

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES
DE LA SANTE (UFR/SDS)**

SECTION MEDECINE



Année universitaire 2011-2012

Thèse n° : 126

**L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF COMME METHODE DE
CONTRACEPTION: ETUDE DE LA METHODE D'ALLAITEMENT MATERNEL
ET D'AMENORRHEE (MAMA) DANS DEUX CENTRES MEDICAUX DE LA
VILLE DE OUAGADOUGOU.**

Présentée et soutenue publiquement le 11/07/2012

Pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**

(DIPLOME D'ETAT)

Par

DAKOURE Carine Pegde-bamba

Née le 14 Juin 1982 à Ouagadougou (Burkina Faso)

Directeur de thèse :

Pr Blandine BONANE/THIEBA

Co-directeur :

Dr Boubakar TOURE

JURY

Président : Pr Boubacar NACRO

Membres: Dr Caroline OKENGO/YONABA

Dr Souleymane ZAN

Dr Boubakar TOURE

« Par délibération, l'UFR/SDS a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation ».

DEDICACES

Je dédie ce travail :

- **A ma mère Madeline DAKOURE :**

Ton amour et ta disponibilité infinis me guident et me soutiennent dans ma vie quotidienne. Je souhaite que ce travail traduise le résultat de tes prières et de tes bénédictions de tous les jours. Je voudrais qu'il soit le témoignage de mon amour, et de ma profonde reconnaissance. Je prie pour que tu vives le plus longtemps possible pour voir grandir ta fille ;

- **A mon père, Abel DAKOURE :**

Je dédie cette thèse en guise de récompense, de tes peines, de tes privations et de ta patience dans mon éducation. J'ai encore en mémoire cette peur que tu éprouvais à la veille de tous mes examens de fin d'année. Et puisque je ne pourrais jamais te rendre ce que tu m'as donné, je voudrais que cette thèse soit le symbole de ta confiance. Puisses-tu avoir une longévité heureuse et bénie !

- **A Ismaël :**

En témoignage de ton Amour ;

- **A ma fille, Jalila Alexandra(Ina)**

Tu es ma raison de vivre et d'espérer.

- **A mes frères et sœurs :**

Roland, Berthille, Alain, Hilaire

Je souhaite que cette œuvre consolide d'avantage notre fraternité.

- **A la famille SAWADOGO:**

Je n'ai pas de mot pour exprimer mes sentiments. Vous m'avez acceptée comme votre enfant et je vous en suis reconnaissante.

- **A mes oncles et tantes, à mes cousins et cousines :**

Je renouvelle ma gratitude pour les encouragements et la solidarité.

- **A toutes mes amies :**

Je formule le vœu que notre amitié soit sans usure. Je vous réitère mon indéfectible attachement et ma reconnaissance.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent :

Au Dr Boubakar TOURE,

Pour votre disponibilité et vos conseils. Je vous exprime toute ma reconnaissance pour m'avoir aidée dans la réalisation de ce travail. Je souhaite que vous soyez fier si toutefois il recevait l'approbation du Jury ;

A l'association IBFAN, particulièrement à Monsieur Edouard ZERBO, pour son soutien ;

Aux sages-femmes de la maternité St Camille, pour leur soutien ;

A tout le personnel de la maternité du CHU-YO ;

A mes promotionnaires du St Viateur et du Bogodogo

A tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail, j'exprime mes sentiments de profonde gratitude.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et président du Jury

Professeur Pr Boubacar NACRO à l'UFR/SDS

Professeur Titulaire en Pédiatrie au CHU/Sourô Sanou

Chef de service de pédiatrie au CHU/Souro Sanou

Cher maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant, malgré vos multiples occupations et sollicitations de présider le jury de notre thèse.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques au cours de notre formation. Chacune de vos rencontres est pleines de leçons pour la vie. Votre rigueur, votre pédagogie et vos qualités humaines suscitent en nous admiration et attachement.

Permettez-nous de vous témoigner toute notre considération et notre reconnaissance pour avoir avec spontanéité accepté de présider ce jury de thèse et contribué à la réalisation de ce travail.

Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et directeur de thèse,

Professeur Blandine BONANE/THIEBA à l'UFR/SDS

Chef de service adjoint

Coordonnatrice nationale de l'Alliance du ruban blanc pour la maternité à moindre risque

Directrice exécutive de la SOGOB

Chevalier de l'Ordre National

Professeur Titulaire en Gynécologie-obstétrique

Cher maître, c'est un grand honneur de travailler sous votre direction. Nous admirons votre passion et votre rigueur scientifique, votre simplicité et votre goût du travail bien fait. Malgré vos multiples et lourdes responsabilités vous avez bien voulu diriger ce travail. Puisse-t-il être à la hauteur de vos attentes. Que Dieu vous bénisse

A notre maître et juge Docteur Caroline OKEUGO/YONABA

Assistante en Pédiatrie au CHU/YO

Cher maître, recevez nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites d'accepter de juger de notre travail malgré vos multiples responsabilités. Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et juge Docteur Souleymane ZAN

Cher maître, c'est pour nous un honneur que vous ayez accepté d'être membre du jury de notre thèse.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements pratiques au cours de notre formation. Nous apprécions en vous l'homme de science simple et modeste, qui par sa rigueur dans le travail, la clarté de ses enseignements et l'attention portée à chaque étudiant forcent l'admiration et attachement de tous. Trouvez ici l'expression de nos sentiments de profond respect et de gratitude. Que Dieu vous bénisse.

A notre maître et co-directeur de thèse,

Docteur Boubacar TOURE

Maître – assistant en Gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS

Cher Maître, nous avons eu la chance et le privilège de bénéficier de vos grandes qualités humaines et professionnelles. Vous avez toujours su par votre rigueur au travail, vos connaissances scientifiques, votre humilité, votre disponibilité constante forcer l'admiration de tous.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider malgré vos multiples occupations et sollicitations.

Trouvez ici cher Maître, l'expression de notre admiration, de notre considération et de notre gratitude. Que Dieu vous bénisse.

SOMMAIRE

<u>I.INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME</u>	1
<u>II.PREMIERE PARTIE : GENERALITES</u>	6
<u>II.1 Le lait</u>	7
<u>II.1.1-Définitions</u>	7
<u>II.1.2-Composition</u>	7
<u>II.2 Le lait maternel</u>	8
<u>II.2.2 Composition</u>	8
<u>II.2.2.1Apport énergétique</u>	9
<u>II.2.2.2 Les protides</u>	9
<u>II.2.2.3Les glucides</u>	10
<u>II.2.2.4 Les lipides</u>	10
<u>II.2.2.5 Les sels minéraux</u>	11
<u>II.2.2.6 Les vitamines</u>	11
<u>II.2.3 Le colostrum</u>	13
<u>II.3 Anatomie du sein</u>	13
<u>II.3.1 Anatomie de la glande mammaire</u>	13
<u>II.3.2 Physiologie de la lactation</u>	15
<u>II.4 Allaitement maternel</u>	19
<u>II.4.1 Définitions</u>	19
<u>II.4.2 Avantages</u>	20
<u>II.4.2.1 Avantages pour le bébé</u>	20
<u>II.4.2.2 Avantages pour la mère, la famille et la société</u>	21
<u>II.4.3 Contraintes et limites de l'allaitement maternel</u>	22
<u>II.4.4 Pratiques de l'allaitement exclusif</u>	24
<u>II.4.4.1 Dans le monde</u>	24
<u>II.4.4.2 Au Burkina</u>	25

<u>II.5 La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) ou Méthode d'Aménorrhée de Lactation (MAL).....</u>	26
<u>II.5.1 La contraception naturelle.....</u>	26
<u>II.5.1.1 Historique.....</u>	26
<u>II.5.1.2 Définition.....</u>	30
<u>II.5.2 La MAMA.....</u>	32
<u>II.5.2.1 Historique.....</u>	32
<u>II.5.2.2 Bases physiologiques.....</u>	33
<u>II.5.2.3 Principes.....</u>	34
<u>II.5.2.4 Règles.....</u>	35
<u>II.5.2.5 Efficacité.....</u>	35
<u>III. DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....</u>	37
<u>III.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....</u>	38
<u>III.1.1. Objectif général.....</u>	38
<u>III.1.2. Objectifs spécifiques.....</u>	38
<u>III.2 METHODOLOGIE.....</u>	39
<u>III.2.1 Cadre de l'étude.....</u>	39
<u>III.2.2 Le CHU-YO.....</u>	39
<u>III.2.3 Le service de gynécologie-obstétrique.....</u>	40
<u>III.2.3.1 Les locaux.....</u>	40
<u>III.2.3.2 Le personnel.....</u>	41
<u>III.2.4 Le centre médical St CAMILLE.....</u>	41
<u>III.2.4.1 La maternité.....</u>	42
<u>III.2.4.1.1 Les locaux.....</u>	42
<u>III.2.4.1.2 Le personnel.....</u>	42
<u>III.2.2 Type et période d'étude.....</u>	42
<u>III.2.3 Critères de sélection.....</u>	43
<u>III.2.3.1 Critères d'inclusion.....</u>	43

III.2.3.2 Critères de non inclusion.....	43
III.2.4 Collectes des données.....	43
III.2.5 Saisie et analyse des données.....	44
III.2.6 Considérations éthiques.....	44
III.2.7 Définitions opérationnelles.....	44
III.3 RESULTATS.....	46
III.3.1 Caractéristiques socio-démographiques.....	47
III.3.1.1 L'âge des mères.....	47
III.3.1.2 Statut socioprofessionnel des mères et de leur conjoint.....	47
III.3.1.3 Le niveau d'instruction.....	48
III.3.1.4 Le statut matrimonial.....	49
III.3.1.5 L'ethnie.....	49
III.3.2 Les antécédents gynécologiques et obstétricaux.....	50
III.3.2.1 Le nombre de grossesse et la parité.....	50
III.3.3 Caractéristiques de la MAMA.....	51
III.3.3.1 Prévalence de la MAMA.....	51
III.3.3.2 Les substances administrées au bébé à la naissance.....	51
III.3.3.3 Profession et substance administrée à la naissance.....	52
III.3.3.4 La période d'information sur la MAMA.....	53
III.3.3.5 Les éléments de suivi de la MAMA durant la période de 6 mois.....	54
III.3.3.6 Retour de couches au cours du suivi et nombre de tétées par jour.....	55
III.3.3.7 Prise de contraceptif au cours du suivi et retour de couches.....	56
III.3.3.8 Age de la diversification.....	57
III.3.3.9 La durée de l'aménorrhée post-partum (DAP).....	58
III.3.4 Caractéristiques des nouveau-nés.....	58
III.3.4.1 Le sexe.....	58
III.3.4.2 L'évolution du poids des enfants de M1 à M6.....	58

III.3.4.3 Le développement psychomoteur des nourrissons de M1 à M6.....	59
III.3.4.4 Les épisodes morbides.....	59
III.4 DISCUSSION ET COMMENTAIRES.....	61
<i>III.4.1 Limites et contraintes de l'étude.....</i>	<i>62</i>
<i>III.4.2 Caractéristiques socio-démographiques.....</i>	<i>63</i>
<i>III.4.3 Caractéristiques de la MAMA.....</i>	<i>64</i>
III.4.3.1 Prévalence de la MAMA.....	64
III.4.3.2 Les substances administrées à la naissance.....	64
III.4.3.3 Les raisons de non administration de colostrum à la naissance.....	66
III.4.3.4 Durée de l'allaitement maternel exclusif.....	67
III.4.3.5 Période et sources d'information sur la MAMA.....	68
III.4.3.6 Eléments de suivi de la MAMA.....	68
III.4.3.7 Retour de couches et nombre de tétées par 24h.....	69
III.4.3.8 Prise de contraceptif et retour de couches.....	70
III.4.3.9 La durée de l'aménorrhée post-partum.....	71
<i>IV.4.4 Caractéristiques des nouveaux-nés.....</i>	<i>71</i>
IV.4.4.1 Le sexe.....	71
IV.4.4.2 Episodes morbides infantiles, évolution du poids de M1 à M6 et développement psychomoteur des enfants.....	72
CONCLUSION.....	73
SUGGESTIONS.....	76
BIBLIOGRAPHIE.....	79
ANNEXES.....	89

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I. Composition du lait humain aux diverses périodes de la lactation.....</u>	9
<u>Tableau II. Composition comparative du lait de femme et du lait de vache.....</u>	12
<u>Tableau III. Répartition des mères par tranches d'âge.....</u>	47
<u>Tableau IV. Répartition des mères en fonction du statut socioprofessionnel.....</u>	47
<u>Tableau V. Répartition des mères en fonction du statut socio-professionnel du conjoint.....</u>	48
<u>Tableau VI. Répartition des mères selon le niveau d'instruction.....</u>	48
<u>Tableau VII. Répartition des mères en fonction de leur ethnie.....</u>	49
<u>Tableau VIII. Répartition des femmes selon la raison de non administration de colostrum.....</u>	52
<u>Tableau IX. Répartition des mères selon la période d'information sur la MAMA.....</u>	53
<u>Tableau X. Répartition en fonction de la source d'information sur la MAMA.....</u>	54
<u>Tableau XI. Eléments de suivi de la MAMA.....</u>	54
<u>Tableau XII. Prise de contraceptif et retour de couches.....</u>	56
<u>Tableau XIII. Raisons de la prise de contraceptif.....</u>	56
<u>Tableau XIV. Répartition des enfants en fonction de leur poids de naissance.....</u>	58
<u>Tableau XV. Répartition des enfants selon les pathologies présentées durant le suivi.....</u>	60

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1. Anatomie du sein.....</u>	15
<u>Figure 2. Réflexe de la lactation prolactique.....</u>	16
<u>Figure 3. Réflexes somatiques du nourrisson.....</u>	18
<u>Figure 4. Réflexes maternels de sécrétion et d'éjection du lait.....</u>	19
<u>Figure 5. Répartition des mères selon leur statut matrimonial.....</u>	49
<u>Figure 6. Répartition des mères en fonction du nombre de pares.....</u>	50
<u>Figure 7 : Répartition des mères selon la substance administrée à la naissance</u>	51
<u>Figure 8. Retour de couches et nombre de tétées par jour.....</u>	55
<u>Figure 9. Evolution du poids moyen des enfants de M1 à M6.....</u>	59

LISTE DES ABBREVIATIONS

AE : Allaitement Exclusif

AM : Allaitement maternel

AME : Allaitement Maternel Exclusif

AMPO : Association Managre nooma pour la Protection des Orphelins

CM : Centre Médical

Cf. : confère

CPN : Consultation Périnatale

CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale

DAP : Durée de l'Aménorrhée Post-partum

EDS : Enquêtes Démographiques et de Santé

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

FAP : Femmes en Age de Procréer

FS : Formation Sanitaire

INSD : Institut National de Statistiques et de Démographie

IBFAN: International Baby Food Action Network

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

MAL: Méthode d'Aménorrhée de Lactation

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

M1 : un mois

M2 : Deux mois

M3 : Trois mois

M4 : Quatre mois

M5 : Cinq mois

M6 : Six mois

NNE : Nouveau-né

NRS : Nourrisson

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SSP : Soins de Santé Primaire

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

Le Burkina Faso, à l'instar de beaucoup d'autres pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a adhéré à la déclaration d'ALMA ATA de 1978. De cette déclaration il ressort le concept de Soins de Santé Primaire (SSP). La Santé Maternelle et Infantile avec son volet de planification familiale est l'une des huit composantes de cette déclaration qui a intégré notre système juridique. De ce fait, les concepts de contraception et d'espacement des naissances ont pris une place importante et font l'objet de politiques sanitaires.

Les méthodes de contraceptions sont multiples et diverses. Elles sont hormonales, mécaniques ou naturelles. Elles ont fait la preuve de leur efficacité et présentent des résultats mitigés. Tout programme de planification réussi a entre autres objectifs de proposer une gamme plus élargie de méthodes contraceptives. C'est ce qui permet aux couples un choix répondant au mieux à leurs besoins en matière de reproduction.

En effet la question de la régulation des naissances se pose fréquemment à la suite de l'arrivée d'un enfant.

Beaucoup de mères veulent bénéficier des nombreux avantages que leur procure l'allaitement maternel.

Au regard de l'importance et de la nécessité de la planification familiale, la conférence internationale sur la population et le développement s'est tenue au Caire en Egypte, du 5 au 15 septembre 1994, en a fait une de ses préoccupations [37].

La grossesse et l'allaitement fait que certaines femmes ont du mal à reprendre une contraception hormonale. D'où l'utilité de se demander s'il ya une alternative. En d'autres termes, existe-t-il une méthode de contraception permettant d'espacer raisonnablement les grossesses sans modifier la fertilité?

C'est le lieu de savoir si la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) ou Méthode d'Aménorrhée de Lactation (MAL) qui est une pratique ancienne peut être un moyen de contraception. Dans tous les cas, elle ne peut s'appliquer qu'aux femmes allaitantes et en aménorrhée de nourrice suivant les conditions du consensus de BELLAGIO (août 1988) ¹

Le fondement contraceptif de la MAMA est l'absence de retour de couches. C'est un bon indicateur de non-fécondité chez la femme dont l'enfant est exclusivement nourri au sein. Des études ont montré que la pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) minimise le risque de nouvelle grossesse à 2 % au cours des six (6) premiers mois du post-partum tout comme le Dispositif Intra Utérin (DIU) [61].

Outre le gain de contraception, cette pratique ancienne présente d'autres avantages. A ce titre, on peut noter la bonne croissance staturo-pondérale de l'enfant. Ce qui rime avec son bon développement psychomoteur. L'allaitement au sein peut être considéré comme l'un des maillons essentiels qui ont permis la survie de l'humanité. Le lait maternel constitue l'aliment optimal du jeune nourrisson. Il est le mieux adapté à ses besoins comme à ses capacités. C'est une méthode écologique et économique. Cependant la pratique de la MAL connaît un déclin en Afrique avec l'occidentalisation des mœurs. Le phénomène est plus remarquable dans les grandes villes qu'en milieu rural

¹L'Allaitement Maternel doit être exclusif ou presque exclusif sauf indication médicale ;

Les tétées doivent être fréquentes avec au moins 8 à 10 tétées de jour et de nuit ;

La femme doit être en aménorrhée de nourrice ;

La période de la MAMA couvre les 4 à 6 premiers mois du post partum.

A titre illustratif :

- au Gabon, 75 % des enfants des villes ont une alimentation mixte et ce taux est aussi très important en milieu rural où il est de 60 % [9].
- au Maroc, sans avoir recours à aucun autre moyen de contraception, 68 % des femmes ont été protégées par l'allaitement contre une nouvelle grossesse [37].
- en Tunisie, la durée moyenne d'aménorrhée du post-partum est de 7,5 mois. Elle n'est que de 2,2 mois si le sevrage est très précoce [61].

D'autres études ont prouvé l'effet bénéfique de l'alimentation au sein sur le développement des enfants. Le lait maternel contribue à faire baisser fortement la prévalence des maladies diarrhéiques et celles des insuffisances respiratoires aiguës des nouveau-nés du fait de ses facteurs de protection et des nutriments spécifiques. Dans le contexte du Burkina Faso, les rares travaux menés sur l'allaitement ont rapporté des prévalences élevées de l'allaitement maternel.

Cependant très peu de recherches font la relation entre l'allaitement et la contraception:

- Une enquête de 1991 menée à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso qui sont les deux plus grandes villes a permis d'évaluer la pratique de l'allaitement maternel en zone urbaine. Elle était de 88,6 % parmi les enfants de 0 à 36 mois. L'allaitement mixte est estimé à 8,8 % et l'allaitement artificiel à 0,2 % [56].
- Une enquête nutritionnelle menée dans six provinces² a révélé la pratique de l'allaitement maternel de 63 % parmi les enfants de moins de 36 mois [40].

- En mars 1993, BARRY B. a observé que dans 72,53 % des cas la mère avait administré une substance liquide à l'enfant avant la première tétée. Un agent de santé avait encouragé l'administration de ces substances. [3]
- En janvier 1994, TOE R. a observé une prévalence de l'Allaitement Maternel (AM) de 66,7 % en milieu urbain et de 87,1 % en milieu rural [54].
- Une enquête sur les facteurs influençant la pratique de l'AME à la maternité de Saint Camille, menée en 2003 a montré que l'AME était pratiqué par 29,90 % des femmes qui fréquentent la dite maternité [5].

Fort de ces constats, une recherche sur l'Allaitement Maternel en tant que moyen de contraception s'avère opportune. Elle permettrait de contribuer à faire promotion de l'Allaitement Maternel comme une méthode contraceptive efficace. Elle servirait aussi à montrer que c'est un tremplin au développement parfait staturo-pondéral et psycho-affectif des enfants. L'espoir est que les résultats contribuent à l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile.

²Bam, Gourma, Passoré, Soum, Tapoa,

II

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

Les généralités de notre étude vont de l'étude du lait à la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) en passant par le lait maternel et l'anatomie du sein.

II.1 Le lait

Pour la conduite de cette étude, il paraît utile de définir le lait avant d'en donner la composition.

II.1.1 Définitions

Le lait est depuis plus de 10.000 ans l'aliment biologique par excellence, synonyme de fertilité, de richesse et d'abondance.

Il occupe une place de choix dans notre société moderne grâce à l'étonnante variété de ses produits.

-Le lait est défini comme le produit élaboré par les glandes mammaires des femelles après la naissance du jeune.

-Il est aussi entendu comme le produit intégral de la traite totale et ininterrompue d'une femelle laitière bien portante, bien nourrie et non surmenée. Il doit être recueilli proprement et ne doit pas contenir de *colostrum* [28].

-Pour le Larousse 2010 le lait est le liquide généralement blanc sécrété par les glandes mammaires de la femme et des femelles des mammifères. C'est un aliment très riche en graisses émulsionnées, en protides, en lactose, en vitamines, en sels minéraux et qui assure la nutrition des jeunes au début de leur vie.

II.1.2 Composition

Le lait est un liquide complexe essentiellement composé d'eau et de quatre types de constituants importants dont la proportion diffère selon les espèces et les races (Cf. Annexe figure 1):

- les glucides, essentiellement le lactose
- les lipides, principalement des graisses ordinaires c'est-à-dire des triglycérides
- les protides c'est-à-dire des protéines de types caséines, albumines et globulines
- les sels minéraux...

A coté de ces éléments, des constituants sont présents mais en quantité minime. Il s'agit des enzymes et des vitamines.

La composition chimique du lait montre qu'il est un mélange complexe constitué à 90% d'eau. Il comprend :

- une solution vraie : sucre + protéines solubles + sels minéraux + vitamines hydrosolubles ;
- une solution colloïdale : protéines, en particulier les caséines ;
- une émulsion : matières grasses.

La densité du lait est de 1,030 à 1,034. Son pH est proche de la neutralité (6,6 à 6,8).

La composition chimique du lait varie en fonction des espèces. Certaines de ces variations sont en relation avec la vitesse de croissance du jeune.

II.2 Le lait maternel

Il est bien connu que le meilleur lait pour le petit homme est celui de sa mère ! Cette certitude partagée connaît depuis quelques années un regain d'actualité.

II.2.2 Composition

Le lait maternel est très différent du lait de vache. Il est parfaitement adapté aux besoins du bébé. Pendant les six (6) premiers mois de vie, il apporte non seulement en quantité mais aussi en qualité, tous les nutriments nécessaires au développement optimal de l'enfant. Aussi se présente-t-il sans risque de

carence ni de surcharge sous la forme la plus digeste et la plus facilement assimilable [51].

La composition du lait peut varier selon la date de l'accouchement, de l'alimentation de la mère et de la durée de la tétée. Mais elle reste toujours dans les limites de la normale [51].

En effet, selon la période de la lactation ou la date d'accouchement on distingue trois phases très différentes (cf. tableau I).

II.2.2.1 Le colostrum

Le colostrum est le liquide annonciateur du lait définitif. Il apparaît en général vers le troisième trimestre de la grossesse et s'écoule durant les deux à trois jours qui suivent la naissance. Le colostrum est très riche en vitamines, en protéines, en sels minéraux et surtout en immunoglobulines qui assurent la défense immunitaire du nouveau-né. Il est pauvre en lipides et parfaitement adapté au bébé au début de sa vie. De plus, il permet au bébé d'éliminer de son intestin les dernières traces de *méconium* (substances accumulées au cours de sa vie intra-utérine) et met en route le système digestif du nouveau-né [50].

Par rapport au lait définitif, le colostrum contient :

- *4 à 5 fois plus de protéines*
- *3 fois moins de lipides*
- *1.5 fois plus de lactose*
- *2 fois plus d'autres glucides*
- *4 à 5 fois plus d'anticorps*
- *2 à 4 fois plus d'enzymes*
- *1.5 fois plus de sels minéraux*

Tableau I. Caractéristiques du lait humain : colostrum, lait de transition et lait définitif [4]

(Teneurs moyennes pour 100 ml)

Composition	colostrum	lait de transition	lait définitif
Protéines(g)	2,3	1,6	1,1
Lipides(g)	3,0	3,6	4,0
Glucides(g)	5,3	6,6	7,0
Energie (kcal)	57,5	65,2	68,4

II.2.2.2 Apport énergétique

Il n'y a pas de différence sensible sur le plan calorifique avec le lait de vache car un litre de lait maternel apporte en moyenne 670 Kcal.

II.2.2.3 Les protides

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

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

Le lait maternel est adapté à la physiologie du bébé. Il contient des protéines telles que la *méthionine*, la *taurine* ou la *tyrosine*, qui répondent à l'immaturité enzymatique de l'enfant (cf. annexe 6).

II.2.2.4 Les glucides

Le principal sucre du lait maternel est le lactose. Grâce à la lactase, une enzyme présente dans les cellules intestinales, il est dédoublé en glucose et galactose. Le lait de vache contient moins de lactose que le lait maternel. Ce dernier comprend en outre de nombreux oligosaccharides dont seuls certains sont connus pour l'instant. Ils favorisent le développement intestinal d'une flore microbienne (*Lactobacillus bifidus*) qui protège la muqueuse intestinale contre les agressions bactériennes [52].

II.2.2.5 Les lipides

Si la richesse en graisses du lait humain et celui de vache est sensiblement identique, il n'en est pas de même pour la proportion en acides gras insaturés.

Un litre de lait maternel apporte deux à neuf fois plus d'acides gras insaturés (*acides linoléiques et arachidonique*) qu'un litre de lait de vache demi écrémé. Ces acides gras insaturés sont essentiels pour les synthèses cérébrales. Cependant l'organisme humain ne sait pas les fabriquer.

II.2.2.6 Les sels minéraux

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

Le lait de vache apporte trois fois plus de sodium que le lait maternel. Les risques d'hypertension artérielle que cette teneur en sodium peut entraîner chez l'adulte sont toutefois connus [13-21]. Ce lait animal apporte deux fois moins de fer que celui humain. Il est à la limite inférieure aux besoins.

II.2.2.7 Les vitamines

Les teneurs en vitamines sont à des taux plus élevés dans le lait maternel que dans le lait de vache, sauf pour l'acide folique (identique) et pour la vitamine K

(plus faible dans le lait maternel). Le taux de vitamine C est juste suffisant si la mère ne fume pas.

La situation de la vitamine D n'est pas élucidée. Il est donc préférable d'en rajouter quelle que soit l'alimentation de l'enfant. Le lait maternel est par ailleurs très riche en vitamine E qui est un puissant agent antioxydant.

Quand il faut reconstituer le lait de vache il ya certainement moins de vitamines C, D, E et K (cf. annexe figure 2).

La comparaison de la composition du lait humain et celui de vache nous permet de mieux voir le bon équilibre des différents éléments nutritifs que contient le lait de la femme (tableau II).

Tableau II. Composition comparative du lait de femme et du lait de vache[51]
(Valeurs moyennes pour 100 ml)

Nutriments	Lait de femme définitif	Lait de vache
Protides(g)	1,1 à 1,8	3 à 3,5
Caséine	0,4	2,8
Protéines solubles	0,7	0,5
– alpha lactalbumine	0,3	0,15
– bêta lactoglobuline	-	0,3
– lactotransferrine	0,1 à 0,2	0,02
– immunoglobulines	0,1 à 0,2	0,05
Lysozyme	0,05	-
Rapport : Caséine/protéines solubles	0,6	4,8
Lipides(g)	3 à 4,5	3 à 4
Acides gras saturés(%)	45	75
Acides gras insaturés(%)	46	24
Rapport : Acides gras/Acides gras insaturés	1	3
Acides linoléique(%)	6	1
Glucides(g)	5 à 7	5
Lactose	4 à 5	5
Autres glucides	1 à 4	-
Minéraux (mg)		
Na ⁺	10 à 20	3 à 50
Ca ²⁺	33	125
Phosphore	15	95
Ca ²⁺ /Phosphore	2,2	1,3
Mg ²⁺	4	12
Fer	0,08 à 0,01	0,5
K ⁺	40	130
Vitamines		
– A (µl)	190	102,5
– D (µl)	1 à 4	2
– E (mg)	0,18	0,04
– B1 (µl)	16	44
– B2 (µl)	36	175
– C (mg)	3	1
– PP (mg)	1,3	0,5
Calories	68	70
Killojoules	284	293

II.3 Anatomie du sein

II.3.1 Anatomie de la glande mammaire [22,58]

Chaque sein est formé de 15 à 26 lobes, composés eux-mêmes d'un ensemble d'alvéoles. C'est un tissu glandulaire, entouré de tissus de soutien et adipeux. Chaque alvéole est constituée de cellules sécrétrices qui vont élaborer les différents constituants du lait.

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

Avant d'atteindre le mamelon, ces canaux s'élargissent en forme d'ampoules ou sinus lactifères où le lait est collecté. Partant de ces sinus, des canaux très fins se dirigent vers le mamelon et là débouchent à l'extérieur par une dizaine de pores. Cet ensemble est enrobé de tissus graisseux et conjonctifs plus ou moins importants suivant les femmes.

Le mamelon est cerné par l'alvéole où l'on peut voir de petites boursouflures (*les glandes de Montgomery*) qui secrètent un liquide odorant.

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

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

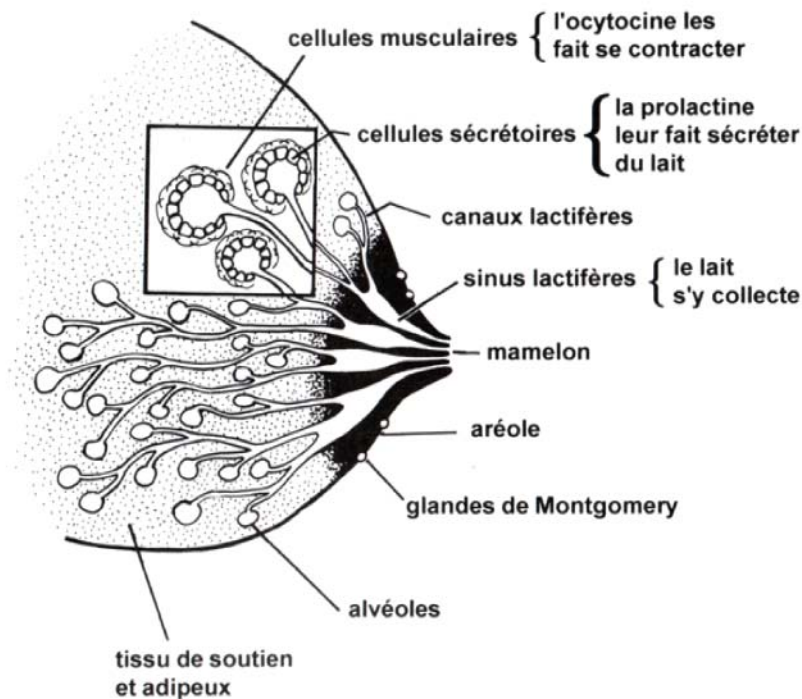


Figure 1. Anatomie du sein

Source : Savage F K et B Benoist, Aider les mères à allaiter, OMS Genève 1996.

II.3.2 Physiologie de la lactation [50,22]

C'est au moment de la grossesse que la glande mammaire atteint son plein développement, en particulier le tissu sécrétoire sous l'influence d'hormones.

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

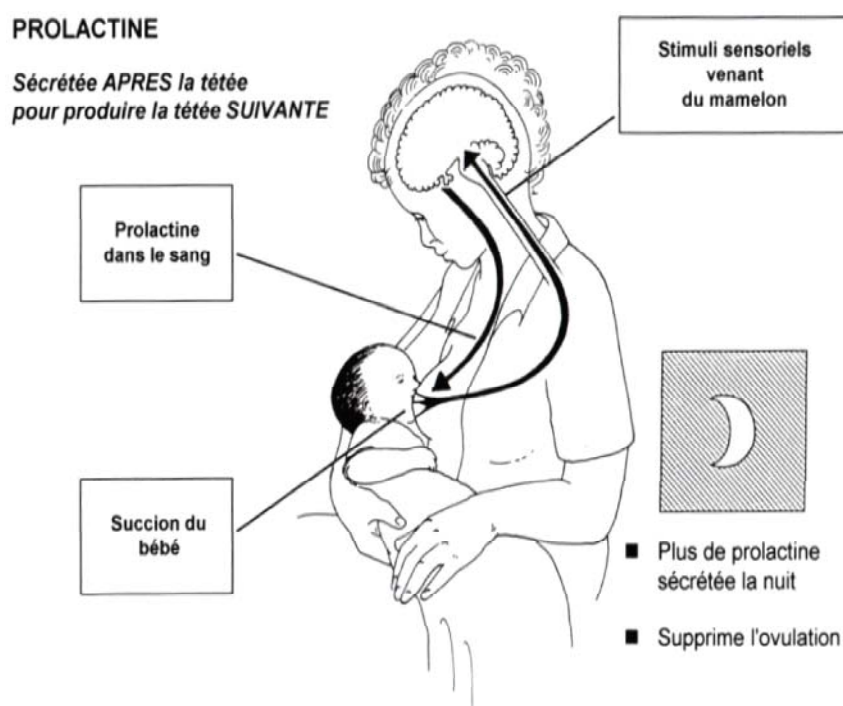
La progestérone s'oppose à l'augmentation de la production lactée (et son action bien connue est utilisée sur le plan médicamenteux quand on veut arrêter la montée laiteuse). Dès la 16^{ème} semaine de la gestation, les seins peuvent sécréter du lait en très petite quantité.

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

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

La prolactine est une hormone lactogène. Elle déclenche la production initiale de lait, agit sur la synthèse du lactose par l'intermédiaire de l'alpha lactalbumine. La montée laiteuse est régulée par la succion.

La production laiteuse est donc liée à un phénomène neuroendocrinien réflexe. C'est un mécanisme somatique, c'est à dire plus la succion est active et fréquente plus la sécrétion lactée est importante (Cf. Figure



2).

Figure 2. Réflexe de la lactation prolactique

Source : OMS/UNICEF, le conseil en allaitement, manuel des participants, 1993

L'ocytocine est une hormone post-hypophysaire qui contrôle l'excrétion du lait. Elle est sécrétée grâce à la stimulation qu'exerce l'enfant en suçant le mamelon. L'ocytocine entraîne la contraction des cellules musculaires et permet ainsi la vidange des alvéoles, la dilatation des canaux galactophores et le jaillissement du lait.

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

En définitive, la lactation est due à cinq réflexes qui agissent simultanément. D'abord trois réflexes somatiques du nourrisson qui fouille avec la bouche, suce et déglutit.

Le *réflexe de fouissement* amène l'enfant à rechercher activement le mamelon, bouche ouverte afin de prendre une partie du sein. Le *réflexe de succion* consiste à un mouvement rythmé des mandibules qui permet à l'enfant de former dans sa bouche une dépression puis par un mouvement péristaltique de sa langue, de tirer le lait et de l'envoyer vers l'œsophage. Là un *réflexe de déglutition* lui permet d'avaler le lait (Cf. Figure 3).

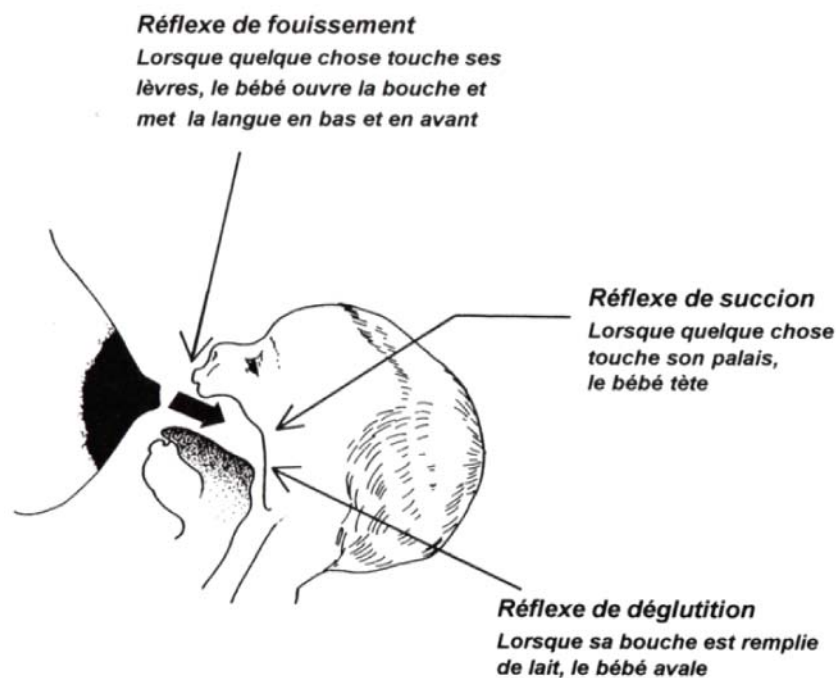


Figure3 : Réflexes somatiques du nourrisson

Sources : OMS/UNICEF, le conseil en allaitement, manuel des participants, 1993.

Ensuite deux réflexes de la mère interviennent. Le *réflexe de sécrétion du lait* qui est sous l'influence de l'*ocytocine*. Ce réflexe est somatique ; ainsi plus la succion est fréquente et active plus la production lactée est abondante. Le *réflexe d'éjection* est psychosomatique, c'est à dire qu'il est extrêmement sensible aux perturbations d'ordre émotionnel et psychologique. L'anxiété, la fatigue, l'émotion, la douleur, le stress peuvent l'inhiber alors que la confiance en l'allaitement au sein, la conviction dans la qualité de ce type d'alimentation, le sentiment de sécurité peuvent l'améliorer. Ainsi le réflexe d'éjection répond non seulement à des stimuli tactiles mais aussi olfactifs, auditifs, visuels.

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

mère -enfant mais aussi déclenchent et augmentent la sécrétion lactée (Cf. Figure 4).



Figure 4. Réflexes maternels de sécrétion et d'éjection du lait

Source : OMS/UNICEF, le conseil en allaitement, manuel des participants, 1993.

II.4 Allaitement maternel

II.4.1 Définitions

La notion d'allaitement maternel est vaste avec plusieurs composantes qui sont définies différemment :

- Le terme « **allaitement maternel** » est réservé à l'alimentation du nouveau né ou du nourrisson par le lait de sa mère [29].
- **Allaitement maternel exclusif** ou allaitement intégral. On entend par allaitement exclusif la pratique consistant à nourrir un bébé uniquement de lait maternel (éventuellement du lait maternel exprimé) sauf indication médicale. On peut également donner au bébé des vitamines,

- **Allaitement maternel prédominant.** Se dit quand le lait maternel, y compris le lait exprimé ou celui d'une nourrice, constitue la principale source de nourriture du nouveau-né ou du nourrisson [44]. Il permet l'eau, les liquides à base d'eau et les jus de fruits de même que les médicaments et les gouttes de vitamines et de sels minéraux. Il exclut les préparations commerciales pour nourrissons (lait industriels), les autres laits animaux ou les liquides à base d'aliments (céréales, purées...) [29].
- **allaitement partiel ou mixte.** Se dit pour un allaitement inférieur au volume de l'allaitement intégral. C'est-à-dire qu'il est associé une autre alimentation à base de produits comme les substituts du lait maternel, les céréales, l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture.
- **La réception passive** (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considéré comme un allaitement même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein [28].

II.4.2 Avantages

II.4.2.1 Avantages pour le bébé

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

- Aspects nutritionnel et physiologique

Le lait maternel est incontestablement le meilleur aliment pour le nouveau-né. Sa composition nutritionnelle variable permet de s'adapter aux besoins du

bébé. L'allaitement permet d'éviter les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës [28].

Le *colostrum* facilite l'excrétion du méconium, et l'établissement de la flore *bifidus* ; cette dernière protège le bébé contre la prolifération des germes pathogènes.

La quantité et la qualité des protéines conviennent particulièrement aux besoins du bébé. Les protéines du lait humain sont bien digérées et absorbées.

➤ Aspects immunologiques

Certains facteurs immunologiques (*lactoferrine, lysozymes*), cellulaires (*macrophages, lymphocytes, polynucléaires neutrophiles*) et biologiques (contenu en lactose, résidu acide du lait dans le gros intestin...) offrent une protection anti-infectieuse et anti-allergique à l'enfant.

L'action des *oligosaccharides*, présents dans les sucres du lait maternel contribue à enrichir la flore intestinale du nouveau-né [21,26].

➤ Aspects psychologiques

Le contact mère-enfant au cours de l'allaitement favorise une stimulation sensorielle maximum du point de vue visuel, tactile, auditif, gustatif et olfactif. Les mères qui allaitent sont susceptibles de cajoler, de bercer, de toucher leur bébé et dormir avec lui. Cette proximité permet aussi de mieux observer les réactions du bébé.

II.4.2.2 Avantages pour la mère, la famille et la société

L'allaitement au sein, en plus des multiples bénéfices qu'il apporte aux enfants, présente de nombreux autres avantages.

-l'allaitement maternel de longue durée contribue à diminuer le taux de mortalité infantile et à espacer les naissances [28,8] ;

- il renforce l'estime de soi chez la mère ;
- l'allaitement maternel précoce déclenche un phénomène de contraction et rétraction de l'utérus, les vaisseaux sanguins au niveau de la plaie placentaire s'oblitérent, l'utérus se vide et forme un globe de sécurité qui protège contre l'hémorragie de la délivrance. Enfin stimule la production et la sécrétion du lait maternel [28];
- il réduit les risques de cancer du sein et de l'utérus [60,62] ;
- L'allaitement maternel contribue à la récupération du poids d'avant la grossesse et à la diminution de dépôt graisseux dans le tissu mammaire ;
- L'allaitement au sein est vraiment économique : le lait maternel est toujours frais, en quantité adéquate. C'est l'une des ressources naturelles les plus précieuses et la réduction des dépenses financières n'est pas négligeable. En effet l'allaitement artificiel nécessite du matériel dont le coût et l'entretien alourdissent les charges dans le ménage (achat des combustibles, du bois, des biberons, laits et substituts). Ainsi, tout enfant nourri au lait artificiel est exposé à toutes ces graves maladies (diarrhées, malnutritions, infections) et la mère, non seulement sera absente au travail, mais elle le sera aussi à la maison d'où le mauvais rendement de part et d'autre. Le souci s'installe dans l'environnement familial. Il faut déboursier de fortes sommes d'argent dans le transport, les consultations, les hospitalisations, les ordonnances. Il y a en outre, le risque de perdre son emploi pour absentéisme [28].

II.4.3 Contraintes et limites de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel connaît des limites et des contraintes qu'il est important de signaler ici. En effet la meilleure alimentation du nourrisson demeure le lait maternel mais certaines conditions obligent la maman à adopter l'allaitement dit « mixte ». Il est généralement pratiqué dans les cas suivants :

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

L'allaitement mixte présente beaucoup d'inconvénients. Nous pouvons citer entre autres :

- le lait artificiel n'a pas la même valeur nutritionnelle que celui venant de la mère ;
- l'enfant ne bénéficie pas de la même protection apportée par le lait maternel;
- lors des voyages, les biberons et accessoires prennent trop de place ;
- l'enfant ne bénéficie pas de l'amour des parents ;
- l'utilisation du biberon nécessite de grosses dépenses : eau, électricité, gaz, lait et autres.
- il peut être cause de beaucoup de maladies comme la diarrhée, la constipation...

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

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

- décès de la maman ;
- allergie au lait de la mère

- contre indication au lait maternel dans certaines pathologies et médicaments tels que le VIH³ (l'allaitement augmente le risque de transmission du VIH chez l'enfant), la galactosémie congénitale (le lait de la mère devient un poison chez l'enfant), la tuberculose, les anticancéreux, les anticonvulsivants, les produits radioactifs...

³Selon les recommandations communes de l'UNICEF et de l'OMS, si l'alimentation de remplacement est Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Durable et Sûre (AFADS), il est recommandé pour les femmes vivant avec le VIH d'éviter toute forme d'allaitement maternel ; dans le cas contraire, l'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie, ou jusqu'à ce que les critères AFADS soient remplis.

II.4.4 Pratiques de l'allaitement exclusif

II.4.4.1 Dans le monde

Les modèles d'allaitement maternel actuels restent bien éloignés du niveau recommandé et varient considérablement d'une région à l'autre. D'après les données de 37 pays mettant en évidence les tendances en matière d'allaitement maternel (couvrant 60 % de la population des pays en voie de développement), le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois suivant la naissance est passé de 34 % à 41 % dans les pays en voie de développement entre 1990 et 2004. Des avancées significatives ont été réalisées en Afrique subsaharienne où ces taux ont plus que doublé sur cette période, passant de 15 % à 32 %. Les taux d'allaitement maternel exclusif ont également augmenté en Asie du Sud et dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, passant respectivement de 43 à 47 % et de 30 à 38 % entre 1990 et 2004. L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale, en particulier, ont enregistré des améliorations significatives, avec des taux passant de 4 à 22 % ; et les taux d'allaitement maternel exclusif ont également augmenté en Afrique Australe et en Afrique de l'Est, passant de 34 à 48 %. Les taux sont restés globalement inchangés en Asie orientale et dans le Pacifique pour cette même période [41].

Il convient de souligner que, chaque année, la malnutrition est impliquée dans près de 40 % des 11 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement, et que 1,5 millions de ces décès sont imputables à l'absence d'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant la période néonatale [41]. Dans les milieux défavorisés, marqués par de mauvaises conditions d'hygiène et le manque d'eau potable, l'allaitement maternel peut sauver des vies. Il protège en effet le nouveau-né contre les pathologies infectieuses, spécialement les infections gastro-intestinales, qui contribuent

grandement à la morbidité et à la mortalité infantiles dans ces pays en développement [42]. Toutefois, la croyance que le lait maternel seul ne suffit pas sur le plan nutritif à répondre aux besoins d'un bébé, pourrait constituer un obstacle principal à la promotion de l'allaitement exclusif.

Dans le contexte des sociétés rurales traditionnelles d'Afrique, d'Asie et d'Amérique du Sud, les mères sont valorisées par leur maternité et l'allaitement y prend une part importante. Cependant certaines pratiques d'ordre socioculturel ou religieux tel que le fait de priver le nouveau-né de colostrum et de lui donner de l'eau, peuvent gêner un allaitement maternel exclusif.

II.4.4.2 Au Burkina

Selon l'EDS 2003, 16 % des femmes allaitent exclusivement leur bébé. La prévalence du retard de croissance est passée de 37 % en 1998 - 99 à 39 % en 2003 [30].

Selon les données de l'enquête nationale de nutrition 2009, la question de l'eau reste posée. En effet, 36,3 % de femmes donnent de l'eau à boire à leur enfant en plus du lait maternel. De même, le taux d'allaitement exclusif régresse avec l'âge des enfants. De 0 à 5 mois, ce taux chute de 23,7 à 08,0 %.

II.5 La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) ou Méthode d'Aménorrhée de Lactation (MAL)

II.5.1 La contraception naturelle

II.5.1.1 Historique [36, 25,63]

Depuis les époques reculées, des moyens ont existé pour limiter les grossesses, allant des plus précaires dans l'Antiquité à des techniques poussées aujourd'hui.

➤ Dans le monde antique

En Égypte, des textes anciens tels que le papyrus de Kahoun (environ 1850 av. JC) présentent des techniques de contraception comme la composition de tampons à base de miel, de pommades à bases d'excréments de crocodiles, le coït interrompu, **la lactation prolongée** ou encore l'abstinence sexuelle rythmée.

Au temps des pharaons, des pierres étaient mises dans l'utérus des chamelles pour qu'elles ne soient pas pleines pour la traversée du désert ; et des stérilets ont été retrouvés dans les momies égyptiennes.

En Grèce (150 ap. JC) étaient pratiquées des manœuvres post coïtales (éternuer, se lever, marcher) pour expulser le sperme immédiatement après l'acte sexuel. Des préservatifs en vessie de chèvre existaient.

À Rome, les bases de la contraception étaient héritées en grande partie de la médecine grecque : préservatifs en cæcum de bouc, ovules et stérilets de laine. La douche vaginale à l'eau froide se pratiquait également après le rapport.

Dans les pays islamiques du Moyen-Orient, une forte natalité était prônée.

Mais le coït interrompu, connu bien avant le Coran, puis décrit dans celui-ci, était largement pratiqué.

➤ De l'Antiquité au XIXe siècle

En France, jusqu'au Moyen Age, la contraception était peu répandue en raison de l'influence du catholicisme. À l'époque, la sexualité devait être vécue essentiellement dans sa dimension reproductive.

Mais comme le montre Jacques Gonzalès dans son ouvrage intitulé Histoire naturelle et artificielle de la procréation, si la contraception existe depuis la haute Antiquité, ce n'est qu'au début de la révolution industrielle qu'elle commence à devenir une préoccupation pour une part significative de la population.

C'est de cette manière qu'on explique la chute du taux de natalité de l'époque :
« En 1870, le taux de natalité était situé à 2,5 % alors que cent ans plus tôt il atteignait 4 % : La chute du taux de natalité montrait de plus en plus nettement que le lit conjugal était à présent le lieu des relations sexuelles non procréatives

» En ce qui concerne les préservatifs, au XVIe siècle, en Asie, les Chinois les fabriquaient en papier de soie huilé, les Japonais en écailles de tortues ou en cuir. En Italie, en 1564, Gabriel Fallope décrit un fourreau de lin « à la mesure du gland » imbibé de décoctions d'herbes astringentes, pour prévenir la propagation du « mal français », la syphilis. Au XVIIe siècle, le préservatif se banalise en tant que contraceptif, peut-être grâce au Docteur Condom, médecin du roi Charles II d'Angleterre. Il est alors fabriqué en boyaux d'animal.

[12]

➤ Au XXe siècle

Au début du XXe siècle, apparut la mode de la douche vaginale, grâce à l'invention de la pompe qui propulse dans le vagin après chaque rapport sexuel un mélange d'eau et de toutes sortes de produits.

En 1909, Richter conçut le premier dispositif intra-utérin.

En 1912, Margaret Sanger assista à la mort d'une mère de trois enfants qui avait tenté d'avorter. Le premier dispensaire français des contrôles des

naissances date de 1935. Il prône le concept de parenté et de sexualité responsable d'un couple [11].

Les années 1930 marquent le début des fondements scientifiques des méthodes d'observation. En 1942, Félix Pouchet établit la relation entre menstruation et ovulation tout en se méprenant sur la chronologie du cycle.

C'est le Docteur Ogino qui interpréta correctement le cycle féminin. Il découvrit que l'ovulation a lieu en moyenne le 14ème jour précédent les menstruations suivantes. Il mit au point dans les années 1930 sa célèbre méthode, **la Méthode Ogino**. Elle a pour objet de prévoir, très approximativement, à partir de calculs statistiques, la période féconde.

En 1947, est mise au point **la Méthode des températures** par J. Férin. Elle ne renseigne pas sur la période pré-ovulatoire. Elle ne précise donc pas si la femme est féconde ou non avant l'ovulation.

En 1954, Gregory Pincus et son équipe mettent au point une synthèse d'œstrogènes et de progestatifs qui empêchent l'ovulation : la première pilule œstro-progestative Enovid est née.

En 1967, la loi Neuwirth autorise l'importation, la fabrication et la diffusion des contraceptifs sur prescription médicale. Cette loi crée les lieux de diffusion de cette contraception : les centres de planification et d'éducation familiale.

Entre 1967 et 1987, les pourcentages de femmes, entre 15 et 49 ans, prenant la pilule, passe de 4 % à 30 %.

Après des années de recherche clinique, en 1964, les docteurs Billings, Australiens, formulent les premières règles de **la méthode Billings** qui utilise l'élément le plus spécifique de la fécondité, et uniquement celui-ci, la glaire cervicale.

Les règles de la méthode Billings sont définitivement mises au point en 1971.

L'association de la courbe thermique avec les autres signes de la fécondité (en particulier la glaire cervicale) conduit à la mise au point de la MAO (méthode d'auto-observation) ou **méthode sympto-thermique**.

C'est également dans les années 80 qu'est introduite une contraception hormonale injectable à base de progestatif.

La stérilisation tubaire comme moyen moderne de régulation des naissances n'apparaît qu'à la fin du XXe siècle.

Aux États-Unis d'Amérique, un préservatif féminin existait depuis les années 1920.

En 1986, les premiers tests domestiques urinaires de détection de l'ovulation apparaissent.

➤ Au XXIe siècle

Dès 1996, une circulaire du ministère de l'Éducation Nationale en France rendait obligatoire des séances d'éducation à la sexualité pour les élèves de 4ème et 3ème. En 2001, la loi sur l'IVG et la contraception a imposé de renforcer l'éducation à la santé et à la sexualité dans les établissements scolaires (loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception). Au début du XXIème siècle, apparaissent deux nouvelles méthodes de PFN : la méthode des jours fixes(MJF) et l'algorithme des deux jours. Ce sont des méthodes extrêmement simples et peu onéreuses.

Début 2004, de nouvelles formes de contraception hormonale sont commercialisées : le patch et l'anneau vaginal.

Avec les années « bio », la **méthode de l'aménorrhée de la lactation** a fait l'objet d'un consensus (1988). La PFN se tourne vers la population pauvre et analphabète d'une grande partie du globe.

Parallèlement, la technologie se développe : les **tests urinaires domestiques** de détection de l'ovulation (1986) et les **thermomètres électroniques avec**

ordinateur intégré sont commercialisés. Tout récemment a été développé un **logiciel** pour suivre la méthode sympto-thermique à l'aide de son téléphone portable(2006).

La PFN continue de se développer et de se moderniser [66].

II.5.1.2 Définition

Qu'entend-on par méthode « naturelle » ?

Naturelle ne signifie pas « laisser faire la nature ». La Planification Familiale naturelle (PFN) veut **concilier nature physiologique et responsabilité familiale**.

Selon l'OMS, les méthodes naturelles de planification familiale sont les **méthodes basées sur l'identification des jours où la femme est féconde**. Elles utilisent soit un calcul de jours, soit une observation des signes cliniques de fertilité (les sécrétions cervicales et/ou la courbe des températures). Les méthodes naturelles sont aussi appelées **les méthodes fondées sur la connaissance de la fécondité**.

Ces méthodes, lorsqu'elles sont utilisées pour éviter une naissance, supposent **l'abstinence sexuelle** pendant la période féconde. L'OMS précise que ces méthodes peuvent être employées en association avec des périodes d'abstinence, ou peuvent être **combinées à des méthodes barrières** pendant la phase fertile du cycle [44].

Le professeur René Ecochard, dans l'analyse des échecs de la planification familiale naturelle sur 7007 cycles d'utilisation, note que dans la moitié des cas le couple utilise l'abstinence pendant la période fertile ; dans l'autre moitié il utilise, soit une contraception locale, soit le retrait [16].

Ces méthodes de régulation des naissances ne sont **pas contraceptives** : elles ne ni modifient pas la fécondité de la femme ni suppriment la possibilité de conception. En effet, comme le dit, en décembre 2005, Martine Chausson,

conseillère conjugale et familiale à l'Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception (ANCIC) en France, « *la contraception permet de dissocier sexualité et procréation, d'envisager le plaisir sexuel sans qu'il y ait finalité reproductive obligatoire* » [38].

C'est pourquoi le **préservatif** en latex, pourtant 100 % naturel, n'est pas classé parmi ces méthodes. Le préservatif fait partie des **méthodes barrières**.

De même, le **coït interrompu**, souvent associé à ces méthodes, ne rentre pas dans cette définition. Le coït interrompu, également connu sous le nom de retrait, est une **méthode** de planification familiale **traditionnelle** qui consiste à retirer le pénis du vagin et à l'éloigner de la vulve avant l'éjaculation. Ainsi, le sperme n'est pas en contact avec le vagin, et aucun spermatozoïde ne peut parvenir jusqu'à l'ovule [44].

Toutes les méthodes « naturelles » reposent sur le fait que la période féconde chez la femme est limitée à la **période qui entoure l'ovulation** : cinq(5) jours à **une semaine avant**, durée de vie maximale des spermatozoïdes dans les voies génitales de la femme, et **un jour après**, durée de vie de l'ovule lui-même. Soit une **fenêtre de fertilité** biologique de **maximum 8 jours** [53].

La grossesse étant prévenue en évitant les rapports sexuels non protégés pendant les jours féconds, le plus difficile est de situer avec précision l'ovulation et de s'abstenir pendant toute la période féconde.

Les couples choisissant ces méthodes désirent vivre le plus possible en concordance avec leurs corps, conserver à chaque cycle la capacité de donner la vie et maîtriser ensemble leur sexualité.

Pour le CLER (Centre de Liaison des Equipes de Recherche), « naturelle » signifie « *conforme à la nature profonde de l'être humain et de l'acte sexuel, acte d'amour et de procréation* ». D'ailleurs, le Dr Martin Winckler dit qu' «

aujourd'hui encore, dans l'imaginaire ambiant, avoir des rapports sans procréer reste moyennement accepté » [67, 16].

Les méthodes suivantes rentrent dans le cadre de la planification familiale naturelle : la méthode Ogino, la méthode des températures, la méthode Billings (MOB), la méthode sympto-thermique (MAO), la méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA) et les deux nouvelles méthodes que sont la méthode des jours fixes (MJF) et l'algorithme des deux jours.

On peut dire que la méthode de l'aménorrhée de lactation fait partie des méthodes naturelles, en ce sens qu'elle **n'altère pas de manière artificielle le cours de l'union sexuelle du couple : ni avant, ni pendant, ni après l'acte**. S'il y a suspension des cycles par une modification endocrinienne, c'est un phénomène naturel dû à la lactation. C'est naturellement que les naissances peuvent être espacées durant une période où une nouvelle grossesse serait, dans bien des cas, difficilement supportable physiquement et psychologiquement pour les parents.

II.5.2 La MAMA

II.5.2.1 Historique

Chez les Kung, une population nomade du sud de l'Afrique, la maman portait son enfant où qu'elle aille ; il tétait environ quatre fois par heure pendant une à deux minutes, et fréquemment la nuit, pendant le sommeil de sa mère. L'intervalle entre les enfants était de 4,1 ans. Dès que cette population s'est sédentarisée, l'intervalle entre les naissances s'est réduit à environ 2 ans, le mode d'allaitement s'étant modifié [2].

Bien que les avantages de l'allaitement soient connus depuis toujours et largement favorisés, c'est tout récemment que les scientifiques de planification

familiale se sont intéressés aux effets de la lactation prolongée sur l'espacement des naissances.

Déjà, dans les années 60 à Grenoble, les Docteurs Michèle et François Guy du CLER enseignaient que la femme pouvait se considérer comme infertile tant qu'elle allaitait complètement et qu'elle n'avait pas encore eu son retour de couches.

Chez une même femme, pour des allaitements semblables en intensité (fréquence des tétées et temps passé au sein), le retour de couches survenait à des moments similaires.

En 1988, sous l'égide de l'OMS, de l'UNICEF et de FHI (Family Health International) des scientifiques ont confronté leurs connaissances sur l'interaction entre allaitement et infertilité, et ont décrété unanimement le **Consensus de Bellagio**.

Donc c'est bien la période d'aménorrhée de lactation plutôt que la période d'allaitement complet qui peut être considérée comme une période d'infertilité naturelle.

Le Consensus de Bellagio a été confirmé en 1995 après que de nombreuses études sur le terrain l'ont validé [14]. Il a permis de dégager les bases scientifiques des conditions à remplir pour que l'allaitement au sein puisse être utilisé de façon sûre et efficace à des fins d'espacement des naissances [46].

II.5.2.2 Bases physiologiques

L'explication physiologique exacte responsable de la suppression de l'ovulation pendant l'allaitement au sein n'est que partiellement clarifiée. Cela rend difficile la compréhension et l'explication de l'impact des différents types d'allaitement sur la fécondité.

Un allaitement, même soutenu, ne bloque pas totalement la croissance folliculaire. Cependant s'il est intense, il ne permettra pas le retour à une activité ovarienne compatible avec la fertilité.

Que ce soit dû à l'**hyperprolactinémie** reflétant l'activité de tétée comme le pensent certains, ou, comme le pensent d'autres, par stimulation directe de l'axe hypothalamo-hypophysaire par le réflexe de succion, la conséquence est la même : le facteur principal de maintien de l'aménorrhée est la tétée de l'enfant.

Même si tous les mécanismes ne sont pas élucidés, une chose est certaine : le degré de suppression de l'activité ovarienne est lié à la **puissance du stimulus de succion**, c'est-à-dire sa qualité et son maintien, **et** à la **sensibilité de la mère** à cette activité de téter [60, 35].

Les pratiques qui favorisent l'allaitement sont les mêmes que celles qui retardent le retour de la fertilité de la mère et espacent donc les naissances.

Par exemple l'**allaitement maternel complet** est toujours **à la demande** du bébé, et ne suit aucun horaire fixe.

La quantité de prolactine produite lors d'une tétée entre minuit et 5 h du matin est plus élevée que lors d'une tétée de même durée le jour. C'est pourquoi, généralement, pour maintenir une bonne lactation et pour rester infertile, les tétées nocturnes sont très importantes [2].

II.5.2.3 Principes

La **MAMA** ou **MAL** est l'**utilisation consciente de l'allaitement comme méthode contraceptive** par une femme en aménorrhée pendant une période de six mois (voire plus) après la délivrance [32].

II.5.2.4 Règles

L'allaitement doit être mis en place très précisément dans les heures qui suivent l'accouchement.

L'allaitement doit être complet. Il faut donc allaiter fréquemment, chaque fois que l'enfant a faim, jour et nuit, «à la demande» et éviter de donner tétines ou sucettes [55].

II.5.2.5 Efficacité

Cette méthode de planification familiale naturelle s'est révélée **très efficace**, et ce autant dans les pays industrialisés que dans ceux en voie de développement. Une femme entre en période fertile lorsqu'elle a son retour de couches ou qu'elle a une sensation d'humidité ou de la glaire à la vulve. Pendant l'allaitement complet, jusqu'à 6 mois, une ovulation fertile avant le retour de couches est peu fréquente, puisque le taux pratique de grossesses est de 1 % ou moins.

Pour appliquer la MAMA, la mère doit se poser ces trois questions :

- Ai-je eu mon retour de couches ?
- Est-ce que je donne régulièrement des compléments, ou est-ce que j'attends longtemps entre les tétées, le jour ou la nuit ?
- Mon bébé a-t-il plus de 6 mois ?

Si la réponse est non à ces trois questions, il n'existe alors que 1 % à 2 % de possibilité de grossesse.

Si la réponse est oui à un seul de ces critères et si la mère ne souhaite pas de nouvelle grossesse, elle doit commencer à utiliser une méthode complémentaire de planification familiale, et continuer à allaiter pour la santé de l'enfant [20].

II.4.3.6 Acceptabilité

Lors d'un allaitement complet de quatre à six mois, environ un quart des femmes ont leur retour de couches avant 6 mois. Une majorité des femmes l'a en moyenne vers le neuvième mois et peut ainsi suivre la MAMA.

Pour avoir une efficacité maximale, la MAMA impose un allaitement optimal, au mieux de type écologique, tel que décrit par le Dr Sheila Kippley :

- AE les six(6) premiers mois et à la demande du bébé,
- des tétées de jour comme de nuit
- des tétées de consolation, de tendresse, en plus des tétées alimentaires [2].

Cette méthode permet d'éviter des périodes d'abstinence inutiles.

L'utilisation de la MAMA améliore l'acceptation et la durée de l'allaitement [64].

III. DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

III.1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

III.1.1. Objectif général

Etudier l'allaitement maternel exclusif comme moyen de contraception dans deux (2) centres médicaux de la ville de Ouagadougou.

III.1.2. Objectifs spécifiques

1. Evaluer la pratique de l'allaitement maternel exclusif de la naissance au sixième mois par les accouchées dans les sites d'étude;
2. Rechercher les freins à l'utilisation de l'allaitement maternel exclusif comme moyen de contraception ;
3. Démontrer l'efficacité de l'allaitement maternel exclusif sur l'état nutritionnel de l'enfant ;
4. Proposer des mesures appropriées visant l'amélioration de la pratique de la MAMA comme moyen de contraception ;

III.2 METHODOLOGIE

III.2.1 Cadre de l'étude

L'enquête s'est déroulée dans la ville de Ouagadougou dans le service de gynécologie obstétrique du CHU/YO et à la SMI du Centre médical Saint Camille. Ces deux centres font la promotion de la MAMA.

Ouagadougou est la capitale du Burkina Faso. Il est situé dans la Région du Centre, dans la province du Kadiogo et compte une population de 1.475223 habitants⁴. La ville de Ouagadougou est divisée en 45 secteurs. Son taux de croissance est de 6% par an⁵. Le taux de scolarisation des filles est de 84,9% et celui des garçons de 89,6%⁶.

III.2.2 Le CHU-YO

Le CHU-YO, occupe le sommet de la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Il constitue avec le Centre hospitalier Universitaire Sourô Sanou (CHUSS) et le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaule (CHUP-CDG) les centres de références. Le CHU-YO est situé à Ouagadougou capitale administrative et politique du Burkina Faso. C'est un centre érigé en CHU depuis 1995. Cette structure sanitaire a été construite en 1961 pour une population de 59 120 habitants. De nos jours il accuse une population de la ville estimée à 1.475.223 habitants en 2006.

⁴INSD, recensements généraux de la population et de l'habitation 2006

⁵Séminaire Agendas 21- GENEVE 8, 9 juin 2006

⁶Direction des Etudes et de la Planification / Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation

Le CHU-YO dispose de plusieurs services cliniques, de laboratoire et de l'imagerie médicale dont le service de gynécologie-obstétrique.

III.2.3 Le service de gynécologie-obstétrique

Le service de gynécologie obstétrique reçoit les urgences gynécologiques et obstétricales de la ville de Ouagadougou et des provinces environnantes. Il a une capacité de 92 lits.

III.2.3.1 Les locaux

Le service de gynécologie-obstétrique comporte

❖ Un plateau technique composé :

-d'une salle d'accouchement avec six boxes,

-d'une unité d'Aspiration Manuelle Intra Utérine,

-d'un bloc opératoire avec trois salles,

❖ Le service d'hospitalisations comprenant :

-une unité de soins intensifs,

-une unité d'hospitalisation pour les pathologies gynécologiques et les suites de couches,

-une unité de post opéré,

-une unité de réanimation,

-une unité de grossesses pathologiques,

❖ une unité de planification familiale,

❖ une salle d'échographie,

❖ Le service d'état civil,

❖ un dépôt pharmaceutique SONU.

III.2.3.2 Le personnel

Multidisciplinaire, était composé au moment de notre étude de :

-douze (12) gynécologues obstétriciens dont deux professeurs titulaires, un professeur agrégé, trois maîtres assistants.

-un (1) médecin anesthésiste réanimateur,

-trente quatre (34) attachés de santé (anesthésiste et aides opérateurs),

-vingt quatre (24) médecins stagiaires en spécialisation de gynécologie obstétrique,

-trente cinq (35) sages femmes et maïeuticiens d'état,

-quinze (15) infirmiers et infirmières,

-vingt trois (23) garçons de salle.

III.2.4 Le centre médical St CAMILLE

Le CM St CAMILLE est situé au secteur 14 dans l'arrondissement de Bogodogo, commune de Ouagadougou province du Kadiogo, sur l'avenue BABANGIDA. Il est limité à l'est par les FS de Wemtenga et AMPO, à l'Ouest par l'Aéroport international de Ouagadougou, au Nord par l'université de Ouagadougou et au Sud par l'aire sanitaire du CSPS du secteur 15. Ce centre a vu le jour en 1967 avec la venue des religieux camilliens (appelé aussi Serviteur des Malades) au Burkina Faso. C'est un centre privé confessionnel à but non lucratif. L'Etat l'encourage et le soutient en lui fournissant une partie des ressources humaines. Le centre médical couvre une population estimée en 2006 à 23686 habitants.

III.2.4.1 La maternité

III.2.4.1.1 Les locaux

La maternité comporte

- ❖ Un plateau technique composé :
 - d'une(01) salle de travail (ou salle d'attente) avec quatre(04) lits,
 - de deux (02) salles d'accouchement dont l'une avec trois(03) tables d'accouchement séparées entre elles par des paravents et l'autre, de catégorie avec une(01) table d'accouchement,
 - d'une(01) salle de suites de couches immédiates avec six(06) lits.
- ❖ Une unité d'hospitalisation pour les SDC,
- ❖ Une unité de planification familiale,
- ❖ Un service d'Etat civil.

III.2.4.1.2 Le personnel

Il était composé au moment de notre étude de :

- deux(02) gynécologues-obstétriciens,
- vingt-deux(22) sages-femmes d'état,
- huit(08) accoucheuses auxiliaires,
- huit(08) matrones,
- onze(11) filles de salle.

III.2.2 Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude de cohorte prospective du 07 mai au 15 décembre 2010.

III.2.3 Critères de sélection

III.2.3.1 Critères d'inclusion

L'enquête s'est adressée aux femmes ayant un enfant d'âge inférieur ou égal à un mois au moment de la collecte. Seules les mères résidant dans les zones

d'études, c'est-à-dire, celles qui y vivaient depuis au moins six mois, ont été prise en compte. Le choix de cette tranche d'âge se justifie par le fait que toutes les études portent sur cet âge. Il y a aussi qu'au-delà de six mois, l'allaitement présente peu d'intérêt comme moyen de contraception. Cependant, la Déclaration d'Innocenti [5] recommande un allaitement maternel prolongé jusqu'à deux ans et au-delà pour le développement harmonieux de l'enfant.

III.2.3.2 Critères de non inclusion

N'ont pas été retenues:

- Les mères de jumeaux ou triplés du fait des difficultés d'alimentation que posent les grossesses multiples.

- Les femmes dont l'enfant avait un âge supérieur à un mois au début de l'enquête ;

- Les femmes ayant présenté une pathologie mammaire sur une longue période (difficulté d'allaiter donc de compromettre le lien que nous voulons établir entre allaitement et contraception).

III.2.4 Collectes des données

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire élaboré sur une fiche d'enquête comportant les variables étudiées.

Ce questionnaire a été testé et ajusté avant l'enquête.

A l'inclusion des patientes faite au maximum un mois après l'accouchement, nous proposons après obtention du consentement un plan de suivi mensuel de M1 à M6 pour les mères et leurs enfants.

III.2.5 Saisie et analyse des données

Les données ont été recueillies sur une fiche de collecte individuelle, saisies et analysées par sur microordinateur à l'aide du logiciel d'analyse statistique EPI INFO version 3.5.1. Les graphiques ont été réalisés à l'aide du tableur Excel Version 2007. Nous avons réalisé une analyse descriptive des différentes variables étudiées

III.2.6 Considérations éthiques

La considération éthique prise en compte a été l'information des mères par rapport à l'inexistence d'un cadre légal d'interruption de grossesse en cas de survenue d'une grossesse. Le consentement éclairé des mères a été requis avant qu'elles ne soient incluses dans l'étude.

III.2.7 Définitions opérationnelles

-Primigeste : les patientes ayant eu une (1) grossesse au moment de la présente étude.

-Paucigeste : les patientes ayant eu 2 ou 3 grossesses au moment de la présente étude.

-Multigeste : ce terme a été utilisé pour les patientes ayant eu plus de 3 grossesses au moment de la présente étude.

-Primipare : désignaient les patientes ayant accouché 1 fois au moment de la présente étude.

-Paucipare : désignaient les patientes ayant accouché 2 ou 3 fois au moment de la présente étude.

-Multipare : étaient considérées multipares, les patientes qui avaient eu plus de 3 pères au moment de la présente étude.

- **Allaitement:** c'est l'action des femelles des mammifères nourrissant leur progéniture grâce au lait qu'elles produisent.

- **Décoction** : tisane obtenue en faisant bouillir des fragments frais ou séchés d'une plante dans de l'eau et en laissant mijoter le mélange

- **Développement psycho moteur normal de l'enfant de 1 mois à 14 mois:**

	Age en mois													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Marche seul														
Debout sans soutien														
Préhension pouce index														
Marche avec support														
Debout avec soutien														
Marche à quatre pattes														
Assis sans soutien														
Se retourne														
Préhension palmaire														
Maîtrise de la tête														
Babillage														
Premier sourire														

III.3 RESULTATS

III.3.1 Caractéristiques socio-démographiques

III.3.1.1 L'âge des mères à l'inclusion

Le tableau III montre la répartition des mères selon la tranche d'âge.

L'âge moyen des mères était de 25,8 avec des extrêmes de 16 et 39 ans. La tranche d'âge de 25-29 représentait 34,6% comme représenté dans le tableau III.

Tableau III. Répartition des mères par tranches d'âge (n=52)

Age des mères (an)	Effectif	Pourcentage
<20	8	15,4
20-24	13	25,0
25-29	18	34,6
30-34	10	19,2
35-39	03	5,8
Total	52	100,0

III.3.1.2 Le statut socioprofessionnel des mères et de leur conjoint

Le tableau IV donne la répartition des mères en fonction de la profession.

Tableau IV. Répartition des mères en fonction du statut socioprofessionnel (n=52)

Age des mères (an)	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	24	46,2
Elève/étudiante	12	23,1
Salarié public/privé	08	15,4
Commerçante/secteur informel	07	13,5
Total	52	100,0

Les femmes au foyer représentaient 46,2% de l'échantillon.

Le tableau V donne la répartition des mères en fonction du statut socio-professionnel du conjoint.

Tableau V. Répartition des mères en fonction du statut socio-professionnel du conjoint (n=52)

Profession du conjoint	Effectif	Pourcentage
Salarié public/privé	35	67,3
Commerçant/secteur informel	12	23,08
Elève/étudiant	02	3,8
Cultivateur/ éleveur	02	3,8
Sans emplois	01	1,9
Total	52	100,0

Les salariés du public et du privé représentaient 67,30% de l'échantillon.

III.3.1.3 Le niveau d'instruction

Le tableau VI montre la répartition des mères selon leur niveau d'instruction.

Tableau VI. Répartition des mères selon le niveau d'instruction (n=52)

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Aucun	19	36,5
Secondaire	11	21,2
Primaire	09	17,3
Supérieur	07	13,5
Alphabétisé	06	11,5
Total	52	100,0

Les mères instruites représentaient 51,9% des cas et cela à des degrés différents. 11,5% des mères étaient alphabétisées, c'est-à-dire qu'elles étaient à mesure d'identifier les alphabets d'une langue quelconque (Arabe ou langue nationale du Burkina Faso)

III.3.1.4 Le statut matrimonial

Les mères ont été réparties selon leur statut matrimonial en célibataires, mariées et en concubines comme le révèle la figure suivante :

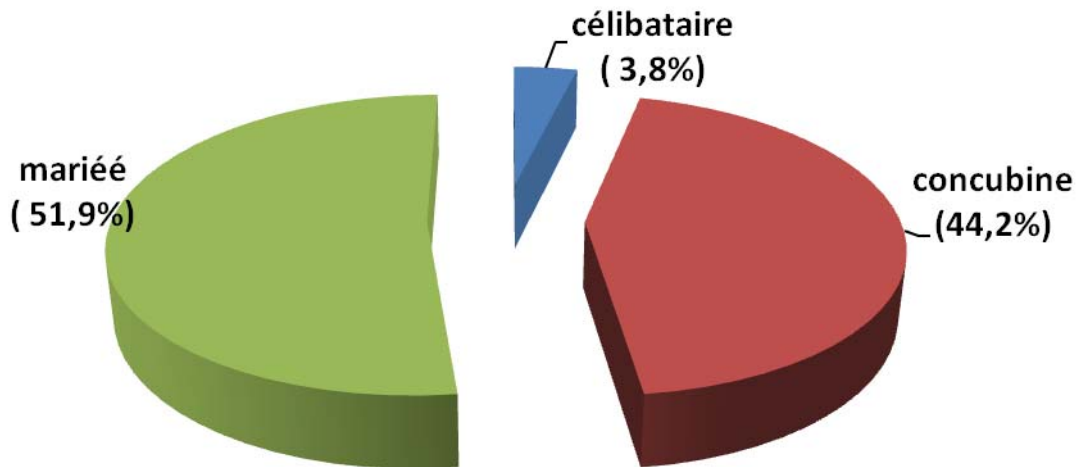


Figure 5. Répartition des mères selon leur statut matrimonial (n=52)

Nous avons enregistré vingt-sept (27) mères mariées soit 51,9% des cas.

III.3.1.5 L'ethnie

Le tableau VII représente la répartition des mères en fonction de leur ethnie.

Tableau VII. Répartition des mères en fonction de leur ethnie (n=52).

Ethnie des mères	Effectif	Pourcentage
Mossi	38	73,1
Gourounsi	05	9,6
Samo	04	7,7
Bissa	03	5,8
Bwaba	01	1,9
Peulh	01	1,9
Total	52	100,0

Les mossis représentaient 73,1% des cas. Ce groupe est suivi des gourounsi 9,6%.

III.3.2 Les antécédents gynécologiques et obstétricaux

III.3.2.1 Le nombre de grossesse et parité

Le nombre de grossesse variait de un à sept avec une moyenne de 4,8.

Les mères ont été regroupées selon le nombre d'accouchement en primipare, paucipare et multipare.

La parité moyenne était de 4,1 avec des extrêmes de un à six. Les primipares représentaient 48,1% des cas.

La figure 6 représente la répartition des mères en fonction de la parité.

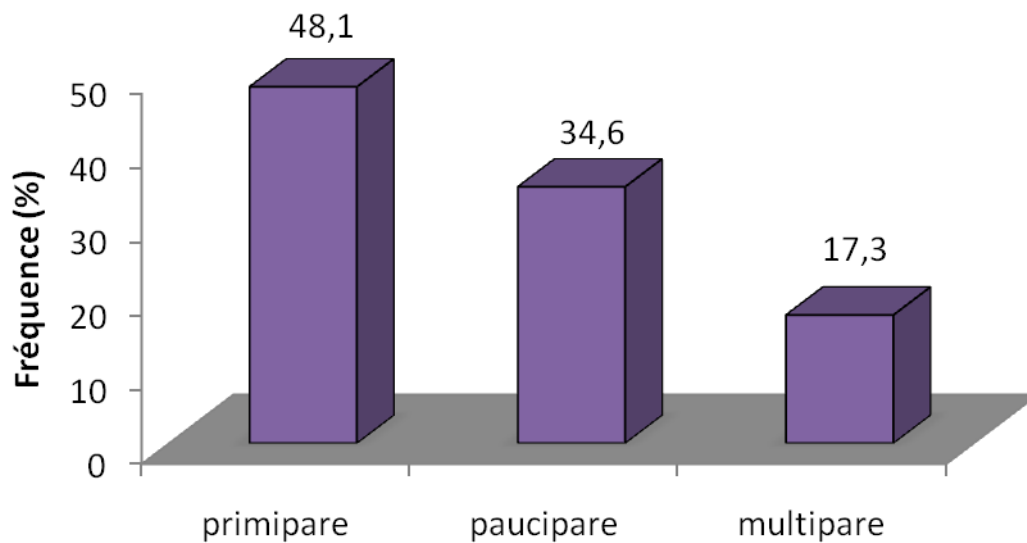


Figure 6. Répartition des mères en fonction de la parité.

III.3.3 Caractéristiques de la MAMA

III.3.3.1 Prévalence de la MAMA

La prévalence de la MAMA était de 26%.

III.3.3.2 Les substances administrées au bébé à la naissance

La figure 7 représente la répartition des mères selon la substance administrée au bébé à la naissance.

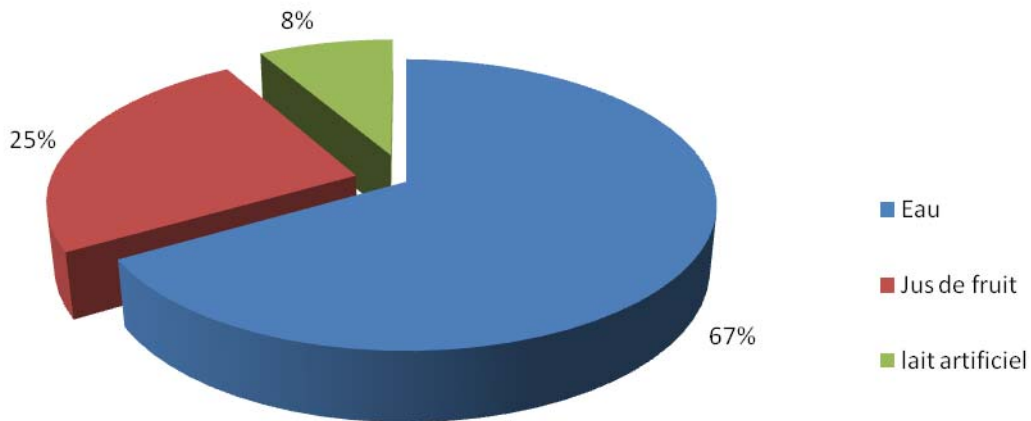


Figure 7 : Répartition des mères selon la substance administrée à la naissance (n=12)

L'administration de substances reste une réalité pour les mères. En effet douze 23,1% mères affirment qu'avant la première mise au sein du bébé, une substance lui a été donnée. Par ordre de fréquence il y avait l'eau 15,4%, les jus de fruit 5,8%, le lait artificiel 1,9%.

Le tableau suivant montre les raisons de non administration de colostrum à la naissance.

Tableau VIII. Répartition des femmes selon la raison de non administration de colostrum (n=12)

Raisons	Effectif	Pourcentage
Absence de lait	06	50,0
Fatigue	04	33,4
Nettoie le ventre du bébé avant la mise au sein	01	8,3
Aucune	01	8,3
Total	12	100,0

Les raisons évoquées étaient l'absence de lait (53,3%) et la fatigue (33,3%).

III.3.3.3 Profession et substances administrées à la naissance

L'étude a révélé que 57,1% des femmes au foyer et 33,3% des élèves et étudiants avaient donné de l'eau. L'administration des divers jus concernait 33,3% des femmes au foyer de même que 33,3% des commerçantes/secteur informel et 33,4% des salariés du public/privé.

III.3.3.4 La période d'information sur la MAMA

Le tableau IX montre la répartition des mères selon la période d'information sur la MAMA.

Tableau IX. Répartition des mères selon la période d'information sur la MAMA

Période d'information sur la MAMA	Effectif	Pourcentage
Avant la grossesse	25	48,1
1 ^{er} trimestre	19	36,6
2eme trimestre	06	11,5
Après l'accouchement	02	03,8
Total	52	100,0

Les mères avaient reçu l'information sur la MAMA avant leur accouchement dans 96,2% des cas.

Le tableau suivant donne la répartition en fonction de la source d'information sur la MAMA.

Tableau X. Répartition en fonction de la source d'information sur la MAMA

Source d'information sur la MAMA	Effectif	Pourcentage
Agent de santé	44	84,6
Média audio-visuel	05	9,6
Entourage	03	5,8
Total	52	100,0

Les agents de santé constituaient la source d'information sur la MAMA dans 84,6% des cas.

III.3.3.5 Les éléments de suivi de la MAMA durant la période de 6 mois

Les différents éléments de suivi de la MAMA durant la période de 6 mois sont récapitulés dans le tableau ci-dessous. Ce sont : le nombre moyen de tétées par jour, l'expression du lait maternel, le retour de couches, la prise de contraceptif, la survenue de grossesse, les épisodes morbides maternels, les difficultés rencontrées au cours de la pratique de la MAMA.

Tableau XI. Eléments de suivi de la MAMA chez 52 mères

Élément de suivi	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Expression du lait	00	06	01	00	00	00
Retour de couche	02	04	08	04	01	01
Prise de contraceptif	08	05	30	02	01	01
Survenue de grossesse	00	00	00	00	00	00
Episodes morbides maternel	10	06	01	00	00	01
Difficultés au cours de la MAMA	08	13	02	01	01	01

III.3.3.6 Retour de couches au cours du suivi et nombre de tétées par jour

La figure 8 montre la relation entre le retour de couches et le nombre de tétées par jour.

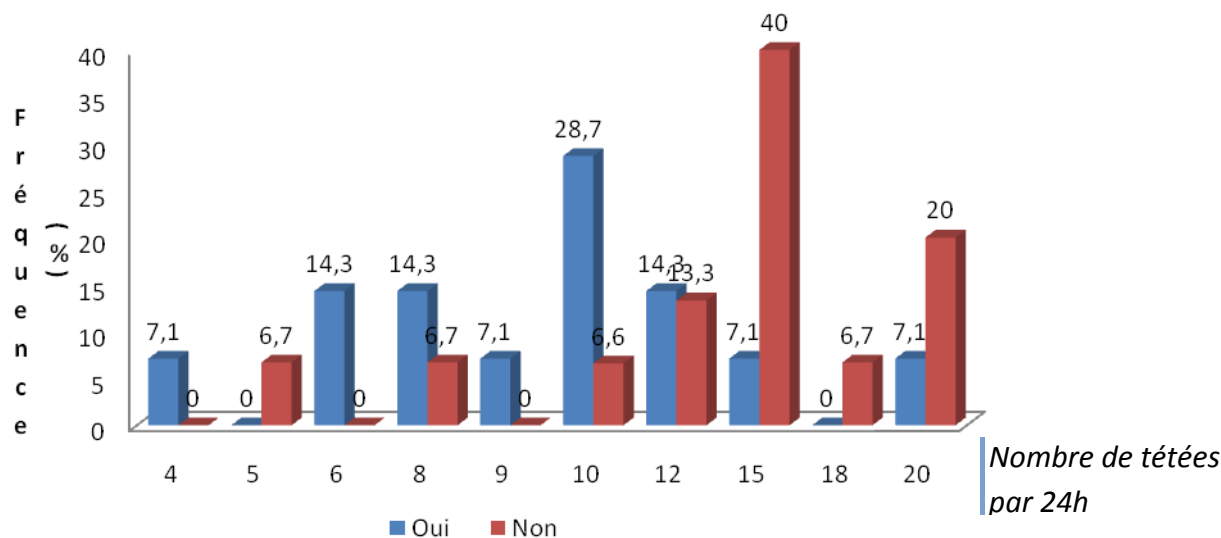


Figure 8. Retour de couches et nombre de tétées par jour

Pour quatre (04) tétées par 24h, 7,1% des mères ont eu un retour de couches de même que pour 09, 15 et 20 tétées par 24h. Pour 15 tétées par 24h, 40% des mères n'ont pas eu un retour de couches et pour 20 tétées seulement 20% sont dans la même situation.

III.3.3.7 Prise de contraceptif au cours du suivi et retour de couches

Le tableau 14 établit la relation entre la prise de contraceptif au cours du suivi et le retour de couches.

Tableau XII. Prise de contraceptif et retour de couches

		Prise de Contraceptif		
		Oui	Non	Total
		Pourcentage	Pourcentage	Pourcentage
Retour de Couches	Oui	38,3	40,0	38,5
	Non	61,7	60,0	61,5
Total		100,0	100,0	100,0

61,7% des mères avaient eu recours à une autre méthode contraceptive avant le retour de couches pour divers raisons.

Le tableau XIII donne les raisons de la prise de contraceptif malgré le non-retour de couches (n=29).

Tableau XIII. Raisons de la prise de contraceptif

Raisons de la prise de contraceptif	Effectif	Pourcentage
Peur de tomber enceinte	15	51,7
Impossibilité d'interrompre la grossesse	08	27,6
Peur des complications	06	20,7
Total	29	100,0

Les raisons avancées par les mères étaient la crainte d'une grossesse (51,7% des cas), l'impossibilité d'interrompre la grossesse (27,6%) et la peur des complications (20,7%).

III.3.3.8 Age de la diversification

Durant toute la période de suivi de la MAMA, le pourcentage de mères ayant déclaré avoir pratiqué un allaitement exclusif était de 69,2%. Seulement 30,8% des mères avaient donné, en plus du lait maternel une autre substance à savoir les divers eaux et jus, les bouillies, le plat familial. Certaines de ces substances ont été introduites dès les premières heures de la vie de l'enfant. L'âge moyen d'introduction était de 4,3 mois.

III.3.3.9 La durée de l'aménorrhée post-partum (DAP)

La durée moyenne de l'aménorrhée post-partum était de 5 mois avec des extrêmes allant de 1 mois à plus de 6 mois.

III.3.4 Caractéristiques des nouveau-nés

III.3.4.1 Le sexe

La répartition des nouveau-nés en fonction du sexe a donné 53,8% de sexe masculin et 46,2% de sexe féminin.

III.3.4.2 L'évolution du poids des enfants de M1 à M6

Le tableau XIV traduit la répartition du poids des enfants à la naissance.

Tableau XIV. Répartition des enfants en fonction de leur poids de naissance

Poids de naissance (g)	Effectif	Pourcentage
<2500	06	11,5
≥2500	46	88,5
Total	52	100,0

Les enfants qui présentaient un poids inférieur à 2500 g à la naissance étaient au nombre de six soit 11,5% des cas.

La figure 9 montre l'évolution du poids moyen des enfants de M1 à M6.

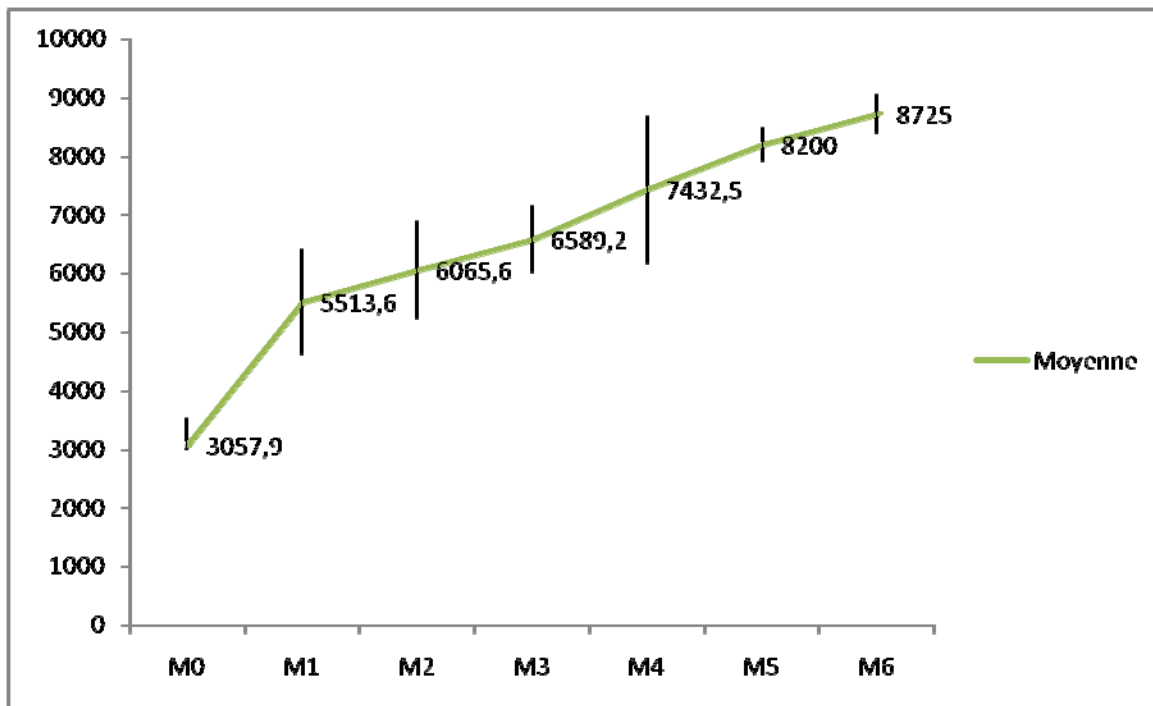


Figure 9. Evolution du poids moyen des enfants de M1 à M6

III.3.4.3 Le développement psychomoteur des nourrissons de M1 à M6

En nous basant sur les critères d'un développement psychomoteur normal (voir annexe), tous les nourrissons suivis avaient un développement psychomoteur normal de M1 à M6.

III.3.4.4 Les épisodes morbides

Le tableau XV donne la répartition des pathologies présentées par les nourrissons durant le suivi de M1 M6.

Tableau XV. Répartition des enfants selon les pathologies présentées durant le suivi (n=52)

Pathologies présentées	M1	M2	M3	M4	M5	M6	Total
Diarrhée	05	01	01	0	01	0	8/52
Fièvre	02	02	0	03	0	01	8/52
Vomissement	0	0	0	01	0	0	1/52
Malnutrition	00	00	00	00	00	00	0/52
Pleurs incessants	03	01	0	0	0	0	4/52
Autres	0	02	0	03	0	0	4/52

Les pathologies rencontrées étaient dans 8 cas sur 52, la fièvre et la diarrhée

III.4 DISCUSSION ET COMMENTAIRES

III.4.1 Limites et contraintes de l'étude

Les données issues de la présente étude sont des déclarations faites par les mères. Cela induit des imprécisions et il est probable que toutes ces informations ne soient pas conformes avec la réalité des faits. Ce qui constitue une limite de l'étude. En vue de minimiser ce problème, nous avons utilisé des questions de contrôle qui nous permettent de vérifier la cohérence des réponses. Aussi, beaucoup de mères allaitent « à la demande » sans pouvoir préciser le nombre de tétées par 24 heures ni leur durée respective. Ces données ont été sans doute sous estimées. Chez beaucoup de femmes qui ont adopté un mode de contraception autre que la MAMA, la date exacte n'a pas pu être précisée.

Notre échantillon est de petite taille.

Aussi avons-nous choisi d'interroger en ville et seulement dans deux centres de santé. Chaque centre de santé ayant sa spécificité, il aurait été très intéressant de faire la même étude dans d'autres centres afin de comparer et généraliser les résultats.

Les contraintes de l'étude sont surtout liées à son caractère prospectif nécessitant un suivi sur six mois. Avec un nombre initial de 200 mères, il ya eu effectivement 52 mères qui ont été suivies de M1 à M6. Diverses raisons expliquent cette situation. D'une part, certaines mères n'ont pas pu être jointes à cause de problèmes liés à leur contact téléphonique. D'autre part, tous les rendez-vous n'ont pas été respectés par des mères.

Le manque de moyens financiers nous a contraintes à supprimer l'objectif relatif au dosage de la prolactine. Toute chose qui aurait permis d'explorer le mécanisme de l'aménorrhée de lactation.

III.4.2 Caractéristiques socio-démographiques

Notre enquête nous permet de retrouver des mères majoritairement jeunes. La tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 29. Ce qui représente 59,6%. La moyenne d'âge était de 25,8. La majorité des mères étaient des femmes au foyer soit 46,2%.

La prédominance des femmes au foyer et le faible pourcentage de femmes salariées sont caractéristiques du faible taux de scolarisation des femmes. De fait, l'accès au marché de l'emploi est plus limité pour elles.

L'analphabétisme prédominant chez les femmes reflète la situation générale au Burkina Faso.

Le pourcentage élevé de mères mariées dans notre échantillon répond à une certaine culture qui veut que l'enfant soit conçu dans le mariage. La forte représentation des mossis (73,1%) tient au fait que la ville de Ouagadougou se situe sur le Plateau mossi.

Le nombre élevé de paucigestes et de primipares avec un nombre moyen de grossesse de 3,2 pourrait s'expliquer soit par la situation démographique de la ville de Ouagadougou où la fécondité moyenne par femme est de 4,7⁷ enfants, soit par la vulgarisation des méthodes contraceptives soit par le fait qu'il s'agit de deux centres de références qui reçoivent probablement plus de primigestes.

Des observations similaires ont été faites par TOE en 1994 [57] et TRAORE en 2005 [60].

EXCLER coll. [20] au Burundi ont trouvé une moyenne d'âge de $29 \pm 5,5$ ans en

⁷ Direction des Etudes et de la Planification / Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation

milieu urbain contre $27,4 \pm 4,7$ en milieu rural. Cependant ils ont noté que l'âge de la première grossesse est plus bas en milieu urbain où 51,7% y ont un âge inférieur à 17ans. Par ailleurs ils ont relevé que 39,8% des mères ne savent pas lire. Seuls 11,4% des pères sont dans cette situation. C'est dire que l'analphabétisme prédomine généralement chez les femmes dans les pays en développement.

III.4.3 Caractéristiques de la MAMA

III.4.3.1 Prévalence de la MAMA

Les résultats de l'étude sur la pratique de la MAMA montrent qu'elle est encore mal connue aussi bien des femmes que des agents de santé. L'impact est donc négatif sur son acceptabilité. Le taux de prévalence était de 26% dans notre échantillon.

Ce taux est plus bas que celui rapporté par LOPEZ-MARTINEZ et coll. [35] (54,2%) en 2006. Cette différence pourrait s'expliquer par le moment de l'étude et la taille plus grande de son échantillon. En effet, LOPEZ-MARTINEZ et coll. avaient un échantillon de 1490 mères dans le post-partum. De plus il s'agissait d'une étude transversale.

III.4.3.2 Les substances administrées à la naissance

L'administration de substance au nouveau né avant sa première mise au sein est une réalité. 23,1% des mères ont eu cette pratique avant de mettre le nouveau-né au sein pour la première fois. Cette habitude expose le nouveau-né à des agents infectieux lorsque les conditions d'hygiène sont mauvaises. Dans la plupart des cas, ces substances ont été administrées par l'entourage de la mère. Dans les sociétés africaines, la femme allaitante n'est pas seule

responsable de la santé de l'enfant. Des membres de la famille telle que les femmes âgées y jouent un rôle très important. Selon leur expérience ou leurs connaissances, elles guident, suggèrent ou imposent à la mère diverses pratiques d'allaitement et des conduites sexuelles. Il devient donc nécessaire que les programmes de santé maternelle et infantile prennent en compte ces acteurs sociaux.

Le pourcentage de substances administrées observé dans notre étude est plus faible que celui de TOE [54] et TRAORE et coll. [56]. En 1994, TOE a relevé à Ouagadougou 77,8% et à Ziniaré 88,0% contre 85,3% observé par TRAORE et coll. en 1991.

En 2005 TRAORE [57] observait un pourcentage de substances administrées plus faible de 15,76%.

Ces différences pourraient s'expliquer non seulement par la taille plus petite de notre échantillon, mais aussi par le relâchement au niveau de la formation et de l'information des agents de santé et des populations. Il faudrait une politique d'AM agressive pour y remédier.

En ce qui concerne la nature des substances administrées, l'eau, les jus de fruit et le lait artificiel avec respectivement 15,4%, 5,8% et 1,9%.

Aucune décoction n'a été trouvée parmi les substances administrées. Cela pourrait être lié au fait que les mères aient été enregistrées au sein de formations sanitaires. Il n'est pas exclu qu'une fois à la maison, elles ne donnent pas à boire des décoctions au bébé.

TRAORE et coll. [56] ont recensé les mêmes substances retrouvées dans notre étude. Dans leur étude, respectivement 56,9%, 10% et 1,3% des mères ont administré de l'eau, du jus de citron et du lait artificiel à l'enfant avant sa première mise au sein.

Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre l'administration de substance et la profession de la mère. Il en est de même entre l'administration de substance et l'ethnie de la mère. Cependant d'autres études y ont vu un lien : Selon TOE [54], en milieu urbain, les mères scolarisées (83,3%) avaient plus fréquemment administré une substance par rapport aux analphabètes (74,1%). Pour TRAORE, [57] cette pratique était plus constatée chez les mères analphabètes (48,25%), les animistes (69,33%), les Dagara, les Samo et les Bwaba.

III.4.3.3 Les raisons de non administration de colostrum à la naissance

Les mères n'ayant pas administré le colostrum au nouveau-né, ont évoqué comme principales raisons l'absence de lait (50%) et la fatigue (33,4%).

Les raisons évoquées pour la non administration de colostrum au nouveau-né, permettent de constater l'ignorance des mères en ce qui est:

- de la bonne conduite de l'allaitement maternel (l'allaitement doit être exclusif jusqu'à six mois pour permettre son utilisation comme moyen de contraception) ;
- des propriétés du colostrum ;
- des conséquences de l'administration de substances au nouveau-né.

L'influence de l'entourage sur la mère en matière d'alimentation de l'enfant Intervient encore à ce niveau.

III.4.3.4 Durée de l'allaitement maternel exclusif

Notre étude permet d'affirmer qu'en matière d'AME de nombreux efforts restent à faire. Des suppléments de substances liquides sont donnés aux enfants précocement. C'est à dire avant le 6^{ème} mois. Ce qui compromet de façon significative le taux de succès de la MAMA.

L'administration de substance avant la première mise au sein s'expliquerait par le fait que l'enfant continue de recevoir des substances par la suite.

La durée moyenne de l'AME avant l'introduction d'autres aliments qui est de 4,3 mois est toujours en deçà des nouvelles recommandations de l'OMS.

L'introduction précoce des aliments contribue à diminuer la durée de l'aménorrhée de lactation car beaucoup de femmes continuent à initier le sevrage à 4 mois. Aussi une plus grande clarification de la recommandation sur l'allaitement exclusif nous semble-t-elle pertinente.

Des auteurs ont trouvé des résultats comparables.

Ainsi, en 2005 TRAORE [57] a noté 3,46 mois \pm 2,04 ;

EXCLER et coll. [19] au Burundi de mai 1986 à janvier 1987, 6mois \pm 3,2 en milieu rural et 3,3 \pm 1,9 en milieu urbain.

En 1999 CUI et coll. [13] en Chine ont observé dans leur série une durée moyenne d'AME de 5,3 mois. Les résultats de notre étude indiquent que la durée de l'AME reste tout de même longue au Burkina Faso.

Le taux d'AME dans notre étude est de 69,2% à 6 mois. Cette proportion est plus élevée que celle observée par CUI et coll. [13] et EGBUONU [18] en 2005 au Sud-ouest du Nigeria. Ils ont observé respectivement 40% et 3,9%. Cette différence serait dû la plus petite taille de notre échantillon mais aussi par le manque d'information et l'inexpérience des mères en matière d'allaitement.

III.4.3.5 Période et sources d'information sur la MAMA

Dans notre étude, 96,2% des mères avaient reçu l'information sur la MAMA avant leur accouchement. Ce qui a probablement été un facteur déterminant dans leur comportement et leur attitude dans l'utilisation de l'AME comme un moyen de contraception c'est-à-dire son acceptation. En effet une mère qui vient d'accoucher n'a pas les mêmes prédispositions aux conseils qu'une femme non enceinte ou en grossesse. La fatigue, l'émotion, la douleur physique sont autant de facteurs qui peuvent perturber l'état d'esprit des mères et par conséquent réduire le degré de réceptivité aux conseils.

En ce qui concerne les sources d'information sur la MAMA, il ressort que le personnel de santé joue un rôle important dans la conduite des mères face à l'utilisation de l'allaitement maternel comme moyen de contraception. En effet, 84,6% des mères ont reçu des conseils de la part des agents de santé.

III.4.3.6 Les éléments de suivi de la MAMA

Malgré l'imprécision déjà signalée dans les limites de l'étude, les mères ont allaité au moins 8,15 fois par 24h.

Le retour des règles indiquant un retour à la fertilité est survenu chez 38,5% des mères à six mois.

Une autre méthode de contraception a été utilisée par 90,4% des mères. Il s'agit du condom (59,6%) et de la pilule (40,4%).

Aucune grossesse n'a été observée durant toute la période de suivi de la MAMA.

Les difficultés rencontrées par les mères au cours de la pratique de la MAMA ont été surtout les difficultés professionnelles (44,2% des cas) et l'insuffisance de lait (5,8% des cas).

Les épisodes morbides maternels tels que les douleurs mamelonnaires (25%), l'engorgement mammaire (13,5%) et les gerçures (9,6%). Ces pathologies ont été souvent rencontrées en début d'allaitement chez les primipares qui ne maîtrisaient pas encore les bonnes techniques de l'AM.

Des observations similaires ont été faites dans d'autres études. C'est ainsi que :

-EXCLER et coll. [19] au Burundi ont retrouvé dans leur étude un nombre moyen de tétées de $8 \pm 0,72$ par 24h. Par ailleurs ils notaient qu'une méthode de contraception était utilisée par 36,3% des femmes urbaines.

-EGBUONU et coll. [18] au Nigéria dans leur série ont retrouvé un retour de couches chez 33,8% des mères à 6 semaines d'allaitement contre 70,2% à 6 mois. Aussi ont-ils noté qu'à 6 mois, 54% des mères avaient eu recours à un autre moyen de contraception que l'aménorrhée de lactation. Durant la période de 6 mois, ils n'ont pas enregistré de grossesse.

-ZHANG et coll. [69] en Chine a révélé que 93% des femmes ont repris une activité sexuelle à 4mois du post-partum et que 73% d'entre elles ont utilisé une méthode contraceptive dès la reprise de l'activité sexuelle. Dans la majorité des cas, il s'agissait du condom.

-TOMMASELLI et coll. [55] ont noté que 20% des femmes ont eu un retour de couches avant le sevrage contre 80% après.

III.4.3.7 Retour de couches et nombre de tétées par 24h

L'AM entraîne une aménorrhée lactationnelle et retarde la fertilité post-partum. Dans notre étude la corrélation entre retour de fertilité et nombre de tétées par 24h était très faible. En effet pour 04 tétées par 24h nous avons 7,1% des mères qui ont eu un retour de couches de même que pour 09, 15 et 20 tétées par jour. Par contre, pour les mêmes nombres de tétées par 24h, il ya eu aussi des mères qui n'ont pas eu de retour des règles notamment pour 15

tétées (40%) et 20 tétées(20%). On pourrait en déduire qu'il existe d'autres facteurs importants déterminant le retour de couches au cours de l'allaitement. Il se pourrait selon Barras Kubski que ce soit la répartition des tétées sur le nyctémère et la sensibilité de la femme non seulement à cette activité de téter mais aussi à la prolactine [2]. L'absence de données sur l'évolution du taux de prolactine dans notre étude reste une limite.

III.4.3.8 Prise de contraceptif et retour de couches

Il ressort de notre étude que 61,7% des mères ont utilisé un autre moyen de contraception sans avoir de retour de couches. Dans la majorité des cas, il s'est agi d'une prescription médicale. Plusieurs facteurs expliqueraient ces résultats. En effet, dans une logique médicale de recherche de l'efficacité maximale, ceci pourrait expliquer la peur des agents de santé de proposer des méthodes qu'ils considèrent à tort dépourvues de fiabilité et d'exposer ainsi les patientes à l'avortement provoqué clandestin (APC)⁶. A ce propos une sage femme a déclaré « si la survenue d'une grossesse constitue pour la femme un véritable problème actuellement, je lui conseille une méthode plus fiable ». Des agents de santé pensent que les APC régresseront avec la vulgarisation des méthodes modernes de contraception. L'utilisation des contraceptifs est très caractéristique du milieu urbain et favorise des relations sexuelles plus précoces.

La promotion de la contraception moderne constituerait un frein à la MAMA. Une mère a souligné en commentaire que « tous les rapports sexuels ne peuvent pas être pour procréer. De nos jours, il s'agit d'être mère au bon moment. Ce qui ne laisse pas de place à une grossesse non programmée ». Ces propos corroborent avec ceux d'une autre enregistrée qui a déclaré : « si tu tombes de nouveau enceinte alors que ton enfant est encore petit, ce serait

mal vu par ta famille et ton entourage. Et tu mets la santé de cet enfant en péril ». Le moment auquel les femmes devraient utiliser les contraceptifs n'est pas non plus clairement défini. Leur utilisation dès l'accouchement fait double usage avec la période anovulatoire due à l'allaitement. Leur prescription à partir du retour des règles entraîne un risque de grossesse en cas de retour de fertilité avant le retour des règles.

III.4.3.9 La durée de l'aménorrhée post-partum (DAP)

Nous avons retrouvé dans notre échantillon une durée moyenne d'aménorrhée post-partum de 5 mois.

Nos résultats sont légèrement en deçà de ceux de EXCLER et coll. [19] qui a retrouvé une DAP de $8,9 \pm 8$ mois dans son étude sur « *allaitement au sein et espacement des naissances au Burundi : une approche* » Ceci pourrait s'expliquer par la durée de notre étude qui n'était que de 6 mois.

Egalement CUI et coll. [13] dans « *An analysis of breastfeeding patterns and menses returning in Chengdu, China* » ont également retrouvé une DAP de 282 jours soit 9,4 mois.

IV.4.4 Caractéristiques des nouveaux-nés

IV.4.4.1 Le sexe

Il résulte de notre étude un taux de garçons (53,8%) supérieur à celui des filles (46,2%). Mais aucun lien n'a pu être établi entre l'AME et le sexe de l'enfant. Ce constat a été fait par BRANGER et coll. [7] en France dans une étude sur les motivations psycho-sociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. Toutefois, nous pensons que les mères au Burkina Faso ont tendance à favoriser le sexe masculin. Elles allaitent plus les garçons.

IV.4.4.2 Episodes morbides infantiles, évolution du poids de M1 à M6 et développement psychomoteur des enfants

Dans notre étude la proportion d'enfants malades a été assez faible. Les pathologies les plus rencontrées étaient constituées de la fièvre et de la diarrhée.

La courbe d'évolution du poids des enfants de M1 à M6 montre que tous les enfants suivis avaient une courbe de poids normale. En effet, nous constatons que même les enfants nés avec un faible poids ont pu obtenir un poids normal dès le premier mois de suivi.

De même tous ces enfants avaient un développement psychomoteur normal. Il est actuellement reconnu que les enfants nourris au sein ont moins de risque de faire des infections respiratoires aiguës et des diarrhées.

Il convient de noter que 1,5 million de décès d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement provoqués par la malnutrition sont imputables à l'absence d'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant la période néonatale. Ceci constitue une fois de plus, une belle démonstration du rôle crucial de l'AM dans la nutrition de l'enfant [41].

CONCLUSION

Au terme de notre étude nous pouvons dire que l'allaitement maternel est pratiqué au Burkina Faso. Cependant la pratique de l'AME rencontre beaucoup de difficultés. Ces entraves font perdre à la mère et à l'enfant des avantages dont un très important est son utilisation comme un moyen de contraception. Avec le développement de nos sociétés, des femmes travaillent de plus en plus loin du domicile. Les obligations professionnelles les contraignent à des horaires rigides. De ce fait, l'allaitement fréquent et à la demande devient alors irréalisable après la période de congé. Car il n'y a pas de crèches sur les lieux de travail.

L'introduction précoce de substances liquides dans le régime du nourrisson avant 6 mois n'a pas de justification nutritionnelle. Les conséquences sont très néfastes et souvent méconnues. En effet le choix du mode d'alimentation est sûrement très influencé par des facteurs psycho-sociaux comme la profession de la mère, les coutumes ou habitudes. Il convient d'apporter un soutien politique à l'allaitement au sein là où les femmes tendent à travailler à domicile ou à proximité, et où le contact fréquent entre la mère et le nourrisson est possible.

Notre séjour dans les SMI a permis de relever que la MAMA ou MAL est encore très peu connu de la population et de certains agents de santé. Ces derniers n'intègrent pas systématiquement la MAL dans la préparation au mode d'alimentation du nourrisson et à l'espacement des naissances de peur d'avoir à gérer une demande d'IVG en cas de grossesse dans un pays où l'IVG est interdite.

Le Burkina Faso connaît une forte croissance démographique. Mais la large diffusion des contraceptifs mérite d'être prudente et réfléchie, rationalisée en tenant compte de l'inhibition de l'ovulation produite par la lactation.

Les données de notre étude suggèrent que l'allaitement maternel devrait être promu plus que jamais au sein du programme de planification familiale du Burkina Faso pour des raisons nutritionnelles évidentes chez l'enfant et pour les bénéfices qu'il apporte sur le plan de l'espacement des naissances.

Nous n'ignorons pas que face à la cherté de la vie, à la rareté de plus en plus prononcée des ressources économiques, la MAMA est une méthode qui permet de mener une vie sexuelle saine d'espacer convenablement les grossesses et de réduire le coût de l'alimentation du nouveau-né (les substituts coûtent chers).

La problématique du VIH en matière d'allaitement maternel exclusif, les préjugés sur le colostrum et le manque ou l'insuffisance d'informations sur la MAMA sont autant de facteurs qui influent négativement sur cette pratique.

L'amélioration de la qualité de l'allaitement maternel comme moyen de contraception passe donc par l'éducation de toutes les couches de la société.

Pour être efficace, les programmes de promotion et de soutien à la MAMA doivent intégrer les différentes influences qu'elles soient d'ordre social, traditionnel ou religieux.

SUGGESTIONS

AU MINISTRE DE LA SANTE

- Elaborer un texte régissant l'allaitement maternel comme moyen de contraception et le communiquer systématiquement à l'ensemble des établissements d'une maternité ou d'un service de soins aux nouveau-nés ;
- Former tout le personnel médical sur la MAMA ;
- Déterminer les coutumes qui favorisent ou entravent la pratique de la MAMA afin de les encourager ou les combattre ;
- Doter toutes les maternités d'une unité de Suites De Couches (SDC) pour que les nouvelles mères y séjournent au mois trois (03) jours car pendant cette période on peut intensifier les messages sur l'AM ;
- Renforcer l'enseignement de la PFN notamment de la MAMA dans les facultés de médecine, les écoles de formation (ENSP) et au secondaire.

AUX DEPUTES

- Améliorer la loi en faveur de l'AM ;
- Renforcer les mesures visant à lutter contre les publicités néfastes à l'AM ;
- Elargir le cadre légal de l'IVG

AUX CHEFS DE SERVICES

- Créer un cadre au sein des services permettant aux mères qui allaitent d'être proches de leurs bébés pendant les heures de services ;
- Appliquer des horaires souples aux mères allaitantes.
- Informar les autorités administratives et politiques sur les conséquences de l'IVG.

AUX AGENTS DE SANTE

- Encourager les femmes en âge de procréer à fréquenter d'avantage les centres de santé afin d'y profiter des conseils sur la pratique de la MAMA ;
- Promouvoir la MAMA lors des consultations prénatales et curatives ;
- Sensibiliser l'entourage de la mère sur la bonne pratique de l'AME.

AUX PERES ET A L'ENTOURAGE DE LA MERE

- Laisser la mère se reposer après l'accouchement,
- Alléger les tâches ménagères de la mère qui allaite afin qu'elle puisse donner le sein aussi régulièrement que possible.
- Soutenir et encourager les femmes allaitantes dans leur choix de pratiquer la MAMA.

AUX MERES

- Instaurer des groupes de soutien à l'allaitement maternel ;
- Partager les idées et les expériences sur les questions relatives à la pratique de la MAMA ;
- S'informer sur la MAMA au près des agents de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Armstrong J, Reilly JJ.

Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *Lancet* 2002; 359: 2003-4

2. Barras-Kubski T.

Allaitement et fertilité. Allaiter Aujourd'hui n° 60, LLL France 2004.
www.lllfrance.org/allaitement-information/aa/60-fertilite.htm (vérifier en mai 2007) 187.

3. Barry B.

Analyse situationnelle des attitudes et comportements des agents de santé en matière de conduite de l'allaitement maternel. Ouagadougou : UNICEF, 1993. 58p.

4. Belanger J.

Promotion de l'allaitement maternel. *Mère et enf*, 1988 ; 9 : 3.

5. Boena E.

Etude des facteurs influençant la pratique de l'allaitement maternel exclusif à la maternel St Camille. Mémoire de fin d'étude d'attaché de santé de pédiatrie 2001-2003

6. Bonnar J, Flynn A, Freundl G, Kirkman R, Royston R, Snowden R.

Personal hormone monitoring for contraception. *Br J FamPlann.* 2000 Jul; 26(3):178-9.

7. Branger B., Lestien R., Crine F., Picherot G., Gérard C.-*Les motivations psycho-sociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né.*
Ann Pédiatr (Paris), 1988,35, n°7, 519-523.

8. Christian COURPOTIN, Jean Philippe GIRARDET, Sylvine MACHINOT.

Alimentation du Nourrisson de la naissance à 18 mois. Médecine sciences : 5ème édition, Flammarion, 1996 ; 320p.

9. Claire L.

Le déclin de l'allaitement maternel. *Le généraliste*, 1991; 1311: 17.

10. Collaborative WHO.

Study team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000; 355:451-5.

11. Colombo B, Mion A, Passarin K, Scarpa B.

Cervical mucus symptom and daily fecundability: first results from a new database. *Stat Methods Med Res.* 2006 Apr; 15(2):161-80.

12. Colombo B, Masarotto G. Daily

fecundability: First Result from a new data base. *DemogrRes.* 2000 Sep 6; 3: 39 p.

13. Cui N, Tang G, Li M, Xie L, Yang X.

An analysis of breastfeeding patterns and menses returning in Chengdu, China. *J ObstetGynaecolRes.* 1999 Aug; 25(4): 265-70.

14. Déclaration de consensus :

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. 1995 Bellagio(Italie). <http://www.FHI.org/fr/RH/Pubs/booksReports/LAMconsensus.htm> (vérifier en mai 2007)

15. Dewey et al.

Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr* 2001; 131:262-7.

- 16. Ecochard R, Boehringer H, Rabillou M, Marret H.**
Chronological aspects of ultrasonic hormonal, and other indirect indices of ovulation. BrJObstetGynaecol 2001; 108:822-9.
- 17. Ecochard R, Pinguet F, Ecochard I, De Gouvello R, Guy M, Guy F.**
Analyse des échecs de la planification familiale naturelle. À propos de 7007 cycles d'utilisation. Contracept. Fertil. Sex., 1998, Vol 2, n° 4 pp. 291-296
- 18. Egbuonu I, Ezechukwu C.C, Chukwuka J.O, Ikechebelu J.I.**
Breast-feeding, return of menses, sexual activity and contraceptive practices among mothers in the first six months of lactation in Onitsha, South Eastern Nigeria. J ObstetGynaecol 2005 Jul; 25(5): 500-3.
- 19. Excler J.L, Charron S, Faila-Bahati C.**
Médecine tropicale – volume 48 – n°48 – n°2 – Avril-Juin 1988.
- 20. Frank-Herrmann P, Gnoth C, Baur S, Strowitzki T, Freundl G.**
Determination of the fertile window: reproductive competence of women – European cycle databases. GynecolEndocrinol 2005 Jun; 20(6):305-12.
- 21. Gillman M.W, Rifas-shiman S.L, Camargo C.A.Jr, et al.**
Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. JAMA 2001; 285: 2461-7
- 22. Guay L, Lefebvre Y, Laforest L.L.**
Encycopédie médico-chirurgicale. Obstétrique 1, Edition Techniques 1991; 810, A10.
- 23. Guide pratique de l'OMS sur les soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum**

24. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A.

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

25. Hassoun D.

Les grandes étapes de la contraception et de l'avortement en France. 11èmes journées ANCIC. Mai 1995.

26. Hediger M.L, Overpeck M.D, Kuczmarski R.J, Ruan W.J.

Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *JAMA* 2001; 285:2453-60.

27. <http://www.ancic.asso.fr/>(vérifier en mai 2007)

28. IBFAN : Cours régional sur la mise en œuvre du code international. IBFAN Afrique Nouvelles n°5 et n° 12, Libreville. Gabon 1999 30p.

29. IBFAN. Allaiter est un bon droit pour toute femme. Courier de l'IBFAN Janv-Juin 2000 n°8 pp5-9

30. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Enquête démographique et de santé, Burkina Faso 2003.

31. Institute of Medicine Food and Nutrition Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. 2001.

32.Kennedy KI, Viness CM.

Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet 1992 Jan 25;339 (8787):227-30.

33.Kramer, M.S et al.

Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. Am J Clin Nutr 2003; 78:291-295.

34.Kramer, M.S., Kakuma, R.

The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review 2002.

http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bf_eeeding_review_eng.pdf

35.Lopez-Martinez M.G, Roméo-Gutiérrez G, De Leon A.L.

Acceptance of lactational amenorrhoea for family planning after postpartum counseling. 2006 Eur J Contracept Reprod Health Care. Dec; 11(4): 297- 301.

36.Louis X.

Les méthodes naturelles de régulation des naissances : intérêts et limites, points de vu éthique et religieux, thèse de médecine, Lille, 1997.

37.Maghreb infos médicales, FRA ;DA. 1982 ; N012 ; PP.34-35 ; BIBL.3REF

38.McCarthy JJ, Rockette HE.

A comparison of methods to interpret the body basal temperature graph. Fertil Steril 1983; 39:640-6.

39. Ministère de la santé et de l'action sociale.

Etude prévalence de la carence en vitamine A chez les enfants de 0-10 ans. Ouagadougou : Direction de la santé de la famille, 1989 :-56p.

40. Ministère de la santé. Centre national pour la nutrition. Equipe profiles Burkina Faso. *La nutrition clé du développement humain durable au Burkina Faso*. Analyses profiles : 24 janvier au 04 février 2000.

41. Monitoring the situation of children and women. New York: UNICEF; web site: <http://www.childinfo.org> (accessed on 17 August 2007).

42. OMS. Bureau régional du pacifique occidental ; Cinquante troisième assemblée mondiale de la santé, point 12.4 de l'ordre du jour. Le point sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. 10 Aout 2000.

43. OMS/UNICEF Stratégie pour l'allaitement au sein. Déclaration conjointe OMS/UNICEF, Genève 2004

44. Organisation Mondiale de la Santé.

Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, OMS, Genève, 3e éd., 2005.

45. Owen GC, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG.

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

46. Perez A, Labbok MH, Queenan JT.

Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *Lancet* 1992 Apr 18; 339(8799):968-70.

47. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No. 854. Geneva: World Health Organization; 1995.

48. Piussan Ch.

Puériculture et pédiatrie. Editions Lamare-poissat ; 1980, p75.

49. Pratique du sevrage au Togo, Médecine Afrique Noire ; 1995 ; P.42

50. Putet G.

Allaitement et facteurs de croissance. Archives françaises de pédiatrie 1992 ; 49 :261-9.

51. Rey J.

Apports énergétiques et régulation de l'appétit chez le nourrisson. *Archives de pédiatrie* 1992 ; 49 : 261-9.

52. Savage F.K. et B de Bendist.

Aider les mères à allaitement. OMS Genève 1996

53. « Six jours fertiles par cycle » Rev Prescrire 1997 ; 17 (172) : 291-292

54. Toé R.

Allaitement maternel au Burkina Faso : Etude comparative entre le milieu urbain et le milieu rural. These de médecine, Ouagadougou ; n°25, 1994, 120p.

55. Tommaseli GA, Guida M, Palomba S, Barbato M, Nappi C.

Using complete Breastfeeding and lactational amenorrhoea as birth spacing methods. *Contraception* 2000 Apr; 61 (4): 253-7.

56.Traoré A, Tall F.R, Sanou I, Sicard J.M, Kam L, Sawadogo A.

Allaitement maternel en milieu urbain au Burkina Faso. *Burkina Médical* ; 1996 ; 2 : 44-48.

57.Traoré A.

Facteurs socioculturels limitant la pratique de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso. Thèse de médecine, Ouagadougou ; n°22, 2005, 101p.

58.Trojani M, anatomie pathologique du sein, *Encycl Med Chir,*

Gynécologie, Edition Elsevier, Paris, 1998. [810-B-10].

59.Trussell J.

Contraceptive efficacy of the personal hormone monitoring system Persona. *Br J FamPlann.* 1999 Jul; 25(2):34-5.

60.Tryggvadottir L, Tulinius H, Eyfjord J.E, Sigurvinsson T.

Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an icelandic cohort study. *Am J Epidemiol* 2001; 154:37- 42.

61.Tunisie médicale : TUN ; DA. 1984 ; VOL 62 ; 62 ; N01 ; PP.83-

89 ;ABS.ARA/ENG ; BIBL.8REF.

62.Valdes V, Labbok M. H, Puggin E, Perez A.

The efficacy of the Lactational Amenorrhea Method (LAM) among working women. *Contraception* 2000; 62: 217-9

63.Van De Walle E.

Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne ? *Population et Sociétés*, décembre 2005 n° 418.

64.Vilain A.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. Études et Résultats, DREES, n° 522, septembre 2006.

65.Vion D.

Az Histoire du Préservatif. Rev Prescrire, janvier 1988 ; 8, (71) : 54.

66.Watrigant-Muller B.

Les trois temps du cycle féminin - Observer pour comprendre et prescrire, thèse de médecine, Lyon 1, 2003. 184

67. Winkler M.

Contraception mode d'emploi. Éd. Au Diable Vert.183

68.World Health Organization.

Promoting proper feeding for infants and young children.2004.
Geneva.World Health Organization.
<http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/en/>

69.World Health Organization.

Promoting proper feeding for infants and young children.2004.
Geneva.World Health Organization.
<http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/en/>

70.Zhang L.Y, Liu Y.R, Shah I.H, Tian K.W, Zhang L.H.

Breastfeeding, amenorrhea and contraceptive practice among postpartum women in Zibo, China. Eur J ContraceptReprodHealth Care 2002 Sep; 7(3): 121-6.

ANNEXES

1-La fiche de collecte

METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORRHEE

FICHE D'ENQUETE

N° de la ficheDate de l'enquête /.../.../...../

IDENTIFICATION

NomPrénomAge.....

ProfessionProfession du conjoint.....

Résidence.....Niveau d'instruction.....

STATUT SOCIO ECONOMIQUE

Electricité Eau courante Poste TV

Réfrigérateur Propriétaire

Locataire Téléphone

Moyen de déplacement : vélo moto voiture transport en commun

Situation matrimoniale..... Ethnie.....Religion.....

ANTECEDANTS GYNECOLOGIQUES

- Age de la ménarche.....Durée du cycle.....Durée des règles.....

- Caractère du cycle : régulier irrégulier

- Nombre de geste.....Parité.....

- Nombre : d'enfants vivants.....Décédé(s).....Fausses couches.....IVG.....

- Contraception :

Hormonale : non oui si oui, duréepériode.....

Mécanique : non oui si oui, duréepériode.....

MAMA : non oui

Autre (préciser).....

ENFANT ACTUEL

-Date de naissance/.../.../...../ Sexe : M F

-Poids de naissance..... Apgar : / / PC : PT :

T : Poids : actuel..... Notion de réanimation : Non
 Oui si oui durée :

-Pathologies à la naissance :

-Souffrance foetale :

-Infection néonatale :

- Malformation : Non Oui si Oui

Type :.....

-

Autres (préciser) :.....

.....

- Modalités de l'AME :

Nombre de tétées par jour :

Allaitement à des horaires fixes à la demande

Utilisation de tétines : Non Oui si oui

raisons :.....

- Quel produit a été administré à la naissance ?

Colostrum Eau sucrée

Jus de citron Lait artificiel

Autres

préciser :.....Raisons :.....

- Désir ultérieur de conception : Non Oui si oui, nombre.....

- Notion d'autres méthodes de contraception : oui non

Si oui, lesquelles ?.....

- Raisons du choix de la MAMA

- Raisons religieuses
laquelle ?.....

....

- Raison naturelle

- Autres raisons.....

- Période d'information sur la MAMA

Avant la grossesse Pendant la grossesse Après l'accouchement

- Source d'information sur la MAMA

Agent de santé autres
(préciser).....

RESULTATS DE LA MAMA (EFFICACITE)

Absence de grossesse

Survenue de grossesse

2- La fiche de suivi mensuel

FICHE DE SUIVI MENSUEL DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Nom: Prénom: N°fiche de collecte: Date
/.../.....

MERE

1. Poids (Kg) _____

2. Contraception

Hormonale: non oui si oui,
type _____ durée _____ période _____
Mécanique: non oui si oui,
type _____ durée _____ période _____
MAMA: non oui
Autres (préciser)

3. Episodes morbides maternelles:

Gerçures
Douleurs mamelonnaires
Engorgement mammaires
Mastite
Abscess du sein
Autres

(préciser): _____

4. Difficultés au cours de l'AME :

Insuffisance de lait
Contraintes professionnelles
Refus de téter
Sevrage momentané : Début / _ / _ / _ / Fin / _ / _ / _ /
Causes _____ du
sevrage _____

Autres(préciser) : _____

5. Date de retour de couches (ou en mois après l'accouchement) / _ / _ /
_ /

6. Notion de métrorragies : date / _ / _ / _ / durée _____
quantité _____

ENFANT

1. Poids(Kg) _____

2. Modalités de l'AME :

-Nombre de tétées par jour _____

-Durée des tétées : _____

-Expression du lait : non oui raisons :

Date de diversification / _ / _ / _ /

.Eau ? Depuis quand _____

.Bouillie ? Depuis quand _____

.Jus ? Depuis quand _____

.Plat familial ? Depuis quand _____

3. Croissance : taille (cm) _____ PC _____ PB _____

Poids de naissance _____ Poids actuel _____

4. Développement Psychomoteur* : Normal Retardé

5. Pathologies au cours de l'allaitement :

- diarrhée date / _ / _ / _ /
durée _____ traitement _____

Nombre d'épisodes : _____

- fièvre date / _ / _ / _ / durée _____
traitement _____

Nombre d'épisodes : _____

- vomissement date / _ / _ / _ / durée _____
traitement _____

Nombre d'épisodes : _____

- Malnutrition date / _ / _ / _ / durée _____
traitement _____

Nombre d'épisodes : _____

- pleurs incessants date / _ / _ / _ / durée _____
traitement _____

Nombre d'épisodes : _____

- autres (préciser)

*développement psychomoteur normal (voir annexe 4)

3- Le Consensus de Bellagio

En **1988**, sous l'égide de l'OMS, de l'UNICEF et de FHI (FamilyHealth International) des scientifiques ont confronté leurs connaissances sur l'interaction entre allaitement et infertilité, et ont décrété unanimement le **Consensus de Bellagio**.

Le Consensus de Bellagio disait : « *Si la mère allaite complètement ou presque son enfant, et si elle reste en aménorrhée (sans retour de couches), l'allaitement permet d'éviter plus de 98 % des grossesses pendant les six premiers mois.*

*Les légers saignements qui se produisent durant les 56 premiers jours ne sont pas pris en compte.*⁵⁰

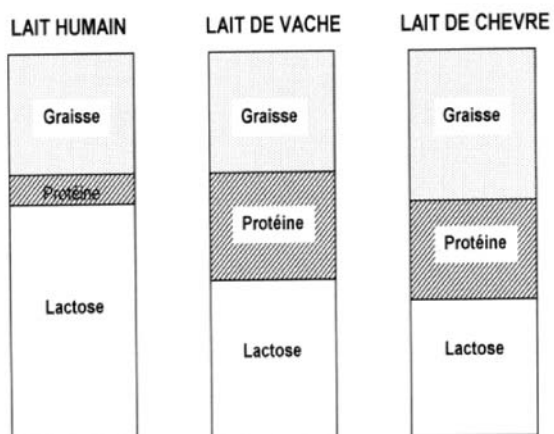
Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser quatre heures le jour et six heures la nuit.

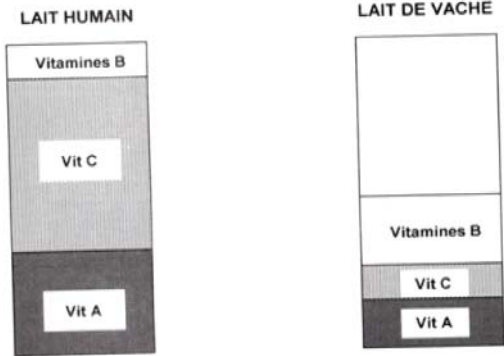
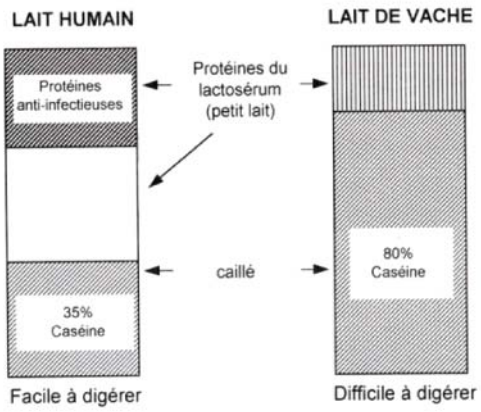
Les suppléments (liquides ou solides) ne doivent pas remplacer une tétée. »

4- Le développement psychomoteur normal

	Age en mois													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Marche seul														
Debout sans soutien														
Préhension pouce index														
Marche avec support														
Debout avec soutien														
Marche à quatre pattes														
Assis sans soutien														
Se retourne														
Préhension palmaire														
Maîtrise de la tête														
Babillage														
Premier sourire														

5-Comparaisons des laits de différentes espèces





SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai pas de salaire au-dessus de mon travail.

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

Respectueuse et reconnaissante 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 engagements, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères, si j'y manque.

Titre : La MAMA au Burkina Faso : Etude du niveau de la MAMA dans deux (02) centres urbains de la ville de Ouagadougou

Résumé : La MAMA est une pratique ancienne d'espacement des naissances. Elle est reconnue par l'OMS comme une méthode naturelle de contraception efficace à 98%. De ce fait, elle a fait l'objet d'un consensus, celui de Bellagio. Malgré les bénéfices certains qu'elle apporte sur le plan de l'espacement des naissances et les avantages nutritionnels évidents chez l'enfant, la MAMA reste une méthode qui suscite toujours beaucoup d'interrogations.

En vue de mieux connaître le niveau de cette pratique dans une zone sous influence des méthodes contraceptives modernes, nous avons mené une étude prospective sur huit (08) mois (du 07 Mai au 15 Décembre 2010) dans deux(02) centres de santé urbains de la ville de Ouagadougou auprès de 52 mères allaitantes.

L'analyse globale des résultats révèle que la prévalence de la MAMA reste encore faible. En effet, elle était de 26%. L'introduction des aliments était précoce dès le premier jour de la naissance et la durée de l'AME était de 4,3 mois. Les agents de santé constituaient la source d'information sur la MAMA dans 84,6% des cas. Le nombre moyen de tétées par 24h était de 8,15 tétées.

Le retour de couches survenait dans 38,5% des cas à 6 mois. La durée moyenne de l'aménorrhée post-partum était de 5 mois. Aucune grossesse n'a été observée. L'utilisation d'une méthode contraceptive autre que la MAMA était très importante avant même le retour de couches (61,7% des mères). La principale raison évoquée pour justifier cette conduite était la crainte d'une nouvelle grossesse (51,7%) dans un pays où l'IVG n'est pas légal.

D'une manière générale, beaucoup de mères sont disposées à pratiquer un allaitement exclusif mais sont moins nombreuses à vouloir l'utiliser comme un moyen de contraception car elles ne disposent pas d'assez de connaissances sur le sujet et pose toujours la question quoi faire en cas de grossesse. Ce qui nécessite la mise en place et le développement d'un plan d'information, d'éducation et de communication à l'endroit de toutes les couches de la société en vue d'améliorer la pratique de la MAMA.

Mots-clés : Allaitement maternel exclusif, MAMA, Aménorrhée post-partum, Retour de couches, Contraception moderne.

Auteur : Pegde-bamba Carine DAKOURE. carinedakoure@yahoo.fr

Title: The method of breastfeeding and amenorrhea or lactational amenorrhea method (LAM) in Burkina Faso: Study of the level of LAM in two (02) urban centers of the city of Ouagadougou

Summary: The LAM is an ancient practice of birth spacing. It is recognized by WHO as a natural method of contraception to 98%. Therefore, it has been a consensus, the Bellagio. Despite some of the benefits it brings in terms of birth spacing and nutrition benefits evident in children, LAM is a method that always raises many questions.

To better know the level of this practice in an area under influence of modern contraceptive methods, we conducted a prospective study in eight (08) months (from 07 May to 15 December 2010) in two (02) urban health centers the city of Ouagadougou from 52 nursing mothers.

The overall analysis of the results reveals that the prevalence of LAM is still low. Indeed, it was 26%. The food was introduced early on the first day of birth and duration of the MEA was 4.3 months. Health workers were the source of information about LAM in 84.6% of cases. The average number of feedings per 24 hours was 8.15 feedings.

The return of menses occurred in 38.5% at 6 months. The mean duration of postpartum amenorrhea was 5 months. No pregnancies were observed. The use of a contraceptive method other than LAM was very important before the menses (61.7% of mothers). The main reason given to justify this conduct was fear of pregnancy (51, 7%) in a country where abortion is not legal.

In general, many mothers are willing to practice exclusive breastfeeding but are less likely to want to use it as a means of contraception because they do not have enough knowledge on the subject and always ask what to do in pregnancy. This requires the establishment and development of a plan of information, education and communication at the point of all walks of life to improve the practice of LAM.

Keywords: Exclusive Breastfeeding, LAM, postpartum amenorrhea, Return of layers, modern contraception.

Author: Carine Dakouré Pegde-bamba. carinedakoure@yahoo.fr