



UNIVERSITE POLYTECHNIQUE DE
BOBO-DIOULASSO

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN
SCIENCES ET TECHNIQUES

GENIE BIOLOGIQUE



UNITE DE NUTRITION ET DE LA
SANTÉ MÈRE ENFANT DE L'INSSA

Tel : 20952990

RAPPORT DE FIN DE CYCLE

Pour obtenir la

LICENCE PROFESSIONNELLE DE GENIE BIOLOGIQUE

Spécialité : Nutrition humaine et diététique

Présenté par

BATIENO BOULADEYI PRISCA ELISE

**Allaitement exclusif et évolution de l'état nutritionnel
d'enfants de 0 à 6 mois chez des mères de différentes
couches socioprofessionnelles au centre de santé et de
promotion sociale d'Accart-Ville.**

Président de jury : Pr OUEDRAOGO Georges Anicet

Maître de stage : Pr SAVADOGO G. Léon Blaise

Directeur de rapport : Dr OUATTARA Lassina

Table des matières

DEDICACES.....	iv
REMERCIEMENTS	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	ix
INTRODUCTION.....	2
OBJECTIFS DE L'ETUDE	3
I- Généralités.....	5
I-1- Présentation de la structure d'accueil	5
I-2- Généralités sur l'allaitement maternel exclusif	7
I-2-1- L'allaitement maternel	7
I-2-2- Allaitement maternel exclusif	8
I-2-3-La composition du lait maternel.....	8
I-2-4- Technique d'allaitement au sein.....	9
I-2-5- Les causes de la diminution de production de lait maternel.....	10
I-2-6- Quelques conseils pour stimuler la montée laiteuse.....	10
I-3- Les variations de la composition du lait maternel	11
I-3-1- Au cours de la lactation.....	11
I-3-2- Au cours d'une tétée.....	12
I-3-3 Au cours de 24h.....	12
I-4- Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » d'après OMS/UNICEF, 1999	13
I-5- VIH et allaitement maternel	13
II- MATERIEL ET METHODES	16
II-1- Matériels	16
II-2-1-Population d'étude et type d'étude	18
II-2-2- Taille des échantillons et échantillonnage	18
II-2-3- Variables étudiées	18
II-2-4- Collecte et analyse des données	18
III- RESULTATS ET DISCUSSIONS	20
III-1- Résultats	20
III-1-1- Le profil des mères	20
III-1-2- Connaissance de la notion de l'AME	21
III-1-3- La pratique des mères.....	21
III-1-4-Les connaissances des mères sur l'allaitement maternel.....	22
III-1-5- Les pratiques alimentaires	23

III-2-Discussion..... 25
CONCLUSION 30
RECOMMANDATIONS..... 31
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE..... 33
ANNEXE A

DEDICACES

« Allaitement maternel : geste d'amour et promesse de santé »

A toi mon fils **Alan Yanis GBANGOU** qui m'a toujours inspiré tout au long de ce travail. Nous avons vécu une belle expérience de l'allaitement maternel qui a chaque instant nous a donné du plaisir et a constitué un immense trésor pour ta bonne croissance.

A toi papa **Toussaint BATIENO**, malgré ton absence, nous avons toujours pu avancer grâce aux valeurs que tu nous as transmis, sois honoré par ce travail.

A vous maman **Maimouna COULIBALY** et maman **Jeanne BATIENO** qui avez toujours su m'offrir soutien, encouragement et affection.

L'amour, tout agréable qu'il soit, plait encore plus par les manières dont il se montre que par lui-même, et cela **Jean Bernard GBANGOU** tu me l'a toujours démontré par ton soutien sans conditions, tes multiples sacrifices et ton implication inestimable dans la réussite de mes études.

REMERCIEMENTS

Ma gratitude et mon profond respect vont à l'endroit de tous ces hommes et femmes extraordinaires qui ont contribué à ma formation, qui m'ont toujours encouragé et soutenu tout au long de ce cursus.

Au **Professeur Georges Anicet OUEDRAOGO**, Président de l'Université Polytechnique de Bobo Dioulasso (UPB), merci pour l'opportunité que vous nous avez donnée de poursuivre nos études au sein de votre université.

Au **Professeur Sado TRAORE**, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences et Technologie (UFR-ST) de l'Université Polytechnique de Bobo Dioulasso (UPB), soyez gratifié pour avoir autorisé la réalisation de ce stage.

Au **major Kossi SOME**, Infirmier Chef de Poste, et à tout le personnel du Centre de Santé et de Promotion Sociale d'Accart Ville, merci pour toute la sympathie, la cordialité et la bonne ambiance de travail.

Au **Docteur Lassina OUATTARA**, Directeur Adjoint l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences et Technologie (UFR-ST) de l'Université Polytechnique de Bobo Dioulasso (UPB). Cher enseignant, vos connaissances et vos immenses qualités humaines ont toujours suscité en nous de l'admiration. Vous nous avez particulièrement impressionnés par votre facilité d'approche, votre disponibilité et votre cordialité. Malgré vos multiples occupations et sollicitations, vous avez accepté de diriger ce travail. Grand merci!

Au **Professeur Léon Blaise Gueswendé SAVADOGO**, Médecin épidémiologiste et Nutritionniste, Maître de Conférences Agrégés en Epidémiologie. Cher encadreur, malgré votre agenda chargé, vous avez tout de suite marqué votre accord et votre disponibilité pour nous encadrer au sein de l'Unité de Nutrition et de la Santé Mère-Enfant de l'INSSA. Vos qualités humaines et pédagogiques font de vous une référence et un modèle dans le monde Scientifique et Médical. Soyez en remercié.

Au **Dr Roland MEDA**, Coordonnateur de la filière génie biologique. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et encouragements.

A tous les **enseignants de l'UFR-ST**, merci pour vos efforts multiformes et les enseignements de qualité reçus lors de notre formation.

A mes **camarades de la filière Nutrition et Diététique**, le chemin fut long et difficile mais nous y sommes parvenus grâce à un travail d'équipe. Que cette complicité dans le travail nous ouvre les portes d'une belle carrière professionnelle.

RESUME

Durant trois mois, nous avons mené une étude au sein du Centre de Santé et de Promotion Sociale d'Accart-Ville dont l'objectif était d'évaluer la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez des mères allaitantes ayant des enfants de 0 à 6 mois, issues de différentes couches socioprofessionnelles. Cette étude était de type transversal portant sur une population de 100 mères allaitantes. Des données sur les caractéristiques socioprofessionnelles des mères, leurs connaissances sur l'allaitement maternel exclusif et le type d'allaitement pratiqué étaient collectées pendant la consultation lors d'un entretien individuel. La population d'étude était constituée en majorité des mères ménagères (41%). Sur l'ensemble des mères enquêtées, 73% avaient déjà des notions sur l'allaitement maternel exclusif. Pour ce qui est du type d'allaitement pratiqué, 38% des mères pratiquaient l'allaitement maternel exclusif, 59% l'allaitement mixte et 3% l'alimentation par les substituts du lait maternel. Parmi les bienfaits de l'allaitement maternel, le plus connu des mères enquêtées est son effet protecteur contre les infections du nourrisson. De l'admission à deux mois de suivi, l'état nutritionnel des nourrissons amené en consultation par leurs mères était bon dans 87% des cas. Au terme de cette étude, il ressort qu'il est nécessaire d'intensifier la communication sur l'allaitement maternel exclusif et de faire sa promotion dans le but d'améliorer les connaissances sur cette pratique et d'obtenir ainsi une meilleure adhésion des mères.

Mots clés: allaitement maternel exclusif, mères allaitantes, nourrisson, type d'allaitement, état nutritionnel.

ABSTRACT

During three months, we have conducted a study within Accart-ville's Health and Social Promotion Centre which objective was to assess the practice of exclusive breastfeeding among breastfeeding mothers who have infants aged 0 to 6 months and are from different socio-professional components. This research was a cross-sectional study on a population of 100 breastfeeding mothers. Data on mothers's socio-professional characteristics, their knowledge on exclusive breastfeeding and the type of infant feeding used were collected during consultation in an individual discussion. The study population was composed of a majority of household mothers (41%). Of overall mothers surveyed, 73% knew a little about exclusive breastfeeding. Regarding type of infant feeding used, 38% of mothers practiced exclusive breastfeeding, 59% mixed feeding and 3% feeding with breast-milk substitutes. Among benefits of breastfeeding, the best-known in mothers surveyed was its protective effect against young infant infections. The nutritional status of infants seen in consultation was good in 87% of cases. As a result of that work, it is essential to reinforce the communication on exclusive breastfeeding and promote it in the aim to increase understanding of this practice and obtain than a better adherence of mothers.

Key words: exclusive breastfeeding, breastfeeding mothers, infant, type of infant feeding, nutritional status.

SIGLE ET ABREVIATIONS

ACH	: Accouchement
AME	: Allaitement Maternel Exclusif
ARV	: Anti Retro Viraux
CCI	: Consultation Curative Infirmière
CDV	: Consultation Dépistage Volontaire
CD4	: Cluster de Différentiation 4 (lymphocytes T4)
CNS	: Consultation du Nourrisson Sain
CPE	: Consultation Préventive de l'Enfant
CPN	: Consultations prénatales
CPONAT	: Consultation Post Natale
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
DMEG	: Dépôt Médicaments Essentiels Génériques
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
ICP	: Infirmier Chef de Poste
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
SLM	: Substituts du Lait Maternel
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
UNICEF	: United Nations International Children Emergency Fund
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures

Figure 1 : Organigramme du CSPS d'Accart-Ville	6
Figure 2 : les différentes catégories socioprofessionnelles des mères	20
Figure 3 : La répartition des mères selon qu'elles aient déjà entendu parlés d'AME.....	21
Figure 4 : le type d'allaitement pratiqué par les mères	22
Figure 5 : L'évaluation des connaissances des mères sur l'AME.....	23
Figure 6 : Les pratiques alimentaires	24

Liste des tableaux

Tableau II: Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de l'admission à deux mois de suivi	24
Tableau III : Répartition des mères par catégorie socioprofessionnelle	A
Tableau IV : Répartition des mères selon qu'elles aient déjà entendu parlés d'AME.....	A
Tableau V: Répartition des mères selon le type d'allaitement pratiqué.....	A
Tableau VI : Répartition des connaissances des mères selon leurs connaissances sur l'AME.	A
Tableau VII : les pratiques alimentaires.....	B
Tableau VIII : Suivi de l'état nutritionnel	C

Liste des images

Image 2 : Une balance Salter.....	16
Image 1 : Une balance Salter avec culotte de pesée.....	16
Image 3 : Une toise horizontale en bois	17
Image 4 : Une bandelette de Shakir	17

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le lait maternel constitue l'aliment de base du nourrisson pendant ses premiers mois de vie. L'assemblée générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recommandé en mai 2001 un allaitement maternel exclusif (AME) pendant les six (06) premiers mois de la vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de vingt quatre (24) mois voire au-delà, en fonction du souhait des mères (OMS, 2001). En effet, le lait maternel est le premier et le plus naturel des aliments. Il est un vaccin naturel, non injectable, d'administration orale, toujours disponible, capable de sauver gratuitement un million d'enfants ou plus, sans risque et sans nécessité de stockage, ni de conservation au froid, (Gérard, 2011). Il contribue ainsi à protéger le nourrisson contre de nombreuses maladies telles que les maladies diarrhéiques, les infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) et les affections respiratoires (Bouanene *et al*, 2010). Cette valeur sûre pour la santé de l'enfant, participe aussi au bien être de la mère car il favorise l'involution utérine après l'accouchement et réduit ainsi les hémorragies du post-partum. Il entraîne également une réduction du risque d'ostéoporose et de cancer pour les mères, (Costa-Prades *et al*, 2009).

Malgré son efficacité et son caractère très économique, l'AME est insuffisamment pratiquée dans certaines régions du globe. Selon l'ONG Alive and Thrive, les mauvaises pratiques en matière d'allaitement sont la cause de 800.000 décès chaque année à l'échelle mondiale. Cela équivaut à environ 12% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Pour le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), seulement 55% des nourrissons dans le monde bénéficient d'un AME pendant les quatre (04) premiers mois de leur vie. Dans les pays en développement, on observe une tendance à la diminution de la pratique de l'allaitement maternel liée à des raisons professionnelles, socioculturelles et/ou religieuses. Au Burkina Faso, le taux de l'AME était estimé à 46% parmi la population de mères allaitantes en 2016 (Bayala, 2016). Au regard de son faible taux, des textes ont été élaborés en vue de promouvoir et d'encourager la pratique de l'AME, visant à long terme la survie de l'enfant. Ces textes prévoient un congé de maternité payé de quatorze semaines et une pause-allaitement d'une heure et demie par jour pendant quinze mois, (article 84 et 85 de la Loi numéros 11-92 du 22 décembre 1992, portant Code du Travail du Burkina Faso). Cependant, l'absence d'espaces aménagés sur les lieux de travail et l'absence de prise en compte des autres couches socioprofessionnelles de mères allaitantes constituent un obstacle à la bonne pratique de l'AME. Il existe peu de données sur la pratique de l'AME selon différentes couches socioprofessionnelles de mères allaitantes au Burkina Faso d'où notre intérêt à mener une étude sur la pratique de l'AME par les mères allaitantes dans la ville de Bobo-Dioulasso.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

➤ Objectif général

Etudier la pratique de l'allaitement maternel exclusif par les mères allaitantes ayant des enfants de 0 à 6 mois, reçues à la consultation préventive de l'enfant du Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) d'Accart-ville

➤ Objectifs spécifiques

Pour atteindre notre objectif général nous nous proposons de:

- Décrire le profil des mères allaitantes, ayant des enfants de 0 à 6 mois, fréquentant la consultation préventive de l'enfant du CSPS urbain d'Accart-ville,
- Evaluer les connaissances des mères allaitantes sur l'allaitement maternel exclusif,
- Déterminer le type d'allaitement pratiqué par les mères allaitantes ayant des enfants de 0 à 6 mois, reçues au CSPS urbain d'Accart-ville,
- Evaluer l'état nutritionnel des nourrissons.

CHAPITRE I: GENERALITES

I- Généralités

I-1- Présentation de la structure d'accueil

Le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) d'Accart-Ville, créée en 1963, est l'un des douze (12) CSPS urbains publics du District Sanitaire de Dô. Sous la responsabilité d'un infirmier chef de poste (ICP), il est situé dans l'arrondissement numéro 02 de la commune de Bobo-Dioulasso et couvre les secteurs 09, 10 et 22 avec une population estimée à environ 70 066 habitants sur un rayon de cinq kilomètres en 2016. Le CSPS dispose de quatre dépôts de médicaments essentiels génériques (DMEG) construit en 1993 ainsi que d'une maternité réhabilitée par le Comité de Gestion (COGES) en 2007. Ce CSPS comprend trois grands services qui offrent des soins préventifs, curatifs et promotionnels.

Le service de consultation curative Infirmière (CCI) est chargé d'apporter des soins à toute catégorie de malades. Dans ce service, il existe des salles d'injections, de pansement et des salles de mises en observations.

Le service de la Santé Maternelle et Infantile s'attèle au bien être de la mère et de l'enfant à travers trois principales activités qui sont: la vaccination, le suivi de la croissance de l'enfant et les séances de causerie avec les mères sur la planification familiale.

Le service du Dépôt de Médicaments Essentiels Génériques (DMEG) est chargé de gérer, de rendre accessible les médicaments en permanence et à des coûts abordables pour la population.

Nous avons travaillé principalement en Consultation du Nourrisson Sain (CNS) avec deux agents de santé permanents qui effectuent les tâches courantes, sous la supervision des sages-femmes. Les nourrissons de deux à trente mois ainsi que les petits enfants de trente-un à cinquante-neuf mois y sont suivis. Les enfants sont identifiés dans le registre par un numéro de consultation qui figure sur les carnets de santé prénatale de la mère.

L'évaluation de l'état nutritionnel est réalisée en utilisant une toise horizontale pour la mesure de la taille couchée, une balance avec un pèse bébé individuel pour le poids et la bandelette de Shakir pour la détermination du périmètre brachial. Dans le cadre du suivi, les nourrissons âgés de 0 à 11 mois sont reçus chaque mois et ceux ayant 12 mois et plus tous les 2 mois.

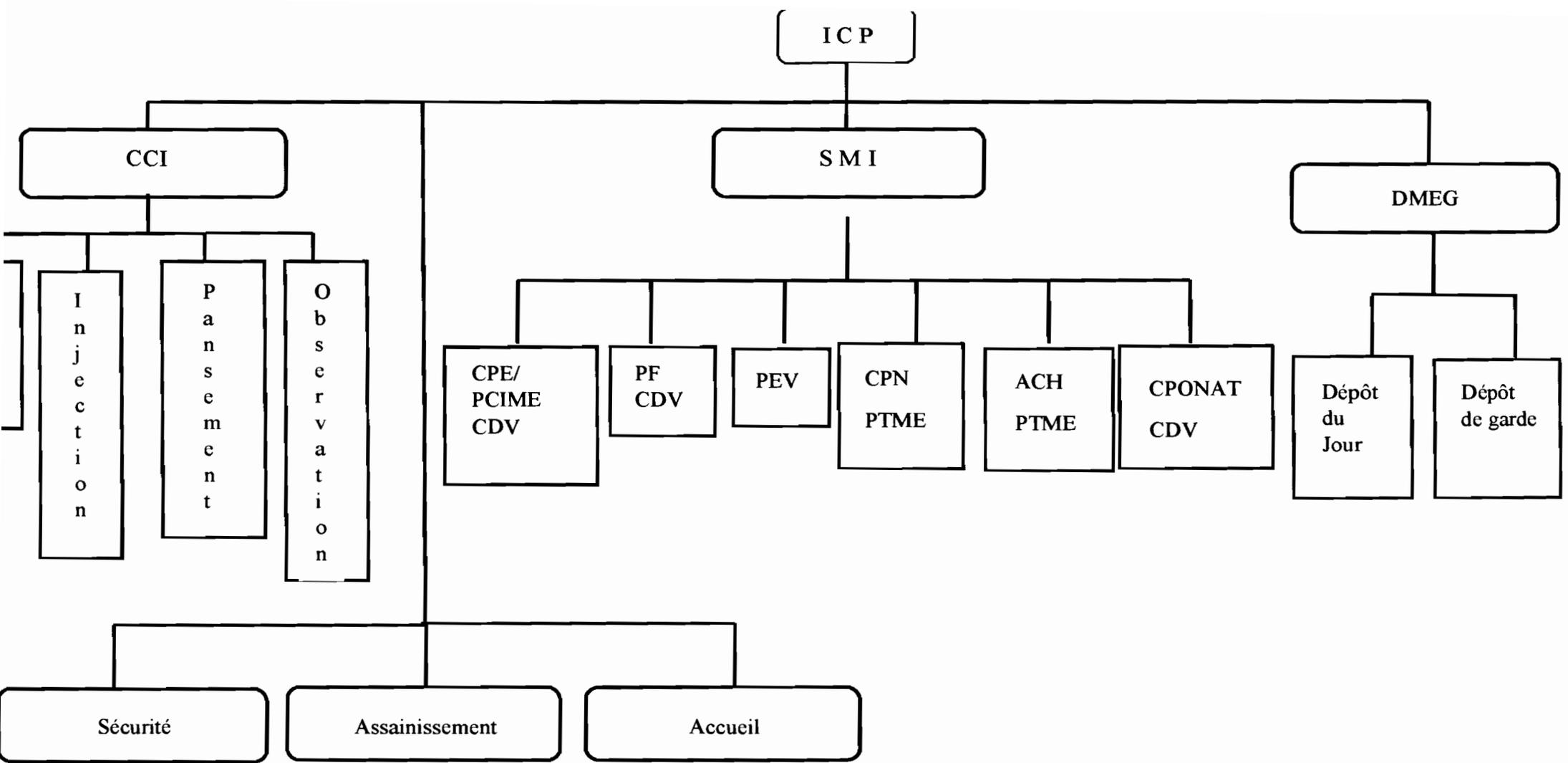


Figure 1 : Organigramme du CSPS d'Accart-Ville

I-2- Généralités sur l'allaitement maternel exclusif

I-2-1- L'allaitement maternel

Dans toute l'histoire de l'humanité, presque toutes les mères ont toujours nourri leurs enfants de la façon la plus normale, la plus naturelle et la plus simple qui soit: au sein. L'allaitement maternel est le moyen le plus naturel et le plus adapté pour nourrir un enfant (Tetchi *et al*, 2008). Selon l'OMS et l'UNICEF, le lait maternel est l'aliment naturel et idéal pour le nourrisson durant les premiers mois de sa vie. La plupart des sociétés traditionnelles d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ont une bonne connaissance de l'allaitement, même si les pratiques peuvent varier d'une culture à l'autre. De plus à travers l'allaitement maternel, les capacités de la mère à combattre les infections sont transmises au nourrisson. Il contribue également au développement d'une bonne relation entre la mère et l'enfant en renforçant la relation d'amour et d'attachement. L'allaitement protège la santé de la mère après l'accouchement, il aide l'utérus à revenir à sa taille normale, minimise le saignement prévenant ainsi l'anémie. Il réduit également le risque de cancers des ovaires et du sein chez la mère (Harder *et al*, 2006).

Le pédiatre Paul Gyorgy disait: "le lait de vache est bon pour le petit de la vache, le lait de femme est bon pour le nourrisson", personne ne peut nier cette évidence. Il est donc de plus en plus admis que toute mère a le droit d'allaiter son bébé, et que tout bébé a le droit d'être nourri au sein. Tout ce qui fait obstacle à l'allaitement au sein est une atteinte à ces droits. Et pourtant, dans presque tous les pays, beaucoup d'enfants sont insuffisamment ou pas nourris au sein, (Latham, 2001), à cause du développement de la technologie alimentaire qui a entraîné l'irruption sur le marché d'aliments pour enfant et plus particulièrement, de lait en poudre, qualifiés avec excès, de substitut du lait maternel. Il en a résulté l'augmentation de la consommation de ces produits, l'adoption de nouvelles pratiques alimentaires pour les nouveau-nés et nourrissons, de plus, les messages véhiculés notamment par les médias sur la beauté féminine, attribuent l'affaissement des seins et le vieillissement précoce à l'allaitement maternel, ce qui a pour conséquence, le recul de l'allaitement au sein (Tetchi *et al*, 2008). Les contraintes académiques, socioprofessionnelles et traditionnelles ne sont pas en reste.

Si l'allaitement maternel est bénéfique pour tous les nouveau-nés, il est vital pour ceux des pays en développement et tous les efforts doivent être engagés pour sa promotion. Pour ce faire de nombreuses initiatives dont «l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé», sont entreprises pour encourager l'allaitement au sein. Aussi en 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel en réponse

aux pratiques inappropriées de commercialisation des substituts du lait maternel qui contribuaient au déclin alarmant des taux d'allaitement maternel dans le monde et à l'augmentation des taux de malnutrition, morbidité et mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, particulièrement dans les pays en développement. Malgré ces initiatives, force est de constater que la pratique de l'allaitement exclusif est limitée.

I-2-2- Allaitement maternel exclusif

La malnutrition infantile est devenue un embarras mondial, particulièrement dans les pays en développement, où elle est la cause de plus de la moitié de tous les décès infantiles. Au cours de ces dernières décennies, nous assistons à une diminution globale de la pratique de l'AME dans le monde et les pays africains ne sont pas en reste. Cette diminution est beaucoup plus prononcée en milieu urbain, due à de nombreux facteurs socioprofessionnels. Des études de prévalence sur la pratique de l'AME en milieu urbain ont été réalisées également dans certains pays africains comme la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Cameroun. Des prévalences situées entre 5 et 24 % ont été retrouvées, ce qui est très insuffisant au regard des énormes avantages que procure cette pratique (Gamgne Kamga , 2009). En effet, la pratique de l'AME réduit de façon significative la morbidité et la mortalité aussi bien chez le nourrisson que chez la mère.

De nos jours en Afrique, tout comme dans les pays occidentaux, la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie sont reconnus comme la stratégie la plus efficace pour la réduction de la mortalité infanto-juvénile (Sokol *et al*, 2007). Ce qui explique la promotion de cette pratique, depuis plusieurs décennies, par de nombreux organismes internationaux tels que l'OMS et l'UNICEF. Des recommandations ont été également faites dans ce sens notamment la pratique l'AME jusqu'à six (06) mois et sa poursuite jusqu'à deux ans voire plus, complétée par l'introduction progressive d'une alimentation solide diversifiée.

I-2-3-La composition du lait maternel

La supériorité du lait maternel est aujourd'hui admise par tous. Il est de ce fait le meilleur aliment pour le nourrisson car il contient exactement les éléments nutritifs dont il a besoin. Ce liquide précieux est constitué de 88% d'eau ce qui rend cet aliment particulièrement désaltérant. Le principal sucre du lait maternel est le lactose (60g/l) qui, grâce à la lactase, enzyme présente dans les cellules intestinales, est hydrolysé en glucose et

galactose. Le glucose est destiné principalement aux cellules cérébrales, musculaires, adipeuses et intestinales. Le galactose participe à la formation du cerveau et au maintien de la glycémie. Le lait de vache contient moins de lactose que le lait maternel (Mariko, 2009). Les oligosaccharides constituent de véritables prébiotiques. Ils jouent un rôle essentiel dans la mise en place de l'écosystème bactérien colique dominé chez l'enfant au sein, par les bifidobactéries, en particulier *Bifidobacterium bifidum*.

Le taux de lipide contenu dans le lait maternel est d'environ 40g/l. Cependant, des variations de 3 à 180g/l de lipides peuvent être observées selon l'heure de la journée, l'âge de l'enfant, le volume de la tétée (Le Fournier Chancerelle, 2009). Les lipides du lait maternel sont composés de 95% de triglycérides à longues chaînes. Le lait maternel est également riche en cholestérol et phospholipides qui sont bénéfiques pour la formation du cerveau et des vaisseaux. Pour le bon fonctionnement de l'organisme du nourrisson, le lait maternel contient des acides gras polyinsaturés qui jouent un rôle dans l'acuité de la vision et la synthèse des hormones. La synthèse des lipides étant longue et complexe, ces derniers ne se retrouvent dans le lait maternel qu'en fin de tétée de chaque sein, c'est pourquoi ce moment ne doit pas être altéré par des tétées trop courtes.

La teneur en protéines du lait maternel, comprise entre 8 et 12 g/L, est nettement inférieure à celle des autres mammifères. Néanmoins, elle est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson en raison d'une excellente absorption (Bocquet *et al*, 2005). Aussi la présence de la lactotransferrine, de par sa capacité à fixer le fer, favorise l'absorption intestinale du fer évitant ainsi l'anémie chez le bébé. Il faut noter que dans les laits de substituts, il y a un apport en fer mais pas de lactotransferrine, ce qui fait que le fer reste en grande partie dans l'intestin et est éliminé par les selles (Le Fournier Chancerelle, 2009). Les sels minéraux, présents en petite quantité, permettent de moins solliciter le travail d'élimination du rein. La teneur en calcium et le rapport entre le taux de calcium et de phosphore sont idéals pour que le calcium soit plus facilement absorbé. Quant à la teneur en vitamines du lait maternel, elle est le reflet de la richesse ou des carences de la mère (Gamgne Kamga, 2009).

I-2-4- Technique d'allaitement au sein

Il est impératif d'allaiter un enfant de moins de 6 mois aussi souvent qu'il le réclame, de jour comme de nuit. Cela représente en général au moins 8 fois en 24 heures.

Les recommandations suivantes doivent être prises en compte pour une bonne séance d'allaitement :

- ✦ La mère doit se laver les mains avant chaque tétée ;
 - ✦ Laver les mamelons à l'eau potable avant et après chaque tétée ;
 - ✦ Tout le corps du bébé doit être près de sa mère et lui faire face ;
 - ✦ Sa bouche doit être près du sein et largement ouverte ;
 - ✦ Sa lèvre inférieure doit être tournée vers l'extérieur ;
 - ✦ L'aréole doit être plus visible au-dessus de sa lèvre supérieure qu'en dessous de sa lèvre inférieure ;
 - ✦ Les narines de l'enfant doivent être dégagées pour lui permettre de respirer ;
 - ✦ Les rythmes de tétée sont fixés par l'enfant lui-même. L'allaitement au sein fréquent et à la demande de l'enfant est à encourager car les mères qui laissent leur enfant téter à volonté le sein la nuit comme le jour, secrètent un volume de lait plus important;
 - ✦ La mère peut donner les deux seins au cours d'une tétée, mais de façon alternée.
- (Tembo, 2009)

I-2-5- Les causes de la diminution de production de lait maternel

La diminution de la production de lait maternel peut s'expliquer par divers facteurs. Tout d'abord, cela peut provenir de la fatigue de la maman, s'accompagnant ou non d'une anxiété. La malnutrition de la mère peut aussi être la cause d'une diminution de production de lait maternel. En effet, si la mère ne se nourrit pas correctement, la production de lait sera relativement réduite. La production de lait maternel dépend aussi en grande partie de la tétée. Si le nourrisson ne tète pas suffisamment, la production laiteuse sera moindre car les seins ont besoin d'être stimulés pour produire du lait. Cependant, l'augmentation du besoin alimentaire du nourrisson peut également donner l'impression d'une diminution de la production de lait. En principe, ce changement survient au dixième jour, à la troisième semaine, à la sixième semaine, au troisième mois et au sixième mois de bébé, (Latham, 2001).

I-2-6- Quelques conseils pour stimuler la montée laiteuse

Une hydratation convenable de la mère est importante pour avoir une bonne lactation. En effet, le lait maternel est en majeure partie constitué d'eau. Il est conseillé aux mères de boire au moins 2 litres d'eau par jour. En outre, il faut privilégier certains aliments qui stimulent la production de lait. Nous pouvons citer notamment les carottes crues, les lentilles, le mil, les arachides, etc. La fatigue étant une des causes de diminution de la production du lait maternel, il est essentiel que les mères se reposent suffisamment en faisant des siestes dès que possible. Enfin, pour pallier au manque de stimulation des seins, la mise au sein plus

souvent du nourrisson est primordiale. Plus il tète, plus la production de lait maternel s'accroît, (Tembo, 2009).

I-3- Les variations de la composition du lait maternel

Le lait maternel est un élément évolutif, sa composition évolue en fonction de la lactation (du colostrum au lait mature), au cours de la tétée, et même au cours de la journée. En effet les besoins du nourrisson étant différents à chaque moment de sa vie, le lait maternel y répond de façon adaptée à chaque repas. Le Fournier-Chancerelle, en 2009, a mise en exergue ces différentes étapes ci-dessous.

I-3-1- Au cours de la lactation

Les quantités de lipides, des acides aminés, de sels minéraux du lait maternel varient au cours de la période de la lactation

I-3-1-1- Le colostrum

Le colostrum est un liquide jaune et épais, peu abondant soit 20-30 ml à J1, 40-60 ml à J2. Il contient des anticorps et de millions de globules blancs qui protègent le nourrisson contre les infections. Le colostrum, produit en petite quantité, est riche en sels minéraux retenant l'eau dans l'organisme du nouveau-né et limitant ainsi la fuite hydrique et la perte de poids des premiers jours, il contient aussi des vitamines et des éléments nutritifs qui permettent au nourrisson de se nourrir jusqu'à la montée laiteuse. Il protège l'appareil digestif, nettoie l'estomac du bébé et augmente ses chances de survie.

Jours	Eau	Glucides	Protides	Graisses	Sels minéraux et autres éléments
J1	84,5	2,8	9,8	2,6	0,4
J2	86,5	3,5	7,5	2,2	0,4
J3	87,3	5,4	3,3	3,8	0,3

Tableau I : Composition moyenne du colostrum (en g pour 100 ml)

Source : Rotten, 1991.

I-3-1-2- Le lait de transition

Lorsque l'allaitement se met en place, la « montée de lait » survient entre le troisième et le cinquième jour après la naissance. La production de lait est de 750 ml en moyenne par jour. A cette étape, le lait devient moins épais, moins jaune, et moins visqueux. Progressivement, il contiendra plus de sucres pour favoriser la croissance du cerveau, plus de graisses et moins de protéines. Cette évolution du colostrum au lait mature nécessitera une vingtaine de jours.

I-3-1-3- Le lait mature

On parle de lait mature à environ trois semaines après la naissance. Ce lait est transparent, bleuté, très liquide et à la saveur légèrement sucrée. A ce stade, le lait contient une grande quantité de lactose utile au développement du cerveau, la quantité des lipides est doublée afin d'apporter une plus grande part d'énergie. La quantité de protides est dix fois moindre tandis que celle des minéraux est diminuée de moitié. Par contre le taux des acides aminés diminue pour augmenter à nouveau.

I-3-2- Au cours d'une tétée

L'eau et les sels minéraux sont les premiers éléments reçus en début de tétée qui permettent de rassasier et de désaltérer immédiatement le bébé. Ensuite, la proportion de glucides directement assimilable par l'organisme augmente (les oligosaccharides suivis du lactose). En milieu de tétée, la quantité des lipides et des protéines augmentent afin de favoriser la croissance du nourrisson. En fin de tétée, le lait se concentre en lipides (cinq fois plus qu'au début) qui donneront au nourrisson un sentiment de satiété et donc signal la fin de tétée.

Nous comprenons ainsi, l'importance de laisser le nourrisson téter suffisamment le premier sein avant de passer au deuxième sein. Certains nourrissons se contenteront d'un seul sein à chaque tétée.

I-3-3 Au cours de 24h

Les besoins du nourrisson varient tout au long de la journée, et pour y répondre, le lait maternel voit sa composition varier également.

Le matin, le lait contient plus de lactose, vers midi les lipides sont présents à un taux élevé ainsi que les protéines et l'après-midi le lait est riche en oligosaccharides. Enfin le soir, les protéines sont encore présentes à un taux élevé.

Le nourrisson allaité à la demande adaptera lui-même ses tétées en fonction de ses besoins. Il aura tous les éléments nécessaires à sa propre croissance. Par exemple : un nourrisson qui a soif ne boira que le lait de début de tétée, riches en eau et en vitamines. Celui qui a faim, tétera plus longtemps pour recevoir les protéines et lipides nourrissants

I-4- Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » d'après OMS/UNICEF, 1999. (Gamgne Kamga, 2009)

- ❖ Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
- ❖ Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- ❖ Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
- ❖ Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- ❖ Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement maternel et comment entretenir la lactation même lorsqu'elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- ❖ Ne donner aux nourrissons aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- ❖ Laisser l'enfant avec sa mère 24h/24.
- ❖ Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- ❖ Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- ❖ Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de la maternité.

I-5- VIH et allaitement maternel

Dans le contexte de l'infection à VIH, l'alimentation du nourrisson représente une problématique fondamentale et complexe. Un allaitement non protégé par les Anti Rétroviraux (ARV) peut transmettre le VIH à l'enfant, alors qu'une alimentation par les substituts du lait maternel (SLM) peut être à l'origine de maladies (diarrhées, malnutrition), voire d'une mortalité précoce. En effet la transmission globale du VIH est d'environ 35 % sans une Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME), aussi le risque de transmission est 12 fois plus élevé si les CD4 maternels sont inférieurs à 350 cellules/mm³. De plus les

SLM permettent d'éviter le risque de transmission du VIH lié à l'allaitement qui est estimé à environ 1 % par mois d'allaitement, il est majoré en cas d'allaitement mixte. Cependant une alimentation par les SLM dans les conditions Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûr, reste rare en pratique. Pour ce faire l'OMS recommandait en 2013, une protection systématique de l'allaitement maternel par les ARV par une trithérapie chez la femme enceinte et la mère allaitante. La trithérapie doit être débutée dès que possible pendant la grossesse et poursuivie au moins jusqu'à la fin de l'allaitement maternel. Cette pratique peut réduire la transmission du VIH par le lait maternel à 1,1 % après 12 mois d'allaitement, (Masson *et al*, 2013).

CHAPITRE II : MATERIELS ET METHODES

II- MATERIEL ET METHODES

II-1- Matériels

Pour le suivi de l'état nutritionnel des nourrissons, nous avons utilisés des indicateurs anthropométriques et un questionnaire pour l'évaluation des connaissances des mères sur l'AME et du type d'allaitement pratiqué.

L'anthropométrie est une des méthodes d'évaluation de l'état nutritionnel. Elle est d'utilisation courante en CNS grâce aux instruments de mesure et d'interprétation disponibles au sein du CSPS.

Pour le matériel, nous avons disposé de :

- **Une balance Salter** : utilisée pour la prise de poids de l'enfant. Elle permet de faire des pesées jusqu'à 25 kilogrammes avec une précision à 100 grammes près



Image 1 : Une balance Salter avec culotte de pesée
Source : BATIENO, 2015



Image 2 : Une balance Salter
Source : BATIENO, 2015

- **Une toise horizontale** : elle sert à mesurer la taille couchée des enfants. Cet instrument est fait dans un bois lisse et résistant, et comprend une base fixe, une base mobile et un mètre ruban d'une précision de 1 millimètre.

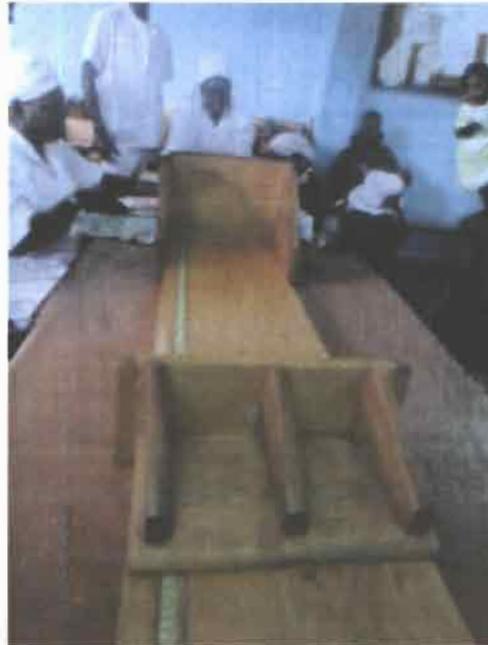


Image 3 : Une toise horizontale en bois
Source : BATIENO, 2015

➤ **Une bandelette de Shakir**

La mesure du périmètre brachial (PB) se fait à l'aide d'une bandelette colorée appelée bandelette de Shakir ou d'un mètre ruban. Elle mesure le PB avec une précision de l'ordre de 0.1 centimètre (1 millimètre)



Image 4 : Une bandelette de Shakir
Source : BATIENO, 2015

II-2- Méthodes

II-2-1-Population d'étude et type d'étude

Notre population est constituée des mères allaitantes dont les nourrissons étaient âgés de 0 et 6 mois, issues de différentes couches socioprofessionnelles et fréquentant le CSPS d'Accart-Ville. L'étude était de type transversal à visée descriptive.

II-2-2- Taille des échantillons et échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage empirique de 100 mères allaitantes reçues à la consultation préventive du nourrisson du CSPS d'Accart-Ville.

II-2-3- Variables étudiées

Les données collectées ont porté sur : les données anthropométriques du nourrisson (poids/taille) ; les connaissances des mères allaitantes sur l'allaitement maternel exclusif ; le type d'allaitement pratiqué et la catégorie socio-professionnelle des mères allaitantes.

II-2-4- Collecte et analyse des données

Les données étaient collectées lors des séances de consultation et de façon journalière. Ainsi, une interview des mères était réalisée après avoir expliqué le motif de l'enquête afin d'obtenir leur consentement et leur collaboration. Une fois le consentement obtenu, un entretien était mené dans la langue la mieux comprise par l'interlocutrice. Les données anthropométriques contenues dans le carnet de santé des nourrissons étaient également collectées. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel.

CHAPITRE III : RESULTATS ET DISCUSSION

III- RESULTATS ET DISCUSSIONS

III-1- Résultats

III-1-1- Le profil des mères

Notre population d'étude était constituée de 41% de ménagères, 24% de mères exerçant une profession libérale, de 23% d'étudiantes et de 12% de fonctionnaires.

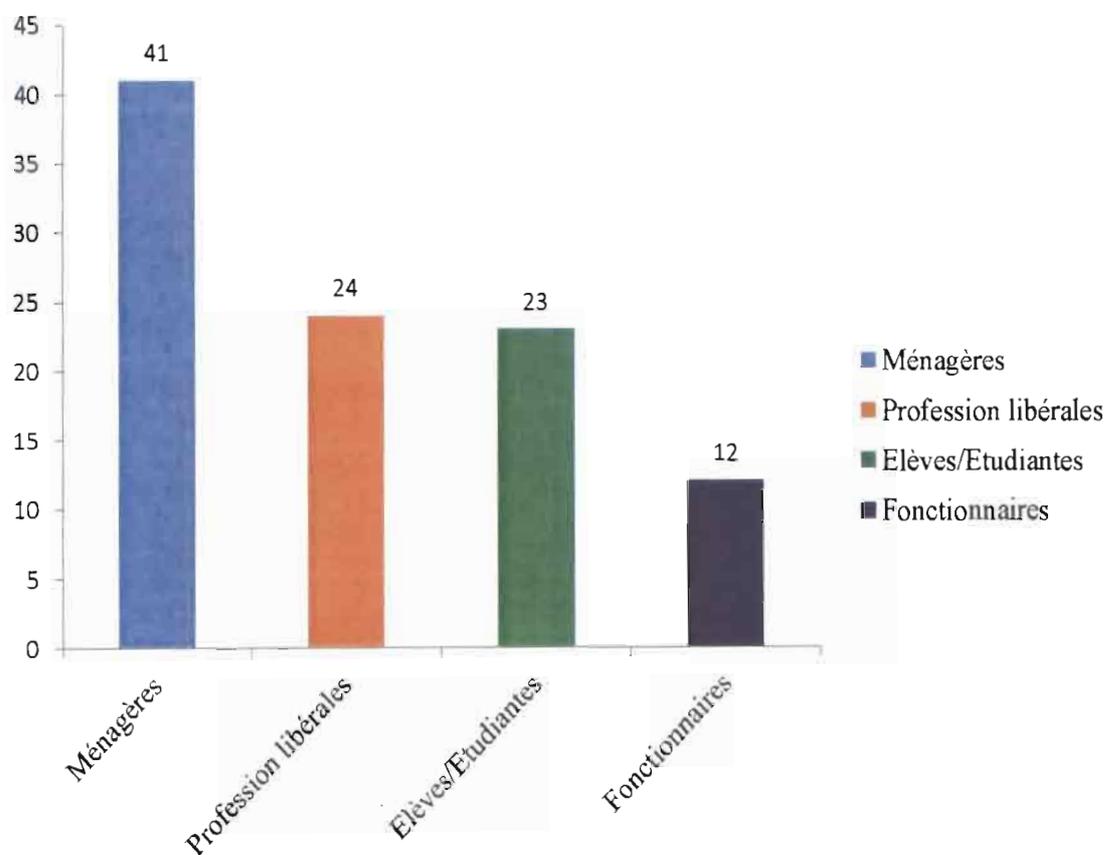


Figure 2 : Les différentes catégories socioprofessionnelles des mères

III-1-2- Connaissance de la notion de l'AME

Parmi les mères allaitantes enquêtées, 73% ont déclaré avoir déjà entendu parler de l'AME, par contre 27% des mères l'ignoraient complètement.

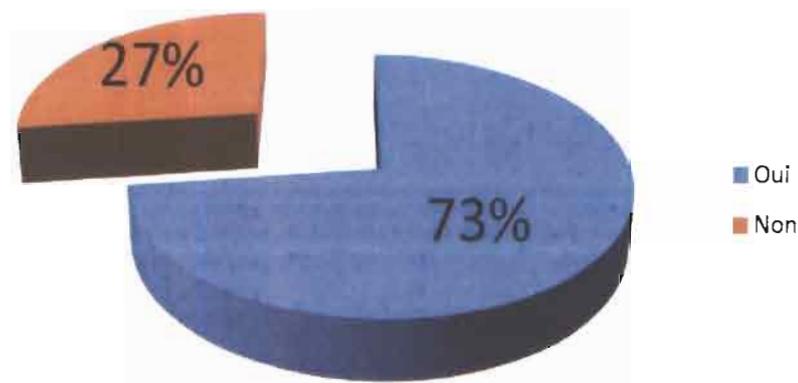


Figure 3 : La répartition des mères selon qu'elles aient déjà entendu parlé d'AME

III-1-3- La pratique des mères

La figure 4 représente la répartition des mères selon le type d'allaitement pratiqué. Au cours de notre étude, nous avons constaté que l'allaitement mixte était pratiqué par 59% des mères, l'allaitement maternel exclusif par 38% mères et l'alimentation par les substituts du lait maternel était par 3% des mères. Soit un taux général d'AM de 97% illustré par la figure ci-dessous.

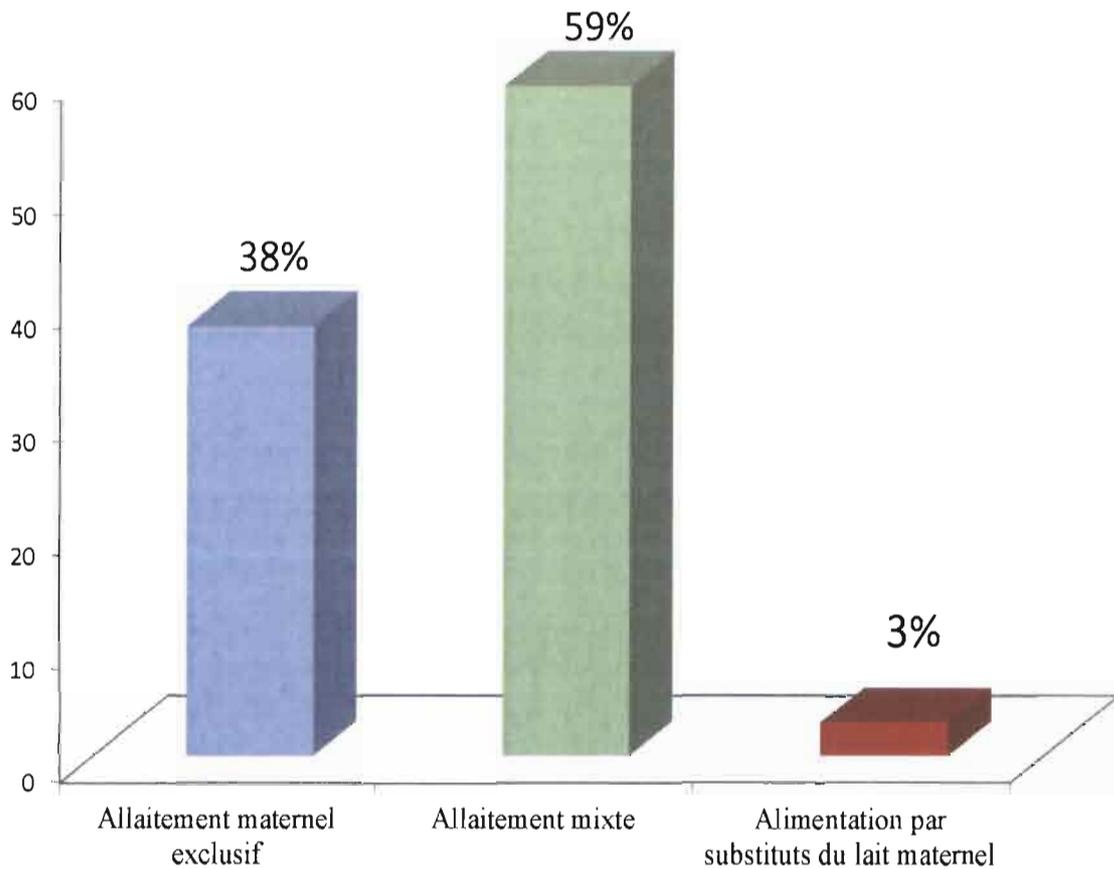


Figure 4: le type d'allaitement pratiqué par les mères

III-1-4-Les connaissances des mères sur l'allaitement maternel

Les connaissances des mères sur les bienfaits de l'allaitement maternel demeurent superficielles. Elles s'articulent autour des avantages du lait maternel pour le bien être du nourrisson que sur la santé de la mère elle-même.

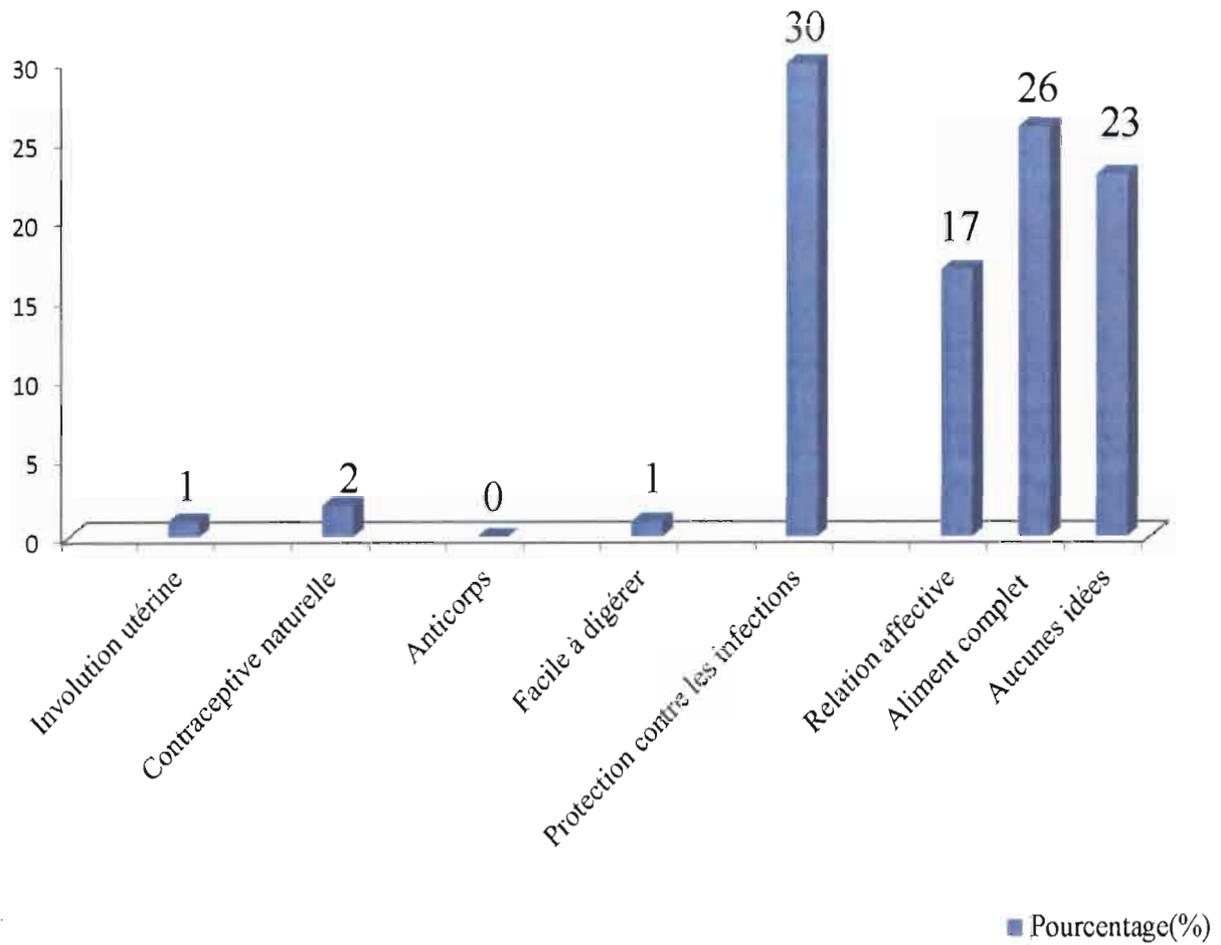


Figure 5 : L'évaluation des connaissances des mères sur l'AME

III-1-5- Les pratiques alimentaires

L'eau, les tisanes, la bouillie et le lait artificiel sont les principaux aliments donnés aux nourrissons de 0 à 6 mois.

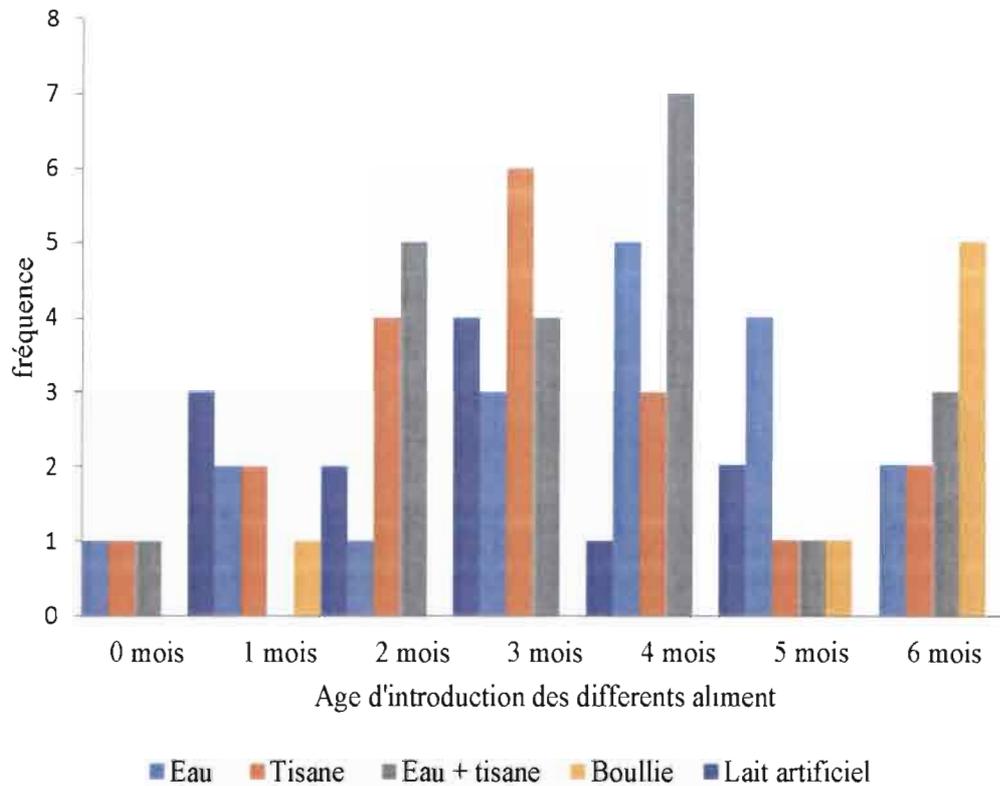


Figure 6 : Les pratiques alimentaires

III-1-6- Evaluation de l'état nutritionnel

Etat nutritionnel	Admission	01 mois après l'admission	02 mois après l'admission
Bon	97%	100%	87%
Malnutrition modérée	3%	0%	13%

Tableau II: Evaluation de l'état nutritionnel des enfants de l'admission à deux mois de suivi

III-2-Discussion

De tous temps, et partout, l'allaitement maternel a toujours été un sujet de discussion. Acte naturel pour les uns, geste tabou pour d'autres, sa pratique n'a jamais fait l'unanimité.

Le statut socioprofessionnel des mères influe fortement la pratique de l'allaitement maternel. Notre population d'étude était majoritairement composée de mères ménagères, suivies de celles qui exerçaient des professions libérales, puis les élèves et étudiantes, et enfin les fonctionnaires. En effet, les mères exerçant une profession libérale représentaient 24 % et les mères ménagères constituaient 41% de notre population d'étude. Les mères issues de ces deux catégories professionnelles affirmaient que leurs occupations respectives n'entravaient pas la pratique de l'AME. Cependant ce type d'allaitement avait un impact sur leurs rendements au travail. Elles étaient souvent obligées d'arrêter leurs activités afin de satisfaire aux besoins de leurs enfants. Aussi les employeurs étaient souvent exigeants vis-à-vis des mères allaitantes. Cet ensemble d'éléments constitue un frein à la bonne pratique de l'AME selon les mères.

Pour la catégorie des mères élèves et étudiantes ainsi que celle des mères fonctionnaires, le problème se situait au niveau du temps. Pour les élèves et étudiantes, les horaires scolaires sont contraignants ce qui ne permet pas la pratique et la promotion de l'AME au sein de ce groupe. Certaines faisaient l'objet d'exclusion ou d'une interdiction stricte d'amener les nourrissons au sein des établissements. Pour les mères fonctionnaires, le manque d'espace aménagé à cet effet posait également des problèmes car les mères ne pouvaient pas allaiter leurs enfants dans de bonnes conditions. Pour ces deux catégories professionnelles, allier le travail et la pratique de l'AME se révélait être difficile. De ce fait, les nourrissons étaient nourris très tôt avec des aliments de complément souvent inadaptés pour leurs âges. Le stress des mères liées à leur métier et à la séparation d'avec leurs enfants durant de longues heures de travail et d'études constituaient des obstacles à l'établissement d'une relation affective entre les mères et leurs nourrissons et créaient d'énormes souffrances à ces dernières.

Par ailleurs, une grande partie des mères allaitantes avaient déjà entendu parler de l'AME. Les informations dont elles disposaient étaient obtenues auprès du personnel de santé lors des consultations prénatales (CPN), dans le post partum et aux consultations postnatales. Les médias à savoir la radio, la télévision étaient également des sources d'informations pour les mères à travers les sensibilisations qui sont faites sur leurs ondes. Les mères allaitantes informées représentaient une proportion de 73% de la population contre 27% de non informées. Cette situation pourrait s'expliquer par le faible taux de réalisation de CPN par les

mères, le manque de diversification des moyens de transmission de l'information ou un manque d'intérêt des femmes pour cette question qui semble être impossible à pratiquer. Selon Mariko en 2009, la proportion des mères allaitantes ayant des notions sur l'AME, dans le quartier de Sogoniko à Bamako, était de 60% contre 40% qui n'avaient aucune notion sur l'AME. Cette disparité entre les connaissances des mères aurait une influence sur leurs choix.

Plusieurs études ont démontré que le lait maternel est le meilleur aliment de l'enfant pendant les six premiers mois de vie. Malgré de multiples campagnes de promotion, la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois demeure faible. Un taux d'AM de 97% a été retrouvé dans cette étude et se rapproche de celui au plan national qui était de 98%. En 2009, Gamgne Kanga *et al*, au Cameroun avaient obtenu un taux semblable de 99,48%. Bien que l'allaitement maternel soit une pratique courante en Afrique, sa pratique de façon exclusive est insuffisante. En effet, le taux d'AME était de 38% auprès de notre population d'étude. Par ailleurs le Burkina Faso a réalisé des progrès considérables par rapport au taux d'adhésion global à l'allaitement maternel exclusif. En 2001, Nana., trouvait que l'AME n'était pratiqué que par moins de 5% des femmes burkinabé, ce taux est passé d'environ 38% en 2010 (EDSBF-MICS IV) à 47% en 2013 (Ministère de la Santé). L'alimentation par substitut du lait maternel n'occupait que 3% dans cette étude. Ce résultat est similaire à celui de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) en 2010, qui notait une proportion de 2% de nourrissons qui étaient nourris avec des substituts du lait maternel.

Les bienfaits de l'AME sur la santé de la mère et de l'enfant font l'unanimité de nos jours. Il constitue une excellente stratégie permettant de prévenir bon nombre de maladies de l'enfant, mais aussi de la mère. Cette stratégie est également très économique car elle suscite très peu de frais auprès des personnes qui la pratiquent. L'AME est le meilleur moyen de fournir des nutriments sûrs et sains pour la croissance et le développement des nouveau-nés (ONG Alive and Thrive, 2015).

Nous nous sommes également intéresser à la nature des informations dont disposent les mères allaitantes sur l'AME. Il ressort que ces informations portent surtout sur les avantages de l'AME pour le nourrisson. En effet, seulement 1% des mères allaitantes connaissait l'impact de l'AM sur l'involution utérine après l'accouchement et sa contribution à éviter les hémorragies du post partum. Ceux-ci permettent donc de réduire de manière significative les décès maternels. Aussi environ 2% des mères allaitantes étaient informées du fait que l'AME constitue en elle-même une méthode contraceptive naturelle. Bien que l'allaitement maternel ait pour but de nourrir l'enfant, il favorise l'établissement d'une relation affective entre la mère et le nourrisson. Cette information était connue par 17% de nos enquêtées. De plus, tous sont unanimes que ce type d'allaitement contribue au plus grand

bonheur du nourrisson durant les six premiers mois de sa vie. Vingt-six pour cent des mères affirmaient que le lait maternel était l'aliment le plus complet pour la croissance des enfants. Cet aliment les protège également contre les infections comme l'ont mentionné 30% des mères enquêtées. Environ 1% des mères trouvaient que le lait maternel est très facile à digérer pour les nourrissons.

Au-delà de tous ces aspects s'ajoute le poids de la tradition qui pèse encore sur toutes ces mères. Nous avons constaté que la majorité des mères avaient une volonté de mettre en pratique des conseils données par le personnel de santé, mais une fois en dehors de ces locaux, elles faisaient face à un environnement pas toujours favorable à la pratique de l'AME, où chacun va de ses coutumes et croyances. Dans la même lancée, Bengaly, en 2009 soulignait à IRIN que l'allaitement exclusif était une pratique « mal accueillie, inenvisageable et étrangère » au Burkina Faso. Partant de cette assertion, notre analyse portera maintenant sur la pratique alimentaire de nos nourrissons avant l'âge de six mois. Comme autres aliments associés au lait maternel, nous avons recensés, l'eau, les tisanes, eau+tisane, la bouillie, et le lait artificiel.

L'eau, la tisane ou l'association des deux, ont été introduites dans l'alimentation de tous les enfants de la naissance à l'âge de six mois. Les justificatifs donnés sont que : la chaleur et les graisses contenues dans le lait maternel donnent soif au nourrisson, ou pour certaines ethnies « on offre de l'eau aux visiteurs ; et puisque les nouveau-nés sont considérés comme des visiteurs venus d'un autre monde, l'eau est le premier liquide qu'on leur donne. Le premier instinct est de donner de l'eau au bébé, de peur qu'il ne quitte ce monde» (Bengaly, 2009). De deux à quatre mois l'utilisation de tisane et d'eau+ tisane est très considérable, pourtant un nourrisson ne pourrait supporter les extraits de plantes que les adultes tolèrent très bien. Les laits artificiels étaient présents dès un mois jusqu'à cinq mois. Leurs présence étaient plus criard à l'âge de un et trois mois du fait de la reprise du travail pour les fonctionnaires, et de la présence obligatoire des élèves et étudiantes aux cours. L'introduction précoce serait liée notamment au fait que certains enfants refusaient ce type de lait lorsqu'ils prenaient gout au lait maternel, ce qui viendrait confirmer une fois de plus la supériorité du lait maternel. Ces laits industriels étaient relativement absents à six mois alors que c'est l'âge indiqué pour leur introduction dans l'alimentation du jeune enfant, ils faisaient place aux bouillies qui occupaient une grande place, même si elles étaient déjà présentes à deux et cinq mois. Nous ne manquerons pas de signifier le danger que court un nourrisson de deux mois nourris en plus du lait maternel, avec de la bouillie en absence de sa mère. Cet aliment inadapté pour son organisme à cet âge diminue le nombre de tétée, entraîne un travail supplémentaire pour les jeunes reins du bébé (Tembo, 2009). Les différentes pratiques

alimentaires et l'activité des mères mettent en exergue l'enjeu d'une alimentation équilibré et surtout adapté à l'âge de l'enfant, d'où l'évaluation de l'état nutritionnel des nourrissons

La croissance est un phénomène continu et contrôlé par divers facteurs nutritionnels (malabsorption, apports) et socio-économiques. La phase de croissance rapide se situe de la naissance à l'âge de 4 ans (Bocquet *et al* 2005). Au regard des résultats, 87% des nourrissons présentaient un bon état nutritionnel, la malnutrition modérée était de 17%. Cette malnutrition était observée chez des nourrissons de 3 à 6 mois, confirmant ainsi les méfaits d'une diversification alimentaire précoce d'une part. D'autre part, ces cas reflètent une mauvaise pratique de l'allaitement exclusif. En effet, la position du bébé pendant la tétée joue un rôle crucial dans le succès de l'allaitement car s'il est mal positionné la prise du sein dévient difficile, l'arrivée du lait est insuffisante ce qui pourrait entrainer une insuffisance pondérale.

En somme l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson est un acte qui parait anodin pour la plupart des mères. Lorsqu'elle est mal menée elle a des conséquences néfastes sur le développement staturo-pondéral et psychomoteur de l'enfant. Les connaissances des mères sur l'allaitement maternel étant limitées, entraînent des attitudes négatives face à l'allaitement maternel exclusif d. Cependant pour allaiter correctement après l'accouchement elles auront besoin de bonnes informations, d'encouragement et de soutien.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

L'allaitement maternel est une pratique intime et culturelle que l'on doit replacer dans l'histoire de nos sociétés industrialisées. Ce geste d'amour, pratiqué de façon naturelle dans les sociétés africaines, demeure aujourd'hui une question de santé publique. La quasi-totalité de mères rencontrées au CSPS d' Accart-Ville allaitaient leurs nourrissons mais 38% seulement se vouaient à un allaitement maternel exclusif. Ce taux relativement faible serait lié à un manque de confiance des mères en la capacité du lait maternel à assurer une bonne croissance du bébé durant les six premiers mois, aussi le poids des traditions influence considérablement la pratique de l'AME. De plus, l'occupation des mères a constitué un obstacle majeur à la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Nous avons noté également des pratiques alimentaires inadaptées sur le plan de la qualité mais aussi de la quantité des éléments proposés aux jeunes enfants en fonction des âges.

L'allaitement est généralement pratiqué au Burkina Faso et durant une période assez longue, mais beaucoup reste à faire car chaque année, des milliers de vie d'enfants continuent d'être mis en danger en raison de mauvaises pratiques en matière d'allaitement maternel.

RECOMMANDATIONS

Les comportements qui contribuent à une bonne nutrition, une bonne santé, et un bien être de l'enfant varient d'une culture et d'une société à l'autre. Cependant on peut émettre l'hypothèse que presque toutes les sociétés tiennent à leurs enfants et souhaitent les voir devenir des adultes en bonne santé, intelligents et productifs, pour ce faire nous suggérons :

- ❖ D'uniformiser les informations données aux mères par le personnel de santé ;
- ❖ D'encourager la constitution d'association de soutien à l'allaitement maternel et y orienter les mères dès leur sortie de la maternité ;
- ❖ De mettre en place dans les structures de santé un comité chargé de l'allaitement ou de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- ❖ De promouvoir des politiques et des pratiques à l'appui de l'allaitement sur le lieu de travail ;
- ❖ D'aménager des espaces pour les bébés dans les services et établissement.
- ❖ De formuler des requêtes claires et précises pour permettre aux autres ministères (par ex. agriculture, eau, éducation), aux ONG, à la société civile, aux partenaires techniques et financier d'adopter, dans leurs propres programmes, des approches soucieuses de la nutrition des enfants.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

Alive et Thrive, (2015). *Création d'une culture d'allaitement maternel optimal: un investissement dans le développement sanitaire, social et économique du Burkina Faso*, 4 p.

Bayala G, *des espaces pour allaiter au service*, 2016, Les éditions Sidwaya.

Bocquet A et al (2005) *Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*. Programme National Nutrition Santé. 72 p.

Bouanene I. et al, (2010). Connaissances et pratiques des femmes de la région de Monastir (Tunisie) concernant l'allaitement maternel, *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, Volume 16, Numéro 8, p 879-885.

Costa-Prades B al, (2009). « *Le guide de l'allaitement maternel* » Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 68 p.

Gamgne Kamga B., (2009). *Etude des connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement maternel à l'hôpital provincial et à la PMI de Bafoussam, Cameroun*, thèse de doctorat en médecine, Institut supérieur des sciences et de la santé de Bangangté, 58 p.

Gérard L., (2011). *L'allaitement maternel : un défi personnel ou de société ?*, Les analyses de l'Action Chrétienne Rurale des Femmes, 7 p.

Harder T, et al. (2011). « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial: A randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, p 413 420.

Institut National de la Statistique et de la Démographie, « *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010*, » Calverton, Maryland, 2012, 52 p.

IRIN, *L'allaitement, pas toujours vu comme la meilleure solution*, 2009.

Latham M C., (2001). *La nutrition dans les pays en développement : l'allaitement maternel*, 19 p.

Le Fournier-Chancerelle A., (2009). *L'allaitement maternel : niveau de connaissances des mères et place du pharmacien d'officine dans sa poursuite en sortie de maternité*, Université de Nantes, faculté de pharmacie, 132 p.

Mariko O, (2009). *Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif dans le quartier de Sogoniko en commune VI du district de Bamako*, Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, 119 p.

Masson D et al, (2013), *guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant et l'adolescent*. Sidaction, 302 p.

Ministère de la Santé, "Rapport Enquête Nutritionnelle Nationale," 2013.

Nana H, *Burkina Faso: Semaine mondiale de l'allaitement maternel : L'allaitement à l'ère de l'information*, 2001, Les éditions Sidwaya.

OMS, 2001, « *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant* ». 54e Assemblée mondiale de la Santé, (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/fa54r2.pdf).

Rotten D. (1991), *Physiologie de la grossesse*. 2ème édition. Paris : Masson.

Sokol E. et al, (2007), *Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre. 25è Années d'Application du Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel*. UNICEF, 44 p.

Tembo V., (2009). *Connaissances des mères sur l'allaitement maternel exclusif*. Université des Sciences et Technique de Norvège, 44 p.

Tetchi E. et al, (2008), *description des connaissances et attitudes des femmes enceintes face l'allaitement maternel : à propos d'une enquête réalisée à la maternité du centre social urbain communautaire d'anono (Abidjan, côte d'ivoire)*, EDUCI, p 7-24.

UNICEF, *l'allaitement exclusif: une nécessité absolue*, 2015.

ANNEXE

Tableau III : Répartition des mères par catégorie socioprofessionnelle

Catégories	Effectif	Pourcentage(%)
Ménagères	41	41
Profession libérales	24	24
Elèves/Étudiantes	23	23
Fonctionnaires	12	12

Tableau IV : Répartition des mères selon qu'elles aient déjà entendu parlés d'AME

Variables	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	73	73
Non	27	27

Tableau V: Répartition des mères selon le type d'allaitement pratiqué

Types d'allaitements	Fréquence	Pourcentage (%)
Allaitement maternel exclusif	38	38
Allaitement mixte	59	59

Tableau VI : Répartition des connaissances des mères selon leurs connaissances sur l'AME

Les avantages de l'AME	Fréquence	Pourcentage(%)
Favorise l'évolution de l'utérus après l'accouchement	01	01
Elle constitue la méthode contraceptive naturelle	02	02
Contient des anticorps	00	00
Facile à digérer	01	01
Protéger l'enfant contre les infections	30	30
Favorise la relation affective	17	17
Meilleurs aliment complet pour l'enfant	26	26
Aucunes idées	23	23

Tableau VII : les pratiques alimentaires

Éléments associés à l'allaitement	Mois						
	0	01	02	03	04	05	06
Eau	01	02	01	03	05	04	02
Tisane	01	02	04	06	03	01	02
Eau + tisane	01	00	05	04	07	01	03
Bouillie	00	01	00	00	00	01	05
Lait artificiel	03	02	04	01	02	00	00

Tableau VIII : Suivi de l'état nutritionnel

Enfants	Premier mois (admission)			Deuxième mois			Troisième mois		
	Age 1 (mois)	Poids 1 (Kg)	Taille 1 (Cm)	Age2 (mois)	Poids 2 (Kg)	Taille 2 (Cm)	Age 3 (mois)	Poids 3 (Kg)	Taille 3 (Cm)
E1	4	8,2	63	5	9	65	6	9,4	68
E2	2	5,2	51	3	6,320	60	4	7,2	63
E3	3	6,3	62	4	7	62	5	7,2	67
E4	2	5	52	4	6,5	57	5	6,8	58
E5	3	6,4	61	4	6,7	63	5	7,3	66
E6	2	5,3	60	3	6,1	63	4	6,3	65
E7	4	6,2	58	5	6,7	63	6	7,2	63
E8	4	8,4	66	5	8,9	68	6	9	77
E9	1	3,750	50	2	5,2	56	3	5,5	61
E10	2	5,3	57	3	6,2	61	4	6,2	66
E11	1	3,6	51	2	6,6	59	3	7,6	64
E12	2	6,4	59	3	7,5	64	4	8,3	67
E13	2	4,4	55	3	5	58	4	5,4	61
E14	2	6	60	3	6,7	64	4	7	70
E15	3	6,2	60	5	8	67	6	8,6	72
E16	2	4,5	56	3	5,4	59	4	5,6	64
E17	3	5,9	59	4	6,4	61	5	6,7	65
E18	2	6	58	3	7,1	60	4	7,1	62
E19	2	4,9	56	3	6,3	60	4	7,5	63
E20	3	5	60	4	6,3	61	5	6,9	62
E21	4	8,7	65	5	9	66	6	9,5	69
E22	4	9,7	63	5	10,5	69	6	11,5	70
E23	4	6	61	5	6,8	65	6	7	65
E24	2	5,6	55	3	6,5	60	4	6,9	65
E25	3	6,2	61	4	6,8	63	5	7,3	67
E26	3	6	62	4	6,4	64	6	6,5	68
E27	2	4,4	55	3	5,3	60	4	6	64
E28	2	4,2	56	3	5,4	61	4	6	64
E29	2	6	56	3	6	61	4	8,1	68
E30	3	8	64	4	8,4	65	5	8,8	66