession (n=340)</b>		
Ménagère	<b>316</b>	<b>92,9</b>
Elève/Etudiante	10	2,9
Vendeuse/Commerçante	8	2,4
Autres*	4	1,2
Enseignante	2	0,6

\*= 3 Matrone = 0,9% ; 1 Infirmière= 0,3%

Parmi les enquêtées, la tranche d'âge : 15 à 25 étaient majoritaires soit 56,8% avec un âge moyen de 25,33±0,64 ans ; 96,2% étaient mariées ; 65,3% étaient non scolarisées et 92,9% étaient ménagères.

**Tableau III:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon les antécédents obstétricaux

<b>Antécédents Obstétricaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Parité (n=340)</b>		
Primipare	77	22,6
Paucipare	<b>162</b>	<b>47,7</b>
Multipare	75	22,1
Grande Multipare	26	7,6
<b>Etat de santé juste après l'accouchement (n=340)</b>		
Bon	<b>316</b>	<b>92,1</b>
Mauvais	24	7,9

La majorité des mères (47,6%) étaient paucipares et 7,6% était des grandes multipares. 92,1% des mères ont affirmé qu'elles étaient en bon état de santé juste après l'accouchement.

**Tableau IV:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon le nombre de CPN, le lieu et le mode d'accouchement

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Mode d'accouchement (n=340)</b>		
Voie basse	<b>332</b>	<b>97,6</b>
Césarienne	8	2,4
<b>Lieu de l'accouchement (n=340)</b>		
Domicile	64	18,8
Centre de santé	<b>220</b>	<b>64,7</b>
Maternité rurale	56	16,5
<b>Nombre de CPN (n=340)</b>		
Moins de 3	114	33,5
3 et plus	<b>176</b>	<b>51,8</b>
Aucune	50	14,7

Parmi les mères enquêtées : 97,6 % ont accouché par voie basse, 64,7% ont accouché dans un centre de santé, par contre 18,8% ont accouché à domicile et 51,8% ont fait 3 CPN et plus au cours de la dernière grossesse.

## 1.2. Enfants des mères enquêtées

**Tableau V:** Répartition des enfants de 0 à 6 mois selon les caractéristiques sociodémographiques, état de santé à la naissance et statut vaccinal

<b>Caractéristiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>Age (n=340)</b>		
0 à 2 mois	77	22,6
3 à 5 mois	105	30,9
6 mois	<b>158</b>	<b>46,5</b>
<b>Sexe (n=340)</b>		
Masculin	164	48,2
Féminin	<b>176</b>	<b>51,8</b>
<b>Poids de naissance (n=340)</b>		
Moins de 2500 g	23	6,8
2500 à 3900 g	<b>298</b>	<b>87,6</b>
4000 g et plus	19	5,6
<b>Etat de santé à la naissance (n=340)</b>		
Bon	<b>325</b>	<b>95,6</b>
Mauvais	15	4,4
<b>Statut vaccinal selon l'âge (n=340)</b>		
Vacciné selon l'âge	<b>313</b>	<b>92,1%</b>
Non vacciné	27	7,9%

La tranche d'âge de 6 mois représentait 46,5% des enfants. Près de 51,8% des enfants étaient de sexe féminin, avec un sexe ratio F/M de 1,07. Environ 87,6% avaient un poids normal à la naissance, 95,6% des enfants étaient bien portants à la naissance et 92,1% des enfants étaient vaccinés selon le calendrier vaccinal.

### 1.3. Conjoints des mères enquêtées

**Tableau VI:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la profession du conjoint

<b>La profession des conjoints</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Cultivateur	<b>213</b>	<b>62,6</b>
Vendeur/Commerçant	47	13,8
Ouvrier	32	9,4
Chauffeur	10	2,9
Elève/Etudiant	3	0,9
Enseignant	11	3,2
Autres*	24	7,1
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

\* Artisan ; agents de sécurité ; marabout ; mécanicien.

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec 62,6%.

**Tableau VII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon l'acceptation de l'AME par le conjoint

<b>Acceptation de l'AME</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Oui	74	21,8
Non	19	5,6
Indifférent	<b>247</b>	<b>72,6</b>
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Près de 72,6% des mères ont affirmé que leurs conjoints étaient indifférents par rapport à l'AME.

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

**Tableau VIII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie.

<b>Pratique de l'AME</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Oui	63	18,5
Non	<b>277</b>	<b>81,5</b>
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Sur les 340 mamans que nous avons interrogées, 18,5% ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif.

**Tableau IX:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon les raisons de la non pratique de l'allaitement maternel exclusif

<b>Raisons</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Pas assez de lait	34	12,3
Maladie de la mère	4	1,4
Mauvaise qualité de lait	5	1,8
Maladie du bébé	56	20,2
Nettoyage du ventre du bébé par tisane	<b>100</b>	<b>36,1</b>
Sécheresse de la gorge du bébé	78	28,2
<b>Total</b>	<b>277</b>	<b>100</b>

Les raisons les plus fréquentes étaient : la croyance que la tisane nettoie le ventre du bébé (36,1%), et que le lait maternel assèche la gorge du bébé (28,2%).

**Tableau X:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon le délai de la première mise au sein après l'accouchement

<b>Délai de la première mise au sein après l'accouchement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Aussitôt après accouchement (30 min suivant l'accouchement)	23	6,8
45 min à 1 heure après accouchement	<b>164</b>	<b>48,2</b>
2 à 6 heures après accouchement	105	30,9
Plus de 6 heures après accouchement	48	14,1
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Parmi les enquêtées : 48,2% ont mis leur bébé au sein entre 45 min à 1 heure après l'accouchement et seulement 6,8% ont mis leur bébé au sein aussitôt (dans les trente minutes) après l'accouchement.

**Tableau XI:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon l'administration du colostrum à l'enfant

<b>Colostrum</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Donné à l'enfant	<b>340</b>	<b>100</b>
Jeté	0	0
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Dans notre population d'étude, toutes les femmes ont déclaré avoir donné le colostrum à leurs enfants.

**Tableau XII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon les raisons d'administration du colostrum à l'enfant

<b>Raisons</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Bon pour la santé de l'enfant	79	23,2
Ne sait pas	<b>256</b>	<b>75,3</b>
Par conseil de l'agent de santé	5	1,5
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Environ, 75,3% des femmes ne savaient pas les raisons d'administration du colostrum à l'enfant. Et seulement 1,5% des mères ont donné le colostrum sur conseil de l'agent de santé.

**Tableau XIII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la fréquence des tétées par jour

<b>Fréquence des tétées</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>n=340</b>		
Moins de 8 fois	1	0,3
Plus de 8 fois	4	1,2
A la demande	<b>335</b>	<b>98,5</b>

Les mères ayant allaité leur enfant à la demande ont représenté 98,5% des enquêtées.

**Tableau XIV:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon le type de liquides ou aliments donnés à l'enfant en plus du lait maternel durant les six premiers mois de vie

<b>Aliment n=277</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Eau	81	23,8
Tisane	<b>150</b>	<b>44,1</b>
Lait de vache	14	4,1
Bouillie	27	8
Lait artificiel	5	1,5

La plupart des mères enquêtées (44,1%) ont donné de la tisane en plus du lait maternel.

### **3. Conseils et difficultés lors de l'allaitement maternel exclusif**

**Tableau XV:** Répartition des mères selon la connaissance des avantages de l'allaitement maternel exclusif

<b>Connaissance des avantages</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Oui	<b>204</b>	<b>60</b>
Non	136	40
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Dans notre population d'étude, environ 60% des mères avaient une connaissance sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif.

**Tableau XVI:** Répartition des mères selon les conseils sur l'allaitement maternel

<b>Conseils sur l'allaitement maternel exclusif</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Oui	80	23,5
Non	<b>260</b>	<b>76,5</b>
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

La majorité des mères (76,5%) n'avait pas reçu de conseils sur l'allaitement maternel exclusif.

**Tableau XVII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon les sources de conseil sur l'allaitement maternel

<b>Sources de conseil sur l'allaitement maternel</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
A travers les médias	<b>32</b>	<b>40%</b>
IEC au centre de santé	28	35%
Mari	2	2,5%
Médecin	2	2,5%
Sage femme	7	8,7%
Matrone	4	5%
Coépouse	5	6,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Parmi les mères enquêtées, 40% affirment que les médias étaient la source de leur conseil.

**Tableau XVIII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois en fonction du moment des conseils reçus sur l'allaitement maternel

<b>Moment des conseils</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Au cours des CPN	37	46,3%
Période post-natale	<b>40</b>	<b>50%</b>
Avant la grossesse	3	3,7%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Environ 50% des mères ont reçu des conseils pendant la période post natale.

**Tableau XIX:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon le soutien lors de l'allaitement

<b>Soutien lors de l'allaitement</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Oui	74	21,8
Non	<b>266</b>	<b>78,2</b>
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

La plus part des mères (78,2%) ont affirmé ne pas avoir reçu de soutien au cours de l'allaitement.

**Tableau XX:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon l'existence des obstacles au cours de l'allaitement maternel

<b>Difficultés rencontrées</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Oui	120	35,3
Non	<b>220</b>	<b>64,7</b>
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Dans notre échantillon 64,7% des enquêtées ont rencontré des obstacles au cours de l'allaitement.

**Tableau XXI:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon le type de difficultés rencontrées au cours de l'allaitement maternel

<b>Type de difficultés</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
<b>n=120</b>		
Seins douloureux	30	25%
Engorgement mammaire	2	1,7%
Abcès du sein	6	5%
Crevasses	2	1,7%
Quantité insuffisante de lait maternel	<b>76</b>	<b>63,3%</b>
Profession	4	3,3%

La quantité insuffisante de lait maternel avec (63,3%), suivie de la douleur des seins 25% ont été les principales difficultés rencontrées par les mères qui ont allaité.

**Tableau XXII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la cohabitation avec sa mère ou belle mère

<b>Cohabitation avec la mère ou belle mère</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages (%)</b>
Oui	<b>250</b>	<b>73,5</b>
Non	90	26,5
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

Plus de la moitié (73,5%) des mères cohabitait avec leurs mères ou belles mères.

## B. Analyse analytique

### a. Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau XXIII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement exclusif en fonction de l'âge

Age	Allaitement Exclusif				
	Oui		Non		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
<26 ans	59	18,8	254	81,2	313
≥26 ans	4	14,8	23	85,2	27
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$$x^2 = 0,26 \quad p = 0,60$$

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'âge de la mère et la pratique de l'AME (P=0,60).

**Tableau XXIV:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la parité

Parité	Allaitement Exclusif				
	Oui		Non		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Multipare	15	19,5	62	80,5	77
Primipare	48	18,3	215	81,7	263
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$$x^2 = 0,06 \quad p = 0,80$$

L'association entre la parité, et la pratique de l'AME n'est pas statistiquement significative (P=0,80).

**Tableau XXV:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction du statut matrimonial

Statut Matrimonial	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Non marié	4	30,8	9	69,2	13
Marié	59	18	268	82	327
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$$x^2=1,34 \quad p=0,25$$

Dans notre étude il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le statut matrimonial et la pratique de l'AME ( $p=0,25$ ).

**Tableau XXVI:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif en fonction de la profession

Profession mères	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Ménagère	49	15,5	267	84,5	316
Non ménagère	14	58,3	10	41,7	24
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$$x^2=27,10 \quad p=0,000$$

Il existe une relation statistiquement significative entre la profession de la mère et la pratique de l'AME ( $p=0,000$ ).

**Tableau XXVII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Scolarisée	22	21,2	82	78,8	<b>104</b>
Non scolarisée	41	17,4	195	82,6	<b>236</b>
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=0,68$

$p=0,40$

La relation entre le niveau d'instruction et la pratique de l'AME n'est pas statistiquement significative ( $p=0,40$ ).

**Tableau XXVIII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction de la profession du conjoint

Profession conjointes	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Cultivateur	33	15,5	180	84,5	<b>213</b>
Vendeur/Commerçant	13	27,7	34	72,3	<b>47</b>
Ouvrier	5	11,9	37	88,1	<b>42</b>
Enseignant	4	36,4	7	63,6	<b>11</b>
Autres	8	29,6	19	70,4	<b>27</b>
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2= 9,64$

$p= 0,047$

Les mères qui ont des conjoints enseignant ont plus pratiqué l'AME que les autres ( $p=0,05$ ).

**b. Antécédents obstétricaux et caractéristiques sociodémographiques de l'enfant**

**Tableau XXIX:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du nombre de CPN

CPN	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Moins de 3	24	21,1	90	78,9	114
3 et plus	37	21	139	79	176
Aucune	2	4	48	96	50
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=8,19$   $p=0,01$

Les mères qui ont fait des CPN ont plus pratiqué l'AME que, celles qui n'ont pas fait de CPN lors de la dernière grossesse ( $p= 0,01$ ).

**Tableau XXX:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du lieu d'accouchement

Lieu d'accouchement	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Domicile	4	6,3	60	93,7	64
Centre de santé	50	22,7	170	77,3	220
Maternité rurale	9	16,1	47	83,9	56
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=9,18$   $p=0,01$

Les mères qui ayant accouché dans un centre de santé ont plus pratiqué l'AME que celles qui ont accouché à domicile (p= 0,01).

**Tableau XXXI:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Voie basse	60	18,1	272	81,9	332
Césarienne	3	37,5	5	62,5	8
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=1,95$  p=0,16

La voie d'accouchement n'a pas d'influence statistiquement significative sur l'allaitement maternel exclusif (p=0,16).

**Tableau XXXII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du sexe de l'enfant

Sexe	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Masculin	19	11,6	145	88,4	164
Féminin	44	25	132	75	176
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=10,12$  p=0,001

Les mères ayant des bébés de sexe féminin ont pratiqué l'AME plus que les mères qui ont des bébés de sexe masculin (p=0,001).

**Tableau XXXIII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du poids de naissance de l'enfant

Poids de naissance	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Moins de 2500 g	2	8,7	21	91,3	23
2500 à 3900 g	57	19,1	241	80,9	298
4000 g et plus	4	21,1	15	78,9	19
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=1,62$   $p=0,44$

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la pratique de l'AME et le poids de naissance de l'enfant ( $p=0,44$ ).

**Tableau XXXIV:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction de l'état de santé de la mère juste après l'accouchement

Etat de santé de la mère	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Bon	59	18,7	257	81,3	316
Mauvais	4	16,7	20	83,3	24
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2= 0,06$   $p= 0,81$

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'état de santé de la mère et la pratique de l'AME ( $P=0,81$ ).

**Tableau XXXV:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction de l'état de santé de l'enfant juste après l'accouchement

Etat de santé de l'enfant	Allaitement exclusif				
	Oui		Non		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Bon	61	18,8	264	81,2	325
Mauvais	2	13,3	13	86,7	15
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2 = 0,28$

$p = 0,60$

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'état de santé de l'enfant et la pratique de l'AME ( $P=0,60$ ).

**c. Environnement de la mère, mise au sein après accouchement et difficultés lors de l'allaitement**

**Tableau XXXVI:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction des conseils sur l'AME

Conseils sur l'AME	Allaitement exclusif				
	Oui		Non		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	30	39	47	61	77
Non	33	12,5	230	87,5	263
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2 = 35,77$

$p = 0,000$

Les mères qui ont reçu des conseils sur l'AME ont pratiqué l'AME plus que celles qui n'ont pas reçu de conseils ( $p=0,000$ ).

**Tableau XXVII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du moment des conseils reçu sur l'AME

Poids de naissance	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Au cours des CPN	21		16		37
Période post-natale	23		17		40
Avant la grossesse	2		0		2
<b>Total</b>	<b>46</b>		<b>33</b>		<b>79</b>

$\chi^2=1,48$                        $p=2,21$

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre le moment des conseils reçu sur l'AME la pratique de l'AME (P=0,60).

**Tableau XXXVIII:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction du début de la première mise au sein de l'enfant

Début de la première mise au sein	Allaitement exclusif				Total
	Oui		Non		
	Effectif	%	Effectif	%	
Mise au sein dans la 1 <sup>ère</sup> demi heure suivant l'accouchement	9	39,1	14	60,9	23
Mise au sein après la 1 <sup>ère</sup> demi heure suivant l'accouchement	54	17	263	83	317
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2 = 6,93$                        $p = 0,008$

Les mères qui ont fait la mise au sein précoce de l'enfant après l'accouchement ont plus pratiqué l'AME que celles qui ne l'ont pas fait ( $p = 0,008$ ).

**Tableau XXXIX:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction des difficultés rencontrées lors de l'allaitement

Difficultés rencontrées lors de l'allaitement	Allaitement exclusif				
	Oui		Non		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	21	17,4	100	82,6	121
Non	42	19,2	177	80,8	219
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=0,17$

$p=0,67$

Les difficultés rencontrées ne sont pas associées de manière statistiquement significative à la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

**Tableau XXXX:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction de la cohabitation avec leur mère ou belle mère

Cohabitation	Allaitement exclusif				
	Oui		Non		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	47	18,8	203	81,2	250
Non	16	17,8	74	82,2	90
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=0,04$

$p=0,83$

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'AME et la cohabitation avec la mère ou belle mère.

**Tableau XXXXI:** Répartition des mères d'enfants de 0 à 6 mois selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) en fonction de leur connaissance des avantages de l'AME

Connaissance des avantages de l'AME	Allaitement exclusif				
	Oui		Non		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
Oui	48	23,5	156	76,5	<b>204</b>
Non	15	11	121	89	<b>136</b>
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>18,5</b>	<b>277</b>	<b>81,5</b>	<b>340</b>

$\chi^2=8,446$

$p=0,004$

Les mères qui connaissent les avantages de l'AME ont pratiqué plus l'AME que celles qui ne connaissent pas ( $p= 0,004$ ).

## VIII. DISCUSSIONS

### **Limite de l'étude:**

Nos questions étant posées en partie à un long délai de l'évènement, certaines réponses qui nécessitaient beaucoup de précision étaient difficiles à obtenir à cause de l'oubli. C'est dans l'optique de minimiser ce biais que nous avons d'ailleurs posé beaucoup de questions liées.

### **Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée**

Dans notre étude, les mères étaient à majorité jeunes avec un âge moyen de  $25,33 \pm 0,64$ ans et 96,2% d'entre elles étaient mariées. Ces résultats sont proches de celui trouvé par Traoré. M et al au Mali, 26,86 ans et un écart type de 6,44 ans et le statut matrimonial marié était prédominant [31]. Nous avons observé que 92,9% des mères étaient ménagères. Alors que Sangho. H et al au Mali, en 2009 ont observé 54,8% des mères ménagères [30]. Notre étude révèle que 65,3% des enquêtées étaient non scolarisées. Ce résultat diffère de celui obtenu par Sangho. H et al où les femmes scolarisées représentaient 54,2% [30]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude s'est déroulée en milieu rural où le taux de scolarisation des filles est faible par rapport au milieu urbain.

### **Allaitement immédiat**

Nos résultats montrent une faible proportion (6,8 %) de mères allaitant dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement par rapport à 22,90 % trouvé par Traoré. M et al [31]. Ce résultat est aussi largement inférieur à 57,5% retrouvé par l'enquête par grappes à indicateurs multiples du Mali (MICS) en 2010 [56] et 48 % obtenu au Sénégal dans l'enquête MICS 2010-2011 [57]. Ainsi notre résultat est différent de la recommandation de l'OMS, qui dit que l'allaitement au sein doit être commencé dans les trente minutes qui suivent la naissance. Enfin

ce taux est proche de celui retrouvé par Al Ghwass et Dalia Ahmed en Egypte 10,4 % [34]. Cependant, la mise au sein dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement a été soulignée comme bénéfique sur la durée de l'allaitement exclusif [54]. Cette faible proportion de l'allaitement maternel dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que les mères n'étaient pas informées ou aidées par les agents de santé dans la pratique de la mise au sein précoce de l'enfant et aussi le fait qu'une bonne partie des mères ait accouché à domicile.

### **Fréquence de l'allaitement maternel exclusif :**

L'OMS et l'UNICEF conseillent un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, tout en reconnaissant que certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas la suivre [10, 11].

Ainsi l'OMS et l'UNICEF font la promotion de l'allaitement maternel avec la diffusion des « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel », dans le cadre de l'Initiative « Hôpitaux amis des bébés » (IHAB) [22].

Par ailleurs, le rôle crucial de l'allaitement est au cœur de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [23,24].

Le Mali, dans sa stratégie Nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), a défini l'Initiative Hôpitaux Amis de Bébé (IHAB) comme composante essentielle de la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Elle s'inscrit dans le programme de développement socio sanitaire (PRODESS) qui, en matière d'allaitement maternel exclusif, s'est fixé un objectif de 80% de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois conformément à la recommandation de l'OMS [25].

Dans notre étude, 18,5% des mères ont pratiqué l'AME. Ces proportions sont largement inférieures à celles de l'EDS V au Mali qui était 33% [3], et celles

obtenues par Traoré. M et al qui était 30,66% [31], aux recommandations de l’OMS ainsi qu’aux objectifs du ministère de la santé. Nos résultats sont proches de ceux de la MICS 2010 au Mali en milieu rural et de Nlend et al au Cameroun, où respectivement 20% [56] et 17,10 % [26] des mères avaient pratiqué l’AME jusqu’à 6 mois. Le taux de l’allaitement maternel exclusif reste faible et représente une priorité de santé publique au Mali et dans de nombreux pays du monde. C’est ainsi que la proportion de pratique de l’allaitement maternel exclusif représente 21% au Cameroun [16] et 35% en Mauritanie [19]. Cependant L’AME est encore moins pratiquée dans d’autres pays comme l’Egypte avec une proportion de 9,7% [27], le Canada avec 13,8% [26], et le Mexique avec 2% [34]. Cette faible proportion de l’AME dans notre étude pourrait s’expliquer par l’administration de l’eau et des tisanes à l’enfant dès la naissance. Les croyances culturelles, souvent sous l’influence des belles-mères, incitent les mères à faire ingérer à l’enfant des décoctions de plantes médicinales pour le rendre plus fort et plus sain ou à lui donner de l’eau à cause de la chaleur. De même la croyance que l’allaitement devrait être arrêté immédiatement quand on est devenu enceinte rapportés dans une étude menée en Tanzanie [33]. Il faudrait aussi tenir compte des raisons médicales du non-respect de l’AME notamment avec l’existence de la pandémie de l’infection VIH.

### **Analyse bi variée**

Dans notre étude nous avons trouvé une association statistiquement significative entre l’AME et les variables suivantes : la profession de la mère, la profession du conjoint, le nombre de CPN, le lieu d’accouchement, le sexe de l’enfant, les conseils reçus sur l’AME, la connaissance des avantages de l’AME et la pratique de l’AM dans les 30 minutes après l’accouchement. En effet la profession ménagère des mères n’est pas favorable à la pratique de l’allaitement maternel exclusif, le contraire a été démontré par TRAORE Oumar Yacouba

[58] et Sangho. H et al [30] au Mali, où la profession ménagère était favorable à l'AME. Cette différence pourrait s'expliquer, par le fait que notre enquête a eu lieu en milieu rural où la quasi-totalité des mères interrogées était des ménagères. La profession enseignante du conjoint favoriserait la pratique de l'AME. Ce résultat est similaire à ceux observé par Almayedou et al en Ethiopie, où le statut marital avait été identifié [28]. La non pratique de consultations prénatales lors de la dernière grossesse n'est pas favorable à l'AME. Ce résultat est similaire à ceux observé par Traoré. M et al au Mali [31] et Al Ghwass et al en Égypte [32], où les mères qui avaient effectué moins de 4 consultations prénatales avaient moins pratiqué l'AME que celles qui avaient effectué 4 consultations prénatales et plus. La pratique de l'AM dans les 30 minutes après l'accouchement est favorable à l'AME. Ce résultat est similaire à ceux trouvés par Traoré. M et al [31], où les mères ayant pratiqué l'allaitement maternel dans les 30 minutes après l'accouchement, avaient plus pratiqué l'AME que les autres. Les avantages notifiés par notre étude de la pratique de l'allaitement maternel dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement sont confortés par ceux trouvés par Al Ghwass et al, où les mères qui avaient allaité à la première heure de l'accouchement avaient 2 fois plus de chance de pratiquer l'AME que les mères qui ne l'avaient pas pratiqué [32]. Le sexe féminin favoriserait la pratique de l'allaitement maternel exclusif ; cela est similaire aux résultats de la MICS2010 au Mali, où les filles avaient plus bénéficiées de l'AME que les garçons [56], mais différent de celui trouvé par Mohamed M.E, Al Ghwass et Dalia Ahmed en Egypte, où le sexe masculin était favorable à l'AME [34]. L'accouchement à domicile a une influence négative sur la pratique de l'AME. Ce résultat pourrait s'expliquer, par le fait que les accouchements à domicile ne sont pas assistés ou sont assisté par les accoucheuses traditionnelles qui n'ont pas de bonnes connaissances sur l'AME. Une bonne connaissance des avantages de l'AME et des conseils reçus sur l'AME favoriseraient la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Ce résultat est conforté par le fait que la

profession enseignante du conjoint, l'accouchement dans un centre de santé étaient favorable à la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Cependant, nous n'avons pas trouvé d'association entre l'AME et l'âge des mères. Ce résultat est différent de ceux trouvés par Sangho. H et al, où les mères ayant l'âge inférieur à 30 ans avaient plus pratiqué l'AME que les autres [30] et d'Al Ghwass et al en Égypte, où les mères de moins de 20 ans ont plus allaité que les autres [32].

## **IX. CONCLUSION**

### **Il ressort de notre étude que :**

Le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana est faible, soit 18,5%. Aussi une faible proportion des mères (6,8%) ont allaité leurs enfants dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement et la majorité de ces derniers ont allaité leurs enfants à la demande (98,5%). La tisane et l'eau ont été, les principaux aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons avant l'âge de 6 mois.

Nos résultats ont montré une association entre l'AME et les facteurs tels que la profession de la mère, la profession du conjoint, le nombre de CPN, le lieu d'accouchement, le sexe de l'enfant, les conseils sur l'AME, la connaissance des avantages de l'AME et la pratique de l'AM dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement. Ces facteurs ainsi identifiés sont modifiables. Leur prise en charge permettra d'améliorer la pratique de l'allaitement maternel exclusif dans le village de Bèlèko.

## **X. RECOMMANDATIONS**

### **Nous formulons des recommandations suivantes :**

#### **Au centre de santé de référence de Fana**

Renforcer les capacités des agents qui interviennent dans la prise en charge du couple mère enfant.

#### **Au personnel médico-sanitaire**

1. Renforcer les activités de sensibilisation en faveur de l'allaitement maternel exclusif lors des consultations prénatales, pédiatriques et lors des séances de vaccination et d'IEC;

2. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans les trente minutes suivant l'accouchement;
3. Encourager les mères à faire des consultations prénatales au cours de la grossesse.

**A la Communauté :**

1. Apporter un soutien constant aux mères pendant toute la période de l'allaitement
2. Fréquenter des centres de santé communautaire pour accoucher et faire les consultations prénatales.

## **XI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1. OMS.** Exclusive breastfeeding. Journal of the American Medical Association [En ligne]. 2011; 285(4): 413 - 420. Consultable à l'URL : [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/fr/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/).
- 2. UNICEF.** Alimentation des nourrissons et jeunes enfants [en ligne]. [Page consultée le 15 octobre 2014]. Consultable à l'URL : [http://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/french/nutrition/index_breastfeeding.html).
- 3. Cellule de Planification et de Statistiques, Institut National de la Statistique, Centre d'Études et d'Information Statistiques.** Enquête Démographique et de santé (EDSM-V) : chapitre 11 Allaitement, état nutritionnel et disponibilité alimentaire. Mali ; 2012-2013; (547) 161-171.
- 4. UNICEF.** L'UNICEF rappelle les bienfaits de l'allaitement précoce sur les nouveaux nés [En ligne]. [Page consultée le 10 octobre 2014]. Consultable à l'URL : <http://www.unicef.org/apps/newsfr/storyF.asp>.
- 5. UNICEF.** Stratégie mondiale. L'allaitement est essentiel à la survie des enfants [En ligne]. [Consultée le 10 octobre 2014]. Consultable à l'URL : [www.unicef.org/french/media](http://www.unicef.org/french/media).
- 6. Ministère de la santé du Mali.** Enquête Démographique et de santé (EDSM-IV) : chapitre 11 Allaitement, état nutritionnel. Mali; 2006; (497) 157-160.
- 7. Dennis CL.** Breastfeeding initiation and duration. A literature review 1990-2000. 2002; 31(1):12-32.
- 8. Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R.** Breastfeeding duration is determined by only a few factors. Eur J Public Health. 2006 Apr; 16(2):1 62-7.
- 9. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, et AL.** Breastfeeding and infant growth: biology or bias? Pediatrics Août 2002; 110 (2): 343-347.
- 10. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C.** Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

- 11. World Health Organization.** United Nations Children's Fund: Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
- 12. Dillon JC, Imbert P.** L'allaitement maternel dans les pays en développement : Evolution et recommandations actuelles. *Med Trop* 2003(63): 400-6.
- 13. Turck D.** Breastfeeding: health benefits for child and mother. *Archive de Pédiatrie* December 2005: 12 (3) : 1-21.
- 14. Forum ALGERIE.** Net recul de l'allaitement maternel en Algérie [En ligne]. 2014 janvier [consulté le 07/11/2014]. Consultable à l'URL : <http://www.algeriedz.com/forums/archive/index.php/t-305463.html>.
- 15. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Ouagadougou, Burkina Faso, MEASURE DHS, ICF Macro Calverton, Maryland, USA.** Enquête Démographique et de santé et à indicateurs multiple (EDSBF-MICS IV) : chapitre 9 allaitement et alimentation de complément. Burkina Faso ; 2010 ;(501)161-171.
- 16. OMS.** L'allaitement maternel exclusif sauve des vies [en ligne]. 2007 octobre [consulté le 06/11/2014]. Consultable à l'URL : <https://destinationsante.com/dossiers/L-allaitement-maternel-exclusif>.
- 17. UNICEF.** Promouvoir et protéger l'allaitement maternel [en ligne]. 2007 octobre [consulté le 07/11/2014]. Consultable à l'URL : <http://www.unicef.org/wcaro/french/5054.html>.
- 18. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique, Ministère d'Etat de la Santé et de l'Hygiène Publique Guinée, MEASURE DHS, ICF International.** Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS-IV) : chapitre 9 Allaitement et alimentation de complément .Guinée ; 2012 ; page 17.
- 19. Yahya Ould Abd Dayem, Ministère des Affaires Economiques et du Développement (MAED), Abderrahmane Ould Jiddou, MS.** Extended Scaling Up Nutrition (SUN) Meeting [en ligne]. 2011 Septembre [consulté le 07/11/2014]. Consultable à l'URL : <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/09/archived/Mauritania-SUN-NYC-EE-2011.pdf>.

- 20. Institut National de la Statistique (INS) Niamey, ICF International Calverton, Maryland.** Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du (EDSN-MICS IV) : chapitre 9 Allaitement et alimentation de complément. Niger ; 2012 ; pages 19.
- 21. Ministère de la santé et de la prévention médicale du Sénégal.** Enquêtes démographiques et de santé. 2005; 487 p.
- 22. Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent.** Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement.OMS. Genève 1999 ; 122 p.
- 23. UNICEF, WHO.** Baby-Friendly hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 3.2: Breastfeeding, a Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital, a 20-hour course for maternity staff, preliminary version. UNICEF; WHO. 2006 ; 27 p.
- 24. Organisation mondiale de la santé.** Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève: OMS. 2003; 36 p.
- 25. World Health Organization.** Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: 2002; 36 p.
- 26. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H.** Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. BMC Pediatrics 2010; 10(20):123-31.
- 27. Guerrero ML, Morrow RC, Calva JJ, Ortega-Gallegos H, Weller SC, Ruiz-Palacios GM.** Evaluation ethnographique rapide des habitudes d'allaitement maternel dans la zone periurbaine de Mexico. Bull WHO Organ 1999; 77 (4): 323-30.
- 28. Alemayehu T, Haidar J, Habte D.** Determinants of exclusive breastfeeding practices in Ethiopia. Ethiop J Health Dev 2009; (23):12-18.
- 29. Agho KE, Dibley MJ, Odiase JI, Ogbonmwan SM.** Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. BMC Pregnancy Childbirth 2011; 11(2): 215-25.
- 30. Sangho H, Sidibé Keïta A, Mariko O, Dembélé Keïta H et Traoré Guindo M.** Perception et pratique de l'allaitement maternel exclusif par les

femmes de Sogoniko en commune VI du district de Bamako. Revue malienne de science et de technologie. Mali ; 2011 : Pages 255-256.

**31. Traoré. M, Sangho. H, Camara. M D, Faye. A, Sidibé. A, Koné. K et al.** Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako. Santé publique. Mali ; 2014 Avril- mars ; volume 26 / N° 2 : Page 265.

**32. Huong Nguyen Thu, Bo Eriksson, Toan TranKhanh, Max Petzold, GöranBondjers, Chuc Nguyen Thi Kim et al.** Breastfeeding practices in urban and rural Vietnam. Thu et al. BMC Public Health 2012; 12: 964.

**33. Shirima R, Gebre-Medhin M, Greiner T.** Information and socioeconomic factors associated with early breastfeeding practices in rural and urban Morogoro, Tanzania. Acta Pædiatr 2001; 90: 936–942. Stockholm. ISSN 0803-5253.

**34. Mohamed M.E, Al Ghwass1 et Dalia Ahmed.** Prevalence and Predictors of 6-Month Exclusive Breastfeeding in a Rural Area in Egypt. Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Fayoum University, Fayoum, Egypt. Departments of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, Cairo University, Cairo, Egypt. 2011 Novembre; Volume 6: Pages 196.

**35. UNICEF/WHO.** Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Part 1, Definitions Conclusions of a consensus meeting. In Washington, DC, USA; 6-8 November 2007: Pages21.

**36. WHO.** Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-to-Child Transmission of HIV. An assessment tool for research 2003 [Consulté le 10/02/15]. Pages34. Disponible sur: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_01\\_12/RHR\\_01\\_12\\_chap3\\_4.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_12/RHR_01_12_chap3_4.en.html).

**37. WHO.** Department of Child and Adolescent Health and Development. What are the options: Using formative research to adapt global recommendations on HIV and infant feeding to the local context. NLM classification 2010; WC 503. 2. Pages 58.

**38. GRABOWSKI T.** Principe d'anatomie et de physiologie. Deuxième édition française ; Nancy 2000: Pages 1009-1011 et 1057-1058.

- 39. INFO ALLAIT.** Ressources Internet sur l'allaitement [En ligne]. 2007 Décembre [consulté le 11/01/2015]. Consultable à l'URL : [http : //www.infoallait.org](http://www.infoallait.org).
- 40. SAVAGEKING F. & BENOIST B.** Aider les mères à allaiter; WHO/CHD/96; WHO/AFRO/NUT/96.1 Genève ; 1996 : P192.
- 41. INFO REPORTS.** Réponses aux questions sur l'allaitement, Guide à l'intention des prestataires de services ; Mali 2006 Mars n°5 : Pages 2.
- 42. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.** Les Synthèses du Programme National Nutrition Santé : Allaitement maternel ; les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.
- 43. Burby L.** 101 reasons to breastfeed your child [En ligne]. 2005 Février [consulté le 29/12/2014]. Consultable à l'URL : <https://www.promom.org> .
- 44. Jernstorm H.** Breastfeeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst. 2004; 96: pages1094-8.
- 45. Lovelady.** The effect of weight loss in overweight lactating women on the growth of their infants. N Eng J Med 2000; 342: pages 449-53.
- 46. BELLLOT M.C, CACHIA H, MACHINOT S.** Cahiers de puériculture Diététique infantile ; Masson 1986 : P13-18.
- 47. Savage King F, Benoist B.** Aider les mères à allaiter. Genève, 1996: pages192.
- 48. Triaa Ben hammadi I.** Les déterminants du choix du mode d'allaitement ; Thèse de Médecine Université Paris Diderot-Paris7, 2009 : pages 173.
- 49. INFO Population Reports Meilleur allaitement.** vies plus saines. 2006 Mars : Pages13.
- 50. 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.
- 51. OMS.** VIH : Nouvelles recommandations sur la prévention et le traitement [En ligne]. [Consulté le 13/12/2014]. Consultable à l'URL :

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world\\_aids\\_20091130/fr/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/fr/index.html).

**52. WHO.** Update: Breastfeeding and Maternal tuberculosis 1998 (Feb); (23): pages 1-2.

**53. OMS.** Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement. WHO/CHD/98.9, 1999.

**54. Konaté S.** Evaluation du poids du paludisme pendant la grossesse. MRTC/DEAP /PREMA/FMPOS: Fana; 2009: 70 pages.

**55. Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R.** Breastfeeding duration is determined by only a few factors. Eur J Public Health. 2006 Apr; 16(2):1 62-7.

**56. Cellule de planification et statistique secteur sante, developpement social et promotion de la famille institut national de la statistique.** Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2010 : chapitre 4 Nutrition (Allaitement et Alimentation du jeune enfant).Mali ; 2010-2011 ; 46-81.

**57. Ministère de la santé et de prévention.** Médicale du Sénégal. Enquêtes démographiques et de santé MICS. 2010-2011. 520 p.

**58. Traoré O Y.** Connaissances, aptitudes et pratiques de l'allaitement au sein chez les mères consultant à la pédiatrie du CHU Gabriel TOURE. FMPOS : Bamako ; 2009. 95p.

## FICHE D'ENQUÊTE

**Région de Koulikoro**

**Commune rurale de Fana**

**Date de l'enquête :.../.../.../**

**Identification du village : Bèlèko**

**N° Questionnaire : / \_\_\_ /**

Q1) Age de la mère en année : / \_\_\_\_ /

Q2) Age de l'enfant (mois) : / \_\_\_\_ /

Q3) Sexe de l'enfant (M/F) : / \_\_\_\_ /

Q4) Poids de naissance (g) : / \_\_\_\_\_ /

Q5) Nombre d'enfants y compris les décès : / \_\_\_\_ /

Q6) Nombre de CPN à la dernière grossesse : / \_\_\_\_ /

Q7) Statut matrimonial : / \_\_\_\_ / 1 = célibataire, 2 = marié, 3 = divorcée, 4 = veuve

Q8) Niveau d'instruction de la mère : / \_\_\_\_ / 1 = primaire, 2 = secondaire, 3 = supérieur, 4 = non scolarisée

Q9) Profession de la mère : / \_\_\_\_ / 1 = ménagère, 2 = élève/étudiante, 3 = vendeuse/commerçante, 4 = fonctionnaire, 5 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q10) Profession du conjoint : / \_\_\_\_ / 1 = cultivateur, 2 = vendeur/commerçant, 3 = ouvrier, 4 = chauffeur, 5 = élève/étudiant, 6 = fonctionnaire, 7 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q11) Le mari accepte-t-il l'allaitement maternel exclusif ? : / \_\_\_\_ / 1 = oui, 2 = non

- Pourquoi ? : \_\_\_\_\_

Q12) Où avez-vous accouché de votre dernier enfant ? : / \_\_\_\_ / 1 = domicile, 2 = centre de santé, 3 = maternité rurale

Q13) Par quelle voie avez-vous accouché le dernier enfant ? : / \_\_\_\_ / 1 = voie basse, 2 = césarienne

Q14) Qui a assisté votre dernier accouchement ? : / \_\_\_\_ / 1 = médecin, 2 = sage femme, 3 = matrone, 4 = accoucheuse traditionnelle, 5 = sans assistance

Q15) Quel était l'état de santé de l'enfant à la naissance ? : / \_\_\_\_ / 1 = bon (a crié), 2 = mauvais (n'a pas crié)

Q16) Quel était votre état de santé juste après l'accouchement ? : / \_\_\_\_ / 1 = bon, 2 = mauvais

Q17) A quel moment avez-vous pris la décision d'allaiter votre enfant ? : /\_\_\_/ 1 = pendant la grossesse, 2 = au moment de l'accouchement, 3 = dans la salle de suites, 4 = à la sortie de la maternité, 5 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q18) Quand avez-vous commencé à donner le sein à votre enfant la première fois après l'accouchement ? : /\_\_\_/ 1 = aussitôt après accouchement (avant ou immédiatement après la délivrance), 2 = 45min à 1 H (juste après l'arrivée dans la salle de suites), 3 = 2H à 6H (plus tard dans la salle de suites), 4 = plus de 6H (à la sortie de la maternité), 5 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q19) Qu'avez-vous fait du colostrum (1<sup>er</sup> lait) après l'accouchement ? : /\_\_\_/ 1 = donné à l'enfant, 2 = jeté

- Pour quelles raisons ? : \_\_\_\_\_

Q20) Qu'avez-vous donné au bébé juste après l'accouchement ? : /\_\_\_/ 1 = lait maternel, 2 = eau, 3 = tisane, 4 = jus de tamarin, 5 = lait de vache, 6 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

- Si la mère donnait autres choses que le lait maternel pour quelles raisons ? : \_\_\_\_\_

Q21) Combien de fois/jour donnez vous le sein au bébé ? : /\_\_\_/ 1 = moins de 8 fois, 2 = plus de 8 fois, 3 = à la demande, 4 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q22) Comment avez-vous nourris votre bébé de sa naissance jusqu'à aujourd'hui ? : \_\_\_\_\_

Q23) Avez-vous donné autres liquides ou aliments à votre bébé en plus du lait maternel de sa naissance jusqu'à aujourd'hui ? : /\_\_\_/ 1 = oui, 2 = non

- Si oui lesquels ? : /\_\_\_/ 1 = eau, 2 = tisane, 3 = lait de vache, 4 = bouillie, 5 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

- Pour quelles raisons ? : /\_\_\_\_\_ / 1 = pas assez de lait, 2 = pour l'esthétique des seins, 3 = mère malade et sous ttt méd., 4 = enfant prématuré, 5 = lait de mauvaise qualité, 6 = lait artificiel meilleur, 7 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q24) Citer au moins 3 avantages de l'AME que vous connaissez ? : /\_\_\_/ 1 = protection du nourrisson contre les maladies, 2 = adapté au bébé, 3 = renforcement de lien d'amour et d'attachement entre mère/enfant, 4 = permet la survie et une bonne croissance de l'enfant, 5 = rassure la maman, 6 = économique, 7 = réduction du taux de fécondité, 8 = réduction de la mortalité infantile, 9 = facile à digérer, 10 = ne sait pas, 11 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q25) Jusqu'à quel âge comptez vous allaiter votre enfant ? (âge en mois) : /\_\_\_/

Q 26) Jusqu'à quel âge avez-vous donné uniquement que du lait maternel à votre enfant ?  
(âge en mois) : /\_\_\_\_\_/

Q27) Avez-vous eu des conseils sur l'allaitement maternel ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = oui, 2 = non

- Si oui de qui ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = à travers les médias, 2 = au cours d'une séance d'IEC, 3 = le mari, 4 = médecin, 5 = sage femme, 6 = matrone, 7 = autres à préciser : \_\_\_\_\_
- A quelle période ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = au cours de la CPN, 2 = au cours de la période post natale, 3 = aucun, 4 = autres à préciser : \_\_\_\_\_
- Quels étaient ces conseils ? : \_\_\_\_\_

Q28) Qui a été l'initiateur de la première mise au sein de l'enfant ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = conjoint, 2 = coépouse, 3 = belle mère, 4 = personnel de santé, 5 = aucune personne, 6 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q29) Avez-vous eu un soutien lors de l'allaitement ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = oui, 2 = non

- Si oui de qui ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = conjoint, 2 = entourage, 3 = personnel de santé, 4 = aucune personne, 5 = autres à préciser : \_\_\_\_\_
- Le quel ? : \_\_\_\_\_

Q30) Quels sont les problèmes que vous avez rencontrés au cours de l'allaitement ? : /\_\_\_\_\_/  
1 = sein douloureux, 2 = canal obstrué, 3 = engorgement mammaire, 4 = abcès du sein, 5 = crevasses, 6 = quantité insuffisante de lait, 7 = profession, 8 = autres à préciser : \_\_\_\_\_

Q31) Quel est l'effectif des membres de votre famille ? : /\_\_\_\_\_/

Q32) Cohabitez vous avec votre mère ou belle mère dans la famille ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = oui, 2 = non

Q33) L'enfant est-il vacciné selon le PEV (carte de vaccination) ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = oui, 2 = non

- Carte vue : /\_\_\_\_\_/, carte non vue : /\_\_\_\_\_/

Q34) Avez-vous allaité les enfants aînés ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = oui, 2 = non

- Si oui ont-ils été exclusivement allaités ? : /\_\_\_\_\_/ 1 = oui, 2 = non
- Si oui sur combien ? : /\_\_\_\_\_/

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom : DIAWARA**

**Prénom : Youssouf Diakaridia**

**E-mail : ydiawara91@yahoo.com**

**Titre :** Etude des facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfant de 0 à 6 mois à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana.

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Santé publique ; nutrition ; pédiatrie.

### Résumé

L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois, ainsi que sa poursuite avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique menée auprès de 340 mères d'enfants de 0 à 6 mois à Bèlèko dans le district sanitaire de Fana du 10 décembre 2014 au 10 février 2015. Un questionnaire pré établi a permis de recueillir les données nécessaires, qui ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20, le test de chi carré de Pearson a été utilisé avec un seuil de 0,05 pour rechercher la liaison entre les variables dépendantes et les variables indépendantes.

Les résultats ont montré que l'âge moyen des mères était de 25,33 ans ; 65,3% de ces mères étaient non scolarisées ; 54,8 % étaient ménagères ; la quasi totalité des mères 96,2% étaient mariées et 47,6% étaient des paucipares.

Les proportions des mères ayant optée pour la pratique de l'AME jusqu'à 6 mois étaient de 18,5%. Aussi une faible proportion des mères (6,8%) ont allaité leurs enfants dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement et la majorité de ces derniers ont allaité leurs enfants à la demande (98,5%). La tisane et l'eau ont été, les

principaux aliments introduits dans l'alimentation des nourrissons avant l'âge de 6 mois.

En fin nos résultats ont montré une association entre l'AME et les facteurs tels que la profession de la mère, la profession du conjoint, le nombre de CPN, le lieu d'accouchement, le sexe de l'enfant, les conseils sur l'AME, la connaissance des avantages de l'AME et la pratique de l'AM dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement.

**Mots clés :** Allaitement maternel exclusif, facteurs associés.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**JE LE JURE.**