

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI**

**Un Peuple - Un But - Une Foi**

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO**

**FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE**



Année universitaire 2022-2023

N°/...../

**TITRE DU MEMOIRE**

**EVALUATION DU NIVEAU DE CONNAISSANCES ET DES  
PRATIQUES DES MERES VIS-A-VIS DE L'ALLAITEMENT  
MATERNEL EXCLUSIF DANS L'AIRE DE SANTE DE KONOBOUGOU**

Présenté et soutenu le 08 / 02/ 2024 à heures

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : Dr DOUMBIA ADAMA MANSA

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine de Famille/Médecine  
Communautaire

**JURY**

**Président : Pr Abdoul Aziz DIAKITE**

**Membres : Dr SIDIBE Drissa Mansa ;**

**Dr Al-housseymou SISSOKO dit Guimba N2**

**Codirecteur : Dr Mamadou Bayo COULIBALY**

**Directrice : Pr Fatoumata DICKO**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ASACO : Associations de Santé Communautaire

CCSC : Communication pour le Changement Social de Comportement

CFU : Comité des Femmes Utilisatrices de service

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CSCCom-U : Centre de santé Communautaire Universitaire

DES MF/MC : Diplômes d'Etudes Spécialisées de Médecine de Famille/Médecine  
Communautaire

DV : Dépôt de vente

EDS IV : Enquête démographique de santé 4<sup>ème</sup> Edition

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

## Table des matières

Introduction .....	1
1. Hypothèse de recherche .....	2
2. Objectifs .....	2
2.1. Général.....	2
2.2. Spécifiques.....	2
3. Méthodologie .....	3
3.1. Lieu d'étude .....	3
3.2. Type et période d'étude .....	4
3.3. Population d'étude .....	4
3.3.1. Critères d'inclusion : .....	4
3.3.2. Critères de non inclusion : .....	4
3.4. Méthode d'échantillonnage .....	5
3.5. Technique et collecte des données.....	5
3.6. Considérations éthiques .....	5
4. Résultats .....	6
4.1. Caractéristiques sociodémographiques des participantes .....	6
4.2. Connaissance de l'allaitement maternel .....	8
4.3. Pratique de l'allaitement maternel par les participantes .....	9
4.4. Facteurs liées au non pratique de l'allaitement maternel exclusif.....	10
5. Commentaires et discussion.....	15
5.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	15
5.2. Connaissances de l'allaitement maternel.....	16
5.3. Pratique de l'allaitement maternel exclusif .....	16
Conclusion.....	18
Recommandation.....	18
Références .....	19

## Liste des tableaux :

<b>Tableau I</b> : Répartition des femmes selon la distance de leurs villages au CSCCom-U .....	6
<b>Tableau II</b> : Répartition des femmes selon la tranche d'âge .....	6
<b>Tableau III</b> : Répartition des femmes selon le statut matrimonial .....	6
<b>Tableau IV</b> : Répartition des femmes selon leurs professions.....	7
<b>Tableau V</b> : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction .....	7
<b>Tableau VI</b> : Répartition des femmes selon la religion .....	7
<b>Tableau VII</b> : Répartition des femmes selon un niveau de connaissances de l'allaitement maternel.....	8
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des femmes selon un niveau de connaissances des avantages de l'allaitement maternel.....	8
<b>Tableau IX</b> : Répartition des femmes selon un niveau de connaissances de la durée de l'allaitement maternel exclusif.....	8
<b>Tableau X</b> : Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'allaitement maternel exclusif .....	9
<b>Tableau XI</b> : Répartition des femmes selon la première tétée du nouveau-né .....	9
<b>Tableau XII</b> : Répartition des femmes selon la fréquence journalière des tétées.....	9
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des femmes selon l'utilisation du colostrum .....	9
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des femmes selon l'allaitement maternel exclusif.....	10
<b>Tableau XV</b> : Répartition des femmes selon les types de l'aliment donné du nouveau-né et au nourrisson.....	10
<b>Tableau XVI</b> : Répartition des femmes selon les facteurs qui empêchent la bonne pratique de l'allaitement maternel exclusif.....	10
<b>Tableau XVII</b> : Répartition des femmes selon la tranche d'âge par rapport aux facteurs.....	11
<b>Tableau XVIII</b> : Répartition des femmes selon leurs professions par rapport aux facteurs...	11
<b>Tableau XIX</b> : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction par rapport aux facteurs .....	12
<b>Tableau XX</b> : Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'allaitement maternel exclusif par rapport aux facteurs.....	12
<b>Tableau XXI</b> : Répartition des femmes selon leurs professions par rapport à la fréquence des tétées.....	13
<b>Tableau XXII</b> : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction par rapport à un niveau de connaissances de la durée de l'allaitement maternel exclusif .....	13

**Tableau XXIII** : Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'allaitement maternel exclusif par rapport à la fréquence des tétées..... 14

## **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

Nous dédions ce travail....

**A nos parents** qui nous ont toujours encouragés et soutenus dans les épreuves les plus difficiles. Ce travail est donc l'aboutissement de vos efforts. Aucun mot ici ne pourrait exprimer suffisamment mon amour et ma reconnaissance éternelle.

Nos remerciements **aux ami(es), collègues** pour leur contribution à notre réussite universitaire.

Tous nos respects et reconnaissances envers nos **maîtres** pour l'enseignement offert.

**A tout le personnel du CSCom U de Konobougou**

J'ai beaucoup apprécié l'ouverture d'esprit, la compétence et la disponibilité dont vous faites preuve envers tous les résidents. Que Dieu vous récompense de vos bienfaits.

**A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral matériel et financier pour la réalisation de ce travail et que nous n'avons pu citer**

Merci de tout cœur.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury**

**Professeur Abdoul Aziz Diakité**

- ✓ **Maitre de conférence agrégé à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- ✓ **Spécialiste en hématologie pédiatrique ;**
- ✓ **Diplômé en surveillance épidémiologique des maladies infectieuses et tropicales ;**
- ✓ **Chef de service de la pédiatrie générale du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré ;**
- ✓ **Responsable de l'unité de prise en charge de la drépanocytose à la pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré ;**
- ✓ **Membre de l'association malienne de pédiatrie ;**

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur et un estimable plaisir en acceptant de présider le jury de ce travail.

Votre abord facile, votre gentillesse et surtout votre esprit de collaboration nous ont beaucoup marquées. Veuillez accepter cher maitre, l'expression de notre profond respect.

## **A notre Maître et membre du jury**

**Docteur SIDIBE Drissa Mansa**

- ✓ **Spécialiste en MF/MC ;**
- ✓ **Enseignant-chercheur à la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie**
- ✓ **Chargé d’encadrement clinique des MF/FC ;**
- ✓ **Diplômé en pédagogie ;**

**Cher Maître,**

Nous avons admiré votre disponibilité constante, votre rigueur scientifique, vos qualités sociales, votre sens du partage, votre esprit d’organisation et surtout votre modestie font de vous un exemple à suivre.

Soyez assuré de notre estime et notre profond respect.



**A notre Maître et membre du jury**

**Dr Al-housseymou dit SISSOKO Guimba N2**

- ✓ **Spécialiste en MF/MC ;**
- ✓ **Chargé d'encadrement clinique des MF/FC ;**

**Cher Maître,**

Votre rigueur scientifique, votre esprit méthodique, votre amour pour le travail bien fait, et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude.

**A notre Maître et co-directeur de mémoire**

**Docteur Mamadou Bayo COULIBALY**

- ✓ **Spécialiste en MF/MC ;**
- ✓ **Chargé d'encadrement clinique des MF/FC ;**
- ✓ **Directeur Technique du Centre de santé communautaire universitaire de Konobougou ;**
- ✓ **Certificat en Pédagogie des Sciences de la Santé de l'université de Sherbrooke ;**

**Cher Maître,**

Vous êtes l'investigateur du présent travail, votre présence et votre assistance scientifique durant sa réalisation forcent l'admiration.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre disponibilité et surtout votre polyvalence intellectuelle nous ont lourdement séduit tout au long de ce travail.

Qu'Allah puisse vous donner longévité et santé.

## **A notre Maître et directrice de mémoire**

### **Professeur Fatoumata Dicko**

- ✓ **Professeur Titulaire de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;**
- ✓ **Coordinatrice du DES de FM/MC ;**
- ✓ **Secrétaire générale de l'association malienne de pédiatrie ;**
- ✓ **Secrétaire générale des Pédiatries d'Afrique Noire Francophone ;**
- ✓ **Membres du collèges Ouest Africains des Médecins ;**

### **Chère Maître,**

Nous avons été fascinées par votre sens de la perfection, du travail bien fait et vos larges connaissances médicales. Vos qualités humaines et votre disponibilité ont suscité notre admiration. Veuillez accepter, Chère Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Puisse le bon Dieu vous accorder santé, longévité et bonheur afin que nous puissions bénéficier de votre expérience.

## **Introduction**

L'allaitement maternel exclusif consiste à donner uniquement le lait maternel à l'enfant dès la naissance jusqu'à six mois, sans eau, liquide sucré, jus de fruit, thé, tisane ou autres aliments sauf sur indications médicales [1].

L'allaitement est dit optimal lorsqu'il se poursuit jusqu'à l'âge de 2 ans avec introduction de l'alimentation de complément à 6 mois (diversification) [2, 3].

Les deux premières années de vie d'un enfant sont particulièrement importantes car une nutrition optimale pendant cette période aura pour effet de réduire le taux de morbidité et de mortalité, ainsi que le risque de maladies chroniques, et de contribuer à un meilleur développement général [4].

L'OMS estime que 1,5 millions de décès d'enfant dans le monde seraient évités grâce à un l'allaitement maternel effectif. L'allaitement optimal est tellement déterminant qu'il pourrait sauver chaque année la vie de 820 000 enfants de moins de cinq ans [4].

Les institutions nationales et internationales de santé publique érigent donc des biopolitiques quand elles affirment, comme l'OMS, que « l'allaitement est le moyen idéal d'apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé [5]. Le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, constitue ainsi que le préconise l'OMS, l'aliment parfait pour le nouveau-né qui doit commencer à s'alimenter dès la première heure qui suit la naissance [5]. L'allaitement maternel présente de nombreux avantages pour la santé de l'enfant et celle de sa mère. C'est la façon optimale de nourrir les nouveau-nés. En effet, l'allaitement maternel favorise la croissance physique et affective de l'enfant, privilégie le lien mère-enfant, renforce l'immunité de l'enfant et réduit les coûts liés à l'achat de lait artificiel et au recours aux soins [6,7, 8,9].

L'allaitement exclusif au sein diminue la mortalité infantile imputable aux maladies courantes de l'enfance, comme les diarrhées ou les pneumonies, et il accélère la guérison en cas de maladie [6]. Il contribue à la santé et au bien-être des mères, aide à espacer les naissances, réduit le risque de cancer ovarien ou mammaire, augmente les ressources de la famille et du pays. C'est un moyen sûr et écologique d'alimenter l'enfant. Le lait maternel est donc sain, stérile, toujours à bonne température ; en plus de sa composition parfaite pour la santé, dont les effets se mesurent jusqu'à l'âge adulte, allaiter contribue également à consolider les liens mère-enfant [5].

Dans le monde, de 2007 à 2014, on a constaté qu'en moyenne, seuls 36% environ des nourrissons de 0 à 6 mois sont exclusivement nourris au sein et 31% en Afrique subsaharienne

[6]. En Afrique de l'ouest et du centre, seulement 22 % des jeunes enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein [5]. Selon EDS IV au Mali, 100% des femmes qui accouchent, pratiquent l'allaitement maternel, mais seulement 38% des enfants de moins de six mois sont exclusivement allaités [10].

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique majeur et ces bénéfices multiples sont largement reconnus. Les objectifs de l'OMS en matière d'allaitement ne sont pas atteints au Mali. L'allaitement maternel exclusif a toujours été et reste de nos jours une priorité pour la santé des nouveau-nés et des nourrissons dans le monde, en Afrique et particulièrement au Mali. Cette méthode consiste à donner uniquement le lait maternel à l'enfant dès la naissance jusqu'à six mois, sans eau, liquide sucré, jus de fruit, thé, tisane ou autres aliments sauf sur indications médicales.

Malgré la sensibilisation auprès de la communauté sur l'allaitement maternel exclusif pour l'amélioration de la nutrition il reste un véritable problème dont les raisons sont multiples. C'est dans ce cadre que nous avons entrepris d'évaluer un niveau de connaissances et des pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Konobougou.

Cependant ce type d'étude est très rare au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire au Mali et particulièrement sur la première ligne ce qui nous amène à réaliser ce travail

### **1. Hypothèse de recherche**

La connaissance des mères sur l'allaitement maternel exclusif augmente sa pratique exclusive au profit du nouveau-né ou du nourrisson jusqu'à 6 mois.

### **2. Objectifs**

#### **2.1. Général**

Evaluer un niveau de connaissances et des pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Konobougou.

#### **2.2. Spécifiques**

- ✓ Décrire les caractéristiques socio démographiques des enquêtées ;
- ✓ Déterminer la fréquence de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants dans l'aire de santé de Konobougou ;
- ✓ Apprécier la connaissance des mères sur l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Konobougou ;

- ✓ Apprécier les pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif ;
- ✓ Identifier les facteurs qui empêchent la bonne pratique de l'allaitement maternel exclusif.

### **3. Méthodologie**

#### **3.1. Lieu d'étude**

Cette étude a été réalisée dans l'aire de santé de Konobougou (région de Ségou). Le CSCom universitaire de Konobougou fait partie des centaines de centres de santé créés après les indépendances afin de répondre aux besoins de santé de la population. Après plusieurs réformes en passant par les centres de santé d'arrondissement, les centres de santé d'arrondissement revitalisés, les centres de santé communautaire ont été créés pour répondre à l'une des dernières réformes politiques dans le domaine de la santé en Afrique : l'initiative de Bamako [11].

Ces centres de santé communautaires sont mis en place par les associations de santé communautaire pilotés par elles-mêmes et appuyés par l'état et les collectivités, donc la prise en charge des questions de santé de la population par elle-même.

L'aire de santé de Konobougou est située sur la route nationale 6 (RN 6) reliant Bamako-Ségou. Elle est distante de Bamako de 160 Km, 80 Km de Ségou et de 20 Km de Barouéli qui est son chef-lieu de cercle. Elle compte 28953 habitants pour 21 villages en 2023.

Elle est limitée

- Au Nord par l'aire de santé de Barouéli central,
- Au Sud par l'aire de santé de Wondo,
- Au Sud-est par la commune de Kodougouni
- À l'Ouest par l'aire santé de Bananido,
- À l'Est par l'aire de santé de Tigui,
- Au Nord-Ouest par l'aire de Kalaké.

#### **➤ Personnel :**

- Un médecin directeur technique payé par l'état ;
- Une sage-femme payée par l'ASACO ;
- Un technicien supérieur de santé payé par l'état ;
- Un biologiste payé les collectivités ;
- Cinq matrones (4 payées par la mairie et 1 par l'ASACO) ;
- Une gérante DV payée par l'ASACO ;

- Deux gardiens payés par l'ASACO ;
- Un chauffeur payé par la mairie.

➤ **Les infrastructures :**

Elles comprennent quatre (4) blocs :

-Un bloc administratif avec deux bureaux de consultation des Médecins, une salle de réunion, deux salles de supervisions, le bureau du président de l'ASACO et des toilettes.

-Un bloc de maternité composé de la salle d'accouchement, un bureau des sages-femmes et pour la CPN, une salle PTME, des salles de suite de couche, une salle de garde et deux blocs de toilettes.

-Un bloc de dispensaire composé de : un laboratoire, une salle pour petite chirurgie, une salle de soins et trois salles d'observation (homme et femme), une chaîne de froid.

- Un bloc de dépôt de vente composé de : une salle de garde pour infirmier, un magasin et le dépôt de vente. Une salle pour la récupération nutritionnelle.

-Par ailleurs il existe : un bloc pour logement des résidents du DES de MF/MC, un deuxième magasin et des latrines.

➤ **Matériels :**

Il existe un incinérateur, dispositif de chauffage d'eau.

Comme matériel roulant, le Cscm-U dispose d'une ambulance voiture pour les évacuations vers le niveau supérieur, une ambulance tricycle pour les évacuations du village vers le Cscm-U et deux motos pour la stratégie avancée.

### **3.2. Type et période d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive dont le recueil des données s'est déroulé sur quatre mois allant du 1<sup>er</sup> Mars au 30 Juin 2023.

### **3.3. Population d'étude**

#### **3.3.1. Critères d'inclusion :**

- Mères allaitantes.
- Mères résidentes dans l'aire de santé de Konobougou.

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

- Mères non consentantes à l'étude.
- Mères non-résidentes dans l'aire de santé de Konobougou.

### 3.4. Méthode d'échantillonnage

La taille de l'échantillon pour la zone d'étude était déterminée par la formule de Daniel Schwartz :

$$N = \frac{z^2 * p * q}{i^2}$$

N = Taille d'échantillon minimale.

z = paramètre lié au risque d'erreur (1,96)

p = Prévalence des femmes allaitantes (0.05)

q = prévalence des autres pathologies (q =1- p)

i = Précision absolue souhaitée exprimé en fonction (0,03)

La population cible des mères allaitantes était donc de 203.

### 3.5. Technique et collecte des données

✓ **Matériel :**

La fiche d'enquête a servi pour la collecte des données. Elle a été soumise aux mères lors de l'enquête.

✓ **Collecte des données :**

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire individuel.

✓ **Analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur SPSS à partir de la fiche d'enquête individuelle.

### 3.6. Considérations éthiques

Il s'agissait d'une étude permettant d'évaluer un niveau de connaissances et des pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Konobougou.

Un consentement individuel verbal a été obtenu de chaque sujet à l'étude. L'étude ne comportait aucun risque chez les sujets. Les noms et prénoms des sujets n'étaient pas utilisés. Seul un numéro d'identification codé a servi à identifier le sujet. Les données ont été gardées de façon confidentielle.



## 4. Résultats

### 4.1. Caractéristiques sociodémographiques des participantes

**Tableau I** : Répartition des femmes selon la distance de leurs villages au CSCoM-U

Distance des villages au CSCoM-U	Fréquence	Pourcentage
Village dans un rayon de 5 Km	117	57,64
Villages situés entre 5 et 15 Km	79	38,91
Villages plus de 15 Km	7	3,45
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Les femmes enquêtées venaient dans un rayon de 5 km dans 57,64% des cas.

**Tableau II** : Répartition des femmes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
16-20 ans	57	28,1
21-30 ans	106	52,2
31-40 ans	35	17,2
41 ans et plus	5	2,5
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge 21-30 ans était la plus représentée avec 52,2% des cas.

La moyenne d'âge était de 25,84 avec un écart  $\pm$  6,50 et des extrêmes de 16 et 43 ans.

**Tableau III** : Répartition des femmes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	203	100
Veuve	0	0
Divorcée	0	0
Célibataire	0	0
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Toutes les femmes étaient mariées soit 100%.

**Tableau IIV** : Répartition des femmes selon leurs professions

<b>Profession des femmes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Femmes au foyer	182	89,7
Commerçante	20	9,8
Artisane	1	0,5
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Les femmes au foyer dominaient avec 89,7% des cas.

**Tableau V** : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

<b>Niveau d'instruction des femmes</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Non scolarisée	92	45,3
Primaire	56	27,6
Secondaire	46	22,7
Supérieur	9	4,4
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées soit 45,3% des cas.

**Tableau VI** : Répartition des femmes selon la religion

<b>Religion</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Musulmane	203	100
Chrétienne	0	0
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 100% des femmes étaient musulmanes.

#### 4.2. Connaissance de l'allaitement maternel

**Tableau VII :** Répartition des femmes selon un niveau de connaissances de l'allaitement maternel

Connaissance de l'allaitement maternel	Fréquence	Pourcentage
Sais	195	96,1
Ne sais pas	8	3,9
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

La majorité des femmes enquêtées connaissaient l'allaitement maternel soit 96,1% des cas.

**Tableau VIII :** Répartition des femmes selon un niveau de connaissances des avantages de l'allaitement maternel

Avantages de l'allaitement	Fréquence	Pourcentage
Sais	179	88,2
Ne sais pas	24	11,8
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

La majorité des femmes enquêtées connaissaient les avantages de l'allaitement maternel soit 88,2% des cas.

**Tableau IX :** Répartition des femmes selon un niveau de connaissances de la durée de l'allaitement maternel exclusif

Durée de l'allaitement maternel exclusif	Fréquence	Pourcentage
Sais	148	72,9
Ne sais pas	55	27,1
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 72,9% des femmes enquêtées connaissaient la durée de l'allaitement maternel exclusif.

**Tableau X :** Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'allaitement maternel exclusif

Information reçue	Fréquence	Pourcentage
Informé	129	63,5
Non informé	74	36,5
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Parmi les femmes enquêtées, 63,5% étaient sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif.

#### 4.3. Pratique de l'allaitement maternel par les participantes

**Tableau V :** Répartition des femmes selon la première tétée du nouveau-né

Première tétée du nouveau-né	Fréquence	Pourcentage
Juste après accouchement	82	40,4
Entre 1 H et 8 H	100	49,3
Plus 8H	21	10,3
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100,0</b>

Parmi les femmes enquêtées, 49,3% donnaient la première tétée au nouveau-né entre 1heure et 8heures après accouchement.

**Tableau VI :** Répartition des femmes selon la fréquence journalière des tétées.

Fréquence journalière des tétées	Fréquence	Pourcentage
Plusieurs fois (Plus 2 fois)	174	85,7
A la demande	29	14,3
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

La majorité des femmes enquêtées faisaient les tétées plusieurs fois avec 85,7% des cas.

**Tableau XIII :** Répartition des femmes selon l'utilisation du colostrum

Utilisation du colostrum	Fréquence	Pourcentage
Donne au nouveau-né	203	100,0
Jette	0	0
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 100% des femmes enquêtées avaient donné du colostrum au nouveau-né.

**Tableau VII :** Répartition des femmes selon l'allaitement maternel exclusif

Allaitement maternel exclusif	Fréquence	Pourcentage
Non fait	163	80,3
Fait	40	19,7
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

Seulement 19,7% des femmes enquêtées faisaient l'allaitement maternel exclusif.

**Tableau XV :** Répartition des femmes selon les types de l'aliment donné du nouveau-né et au nourrisson.

Types de l'aliment	Fréquence	Pourcentage
Tisane	92	45,32
Eau	75	36,94
Eau tiède	37	18,23
Lait artificiel	21	10,34
Jus de citron	16	7,88
Lait animal	13	6,40
Bouillie	2	1
Vita bleu	2	1

La tisane était le type d'aliment le plus donné du nouveau-né et au nourrisson, soit 45,32% des cas.

#### 4.4. Facteurs liées au non pratique de l'allaitement maternel exclusif

**Tableau VIII :** Répartition des femmes selon les facteurs qui empêchent la bonne pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Facteurs	Fréquence	Pourcentage
Pas assez de lait aux seins	158	96,93
Lait de mauvaise qualité	3	1,84
Mère malade	2	1,23
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Les facteurs qui empêchaient l'allaitement maternel exclusif étaient le fait qu'il n'y avait pas assez de lait aux seins selon les femmes avec 96,93% des cas.

**Tableau IX** : Répartition des femmes selon la tranche d'âge par rapport aux facteurs

Tranche d'âge	Facteurs						Total
	Pas assez de lait au sein		Lait de mauvaise qualité		Mère malade		
	N	%	N	%	n	%	
16-20 ans	43	26,38	2	1,22	0	0	45
21-30 ans	83	50,92	1	0,61	2	1,22	86
31-40 ans	30	18,40	0	0	0	0	30
41ans et plus	2	1,22	0	0	0	0	2
Total	158	96,93	3	1,84	2	1,22	163

p=0,335

Les femmes de 41 et plus avaient peu de facteurs par rapport aux autres tranches d'âges.

**Tableau XVIII** : Répartition des femmes selon leurs professions par rapport aux facteurs

Profession	Facteurs						Total
	Pas assez de lait au sein		Lait de mauvaise qualité		Mère malade		
	n	%	N	%	N	%	
Commerçante	14	8,59	0	0	1	0,61	15
Artisane	1	0,61	0	0	0	0	1
Femmes au foyer	143	87,73	3	1,84	1	0,61	147
Total	158	96,93	3	1,84	2	1,22	163

p=0,581

Les mères utilisaient plus le prétexte de manque de lait au sein pour donner autres choses du nouveau-né et au nourrisson.

**Tableau X** : Répartition des femmes selon le niveau d’instruction par rapport aux facteurs

Niveau d’instruction	Facteurs						Total n
	Pas assez de lait au sein		Lait de mauvaise qualité		Mère malade		
	N	%	N	%	N	%	
Non scolarisé	74	45,40	0	0	0	0	74
Primaire	45	27,61	1	0,61	1	0,61	47
Secondaire	35	21,47	0	0	1	0,61	36
Supérieur	4	2,45	2	1,22	0	0	6
Total	158	96,93	3	1,84	2	1,22	163

p=0,000

Les mères utilisaient plus le prétexte de manque de lait au sein pour donner autres choses du nouveau-né et au nourrisson surtout si elles étaient moins instruites.

**Tableau XX** : Répartition des femmes selon l’information reçue sur l’allaitement maternel exclusif par rapport aux facteurs.

Information reçue sur l’allaitement maternel exclusif	Facteurs						Total n
	Pas assez de lait au sein		Lait de mauvaise qualité		Mère malade		
	N	%	N	%	n	%	
Informé	88	53,98	1	0,61	1	0,61	90
Non informé	70	42,94	2	1,22	1	0,61	73
Total	158	96,93	3	1,84	2	1,22	163

p=0,000

Les femmes ayant reçues des informations sur l’allaitement maternel exclusif avaient plus de tendance à faire l’allaitement maternel exclusif.

**Tableau XI :** Répartition des femmes selon leurs professions par rapport à la fréquence des tétées

Profession	Fréquence des tétées				Total
	Plusieurs fois		A la demande		
	N	%	n	%	
Commerçante	13	6,40	7	3,45	20
Artisane	1	0,49	0	0	1
Femmes au foyer	160	78,81	22	10,84	182
Total	174	85,71	29	14,28	203

p=0,019

Les commerçantes faisaient plus l'allaitement maternel à la demande que les femmes au foyer et les artisanes.

**Tableau XII :** Répartition des femmes selon le niveau d'instruction par rapport à un niveau de connaissances de la durée de l'allaitement maternel exclusif

Niveau d'instruction	Connaissance de la durée de l'allaitement maternel exclusif				Total
	Sais		Ne sais pas		
	N	%	n	%	
Non scolarisé	58	25,57	34	16,75	92
Primaire	43	21,18	13	6,40	56
Secondaire	39	19,21	7	3,45	46
Supérieur	8	3,94	1	0,49	9
Total	148	72,91	55	27,09	203

p=0,024

Les femmes non scolarisées et celles de niveau primaire connaissaient moins la durée de l'allaitement maternel exclusif par rapport aux autres.



**Tableau XXIII** : Répartition des femmes selon l'information reçue sur l'allaitement maternel exclusif par rapport à la fréquence des tétées

Information reçue sur l'allaitement maternel exclusif	Fréquence des tétées				Total N
	Plusieurs fois		A la demande		
	N	%	n	%	
Informer	117	57,64	12	5,91	129
Non informé	57	28,08	17	8,37	74
Total	174	85,71	29	14,29	203

**p=0,008**

Les femmes qui n'ont pas été sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif faisaient plus l'allaitement à la demande que celles ayant reçu d'information.

## **5. Commentaires et discussion**

### **5.1. Caractéristiques sociodémographiques**

Notre étude transversale et descriptive dont le recueil des données s'est déroulé dans l'aire de santé de Konobougou, a été effectuée de mars à juin 2023. Elle concernait les femmes allaitantes qui avaient des enfants de 0 à 6 mois. Notre échantillon portait sur 203 femmes concernant les 21 villages de l'aire de santé.

Les femmes enquêtées venaient dans un rayon de 5 km dans 57,64% des cas. Cela serait dû au fait que les villages dont les habitants sont nombreux se trouvent dans ce rayon.

La tranche d'âge 21-30 ans était la plus représentée avec 52,2% des cas. La moyenne d'âge était de 25,84 avec un écart  $\pm$  6,50 et des extrêmes de 16 et 43 ans. Cela s'expliquerait par le fait que ces femmes seraient certainement sexuellement plus actives que les autres tranches d'âge. Notre résultat était similaire à celui de Sidibé A K et al qui avaient trouvé 54,3% des mères pour la tranche d'âge compris entre 20-29 ans avec l'âge minimal de 15 ans et l'âge maximal de 49 ans dans leurs travaux réalisés à Bamako en 2012 en commune VI [1]. Tandis que Diawara D Y avait trouvé 56,8% pour la tranche d'âge de 15-25 ans à Fana au Mali du 10 décembre 2014 au 10 février 2015 [12].

Toutes les femmes étaient mariées. Dans l'étude de Diawara D Y, 96,2% des femmes étaient mariées [12].

Les femmes au foyer dominaient avec 89,7% des cas. Cela serait dû à leur prédominance en milieu rural. La même prédominance des femmes au foyer a été trouvée par Sidibé A K et al, Diawara D Y et Cissouma A et al avec respectivement 54,8%, 92,2% et 60% [1, 12, 13].

Les femmes non scolarisées étaient les plus représentées soit 45,3% des cas. Cela pourrait s'expliquer qu'en milieu rural, on n'accorde pas beaucoup d'importance à la scolarisation des jeunes filles. Notre résultat était inférieur à celui de Diawara D Y qui avait trouvé 65,3% dans son étude pour les femmes non scolarisées [12]. Trois pour cent des femmes enquêtées étaient analphabètes, 27 % avaient un niveau de scolarisation primaire, 30 % avaient un niveau secondaire et 40 % un niveau supérieur selon Ben Slama F dans son étude effectuée au Maroc [14].

Dans notre étude, 100% des femmes étaient musulmanes. Ce qui expliquerait que l'islam est la religion dominante dans l'aire de santé de Konobougou.

## **5.2. Connaissance de l'allaitement maternel**

La majorité des femmes enquêtées connaissaient l'allaitement maternel soit 96,1% des cas. Nous expliquerons ceci par le fait que les femmes avaient reçu de l'information au cours des séances de vaccination, de CPN, de CPON ou par les relais communautaires. Alors que les connaissances sur l'allaitement étaient insuffisantes dans 76,4 % des cas dans l'étude de Ayiri F et al [15].

La majorité des femmes enquêtées connaissaient les avantages de l'allaitement maternel soit 88,2% des cas. Cela serait dû aux faites qu'elles ont reçues l'information sur les avantages de l'allaitement par les relais communautaires ou par les agents de santé. Notre résultat était supérieur à celui de Traoré M et al qui avaient eu 26,52% des mères qui connaissaient les avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois en 2012 à Bamako [6].

Dans notre étude, 72,9% des femmes enquêtées connaissaient la durée de l'allaitement maternel exclusif. Cela permettrait d'éviter les maladies. La plupart des mères connaissaient la durée recommandée de l'allaitement maternel exclusif avec 80,94% dans le travail de Traoré M et al [6].

Parmi les femmes enquêtées, 63,5% étaient sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif. Cela démontrait que certaines femmes ne recevaient pas de l'information sur l'allaitement maternel exclusif, ce qui pourrait entraîner des conséquences. Selon le résultat Ben Slama F et al, seulement 44% des femmes ont été informées sur l'allaitement maternel exclusif [14]. Notre résultat était supérieur à celui de Goro A qui avait trouvé que 60,5% des femmes n'avaient pas eu d'information sur l'allaitement maternel exclusif dans son étude effectuée à Mopti au Mali en 2013 [16].

## **5.3. Pratique de l'allaitement maternel exclusif**

Parmi les femmes enquêtées, 49,3% donnaient la première tétée au nouveau-né entre 1heure et 8heures après accouchement. Cela pourrait s'expliquer par le contexte de l'accouchement et de suite de couches d'une part et d'autres parts par les accouchements en dehors des structures de santé. Alors que dans le travail de Ben Slama F et al 43% des mères n'avaient donné le sein pour la première fois que le lendemain de l'accouchement [14].

La majorité des femmes enquêtées faisaient les tétées plusieurs fois avec 85,7% des cas. Cela serait dû au fait qu'elles ne connaissaient pas les signaux d'envie de téter de l'enfant.

Dans notre étude, 100% des femmes enquêtées avaient donné du colostrum au nouveau-né. Ce qui pourrait s'expliquer par le fait qu'elles connaissaient l'avantage de ce premier lait. Notre résultat est similaire à celui de Diawara D Y qui avait trouvé 100% dans son étude [12]. Tandis que dans l'étude de Ben Slama F et al, les femmes n'avaient aucune connaissance sur l'utilité du colostrum [14].

Seulement 19,7% des femmes enquêtées faisaient l'allaitement maternel exclusif. Nous expliquerons ce fait par la domination des croyances socio- culturelles sur l'allaitement. Notre résultat était inférieur à celui de Ben Slama F et al qui avaient trouvé que la majorité des femmes ne donnaient pas le sein de manière exclusive soit 58,5% [14]. Cependant, celles qui avaient pratiqué l'allaitement maternel exclusif représentaient 30,66% dans le travail de Traoré M et al [6].

La tisane était le type d'aliment le plus donné du nouveau-né et au nourrisson, soit 45,32% des cas. Cela serait dû aux croyances religieuses. Nos résultats étaient similaires à celui de Diawara D Y qui avait trouvé 44,1% de tisane dans son étude [12]. Et la même tendance a été retrouvée par Sidibé A K et al avec 38,1% pour l'eau et la tisane [1].

Les facteurs qui empêchaient la bonne pratique de l'allaitement maternel exclusif étaient le fait qu'il n'y avait pas assez de lait aux seins selon les femmes avec 96,93% des cas. Cela serait dû au fait que les femmes n'avaient pas reçu suffisamment d'information sur l'allaitement maternel exclusif.

Les femmes de 41 ans et plus avaient peu de facteurs par rapport aux autres tranches d'âges ( $p=0,335$ ). Cela s'expliquerait par le fait que les multipares ont plus d'expériences en matière d'allaitement que les autres.

Les mères utilisaient plus le prétexte de manque de lait au sein pour donner autres choses du nouveau-né et au nourrisson ( $p=0,581$ ). Cela serait dû par l'influence des croyances socio-culturelles sur l'allaitement.

Les mères utilisaient plus le prétexte de manque de lait au sein pour donner autres choses du nouveau-né et au nourrisson surtout si elles étaient moins instruites ( $p=0,000$ ). Cela pourrait s'expliquer leur niveau d'instruction.

Les femmes ayant reçues des informations sur l'allaitement maternel exclusif avaient plus de tendance à faire l'allaitement maternel exclusif ( $p=0,000$ ). Cela pourrait s'expliquer qu'elles connaissaient les avantages de l'allaitement exclusif.

Les commerçantes faisaient plus l'allaitement à la demande que les femmes au foyer et les artisanes ( $p=0,019$ ). Cela serait dû au fait que les commerçantes recevaient plus d'information que les autres probablement.

Les femmes non scolarisées et celles de niveau primaire connaissaient moins la durée de l'allaitement maternel exclusif par rapport aux autres ( $p=0,024$ ). Cela pourrait s'expliquer par leur niveau d'instruction.

Les femmes qui n'ont pas été sensibilisées sur l'allaitement maternel exclusif faisaient plus l'allaitement à la demande que celles ayant reçue d'information ( $p=0,008$ ). Cela signifierai que celles-ci avaient plus d'expérience de téter à la demande du nouveau-né.

### **Conclusion**

Dans notre étude, les femmes venant dans le rayon de 5 Km de l'aire de santé étaient les plus nombreuses. Elles étaient surtout des femmes au foyer et non scolarisées dans la plupart des cas.

La majorité de ces enquêtées connaissait l'allaitement maternel exclusif, ses avantages et sa durée. Plus de la moitié avait reçu de l'information sur cette pratique après l'accouchement.

Néanmoins, certaines pratiques n'étaient pas correctement réalisées comme par exemple l'allaitement maternel exclusif, la fréquence de tétée, tétée à la demande et la mise au sein précoce des nouveau-nés. Cependant, nous devons renforcer la sensibilisation à l'endroit de toutes les femmes qui accouchent pour le bien-être de leurs enfants.

### **Recommandations**

- **A l'ASACO**
  - Accompagner le personnel technique dans la réalisation des séances de causeries au centre et dans les villages ;
- **Au personnel technique de la maternité**
  - Sensibiliser toutes les femmes après accouchement au centre sur l'allaitement maternel ;
  - Effectuer la mise au sein précoce des nouveau-nés ;
- **Aux relais communautaires et membres de CFU**
  - Faire des CCSC sur l'allaitement maternel dans les villages lors des causeries ;
- **Aux femmes allaitantes**
  - Mettre les enfants au sein à la demande

## Références

1. Sidibé A K, Diarra AM, Danioko Y, Sangaré Y, Kone K, Guindou MT et al. Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants sur l'allaitement maternel exclusif. *Santé publique malienne* 2018 ; 8:07-12.
2. Demmouche A, Beddek F, Moulessehoul S. Les déterminants du choix de l'allaitement chez une population de l'ouest de l'Algérie (ville de Sidi Bel Abbès). *Antropo*, ISSN-e 1578-2603, 2013 ; 30 : 61-69.
3. Rigord V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenane P, Kieffer F, Assaf Z et al. Allaitement : bienfaits pour la santé de l'enfant et de sa mère. *J de pédiatrie et puériculture* 2013 ; 26 : 90-99.
4. Organisation Mondiale de la Santé, Centre des médias, Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, fév 2018.
5. Nathalie G. « Allaiter sur le web ». Entre biopouvoir et rituels numériques. *Les Cahiers du numérique* 2013 ; 9(3) : 63-81.
6. Traoré M, Sangho H, Diagne M C, Faye A, Sidibé A, Koné K et al. « Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako ». *Santé Publique* 2014 ; 26 (2) : 259-265.
7. Organisation Mondiale de la Santé, Daniel Epstein, Responsable de Communication, Genève. Allaitement maternel: Communiqué de presse 30 juil. 2013.
8. Savage King F. & Benoist B. Aider les mères à allaiter. OMS, Genève 1986, P192.
9. Direction Nationale de la Santé. Manuel du formateur en gestion de lactation Février 2006, P6.
10. Enquête démographique et de santé 4<sup>ème</sup> Edition. Allaitement, état nutritionnel chapitre 11 Ministère de la santé. Bamako Mali 2006, P157.
11. Ridde V, Girard J-E. Douze ans après l'initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique*, 2004, n° 41: 37-51.
12. Diawara D Y. Etude des facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfant de 0 à 6 mois à Beleko dans le District de Fana. Thèse Med, Bamako, FMOS, 2015, 42p.
13. Cissouma A, Traoré S A, Dembélé G, Traoré K A, Kassogué D, Haidara D et al. Pratique de l'allaitement maternel à l'hôpital de Sikasso, Mali. *Jaccr Africa* 2021 ; 5 : 223-229.

14. Ben Slama F, Ayari I, Ouzini F, Belhadj O et Achour N. Allaitement maternel exclusif et allaitement mixte : connaissances, attitudes et pratiques des mères primipares. La Revue de Santé de la Méditerranée 2010 ; 16 : 630-634.
15. Ayari F, Sdiri Y, Cherifi E, Khemiri S, Chourou H, Cheour M et al. Niveau de connaissance des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité. Gynécologie Obstétrique Fertilité et sénologie 2022 ; 50 : 164-172.
16. Goro A. Connaissances, attitudes et pratiques des mères d'enfants de 0-24 mois sur l'allaitement maternel exclusif dans la ville de Koro(Mopti). Thèse Med, Bamako, FMOS, 2013, 55p.

## Annexes

### Fiche d'enquête

**Date de l'enquête** :/.../.../

#### Caractéristiques sociodémographiques

**Q1:** Village .....

**Q2:** Age.....

**Q3 :** Statut matrimonial : /\_\_ / 1=mariée ; 2= veuve ; 3=divorcée ; 4= Célibataire

**Q4 :** Régime : /\_\_ / 1=monogamie ; 2= polygamie

**Q5 :** Profession : /\_\_ / 1= fonctionnaire ; 2= commerçante; 3= artisane ; 4= femmes au foyer ; 5= autre

**Q6 :** Niveau d'instruction : /\_\_ / 1= Non scolarisé ; 2=primaire ; 3=secondaire ; 4=supérieur

**Q7 :** Religion : /\_\_ / 1= musulmane ; 2=chrétienne

**Q8:** Ethnie : /\_\_ / 1= Bambara ; 2= Peulh ; 3= Malinké ; 4= Sonrhäï ; 5= Sarakolé; 6= bobo ; 7= Dogon ; 8= Minianka ; 9= autre

#### Connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement maternel exclusif.

**Q9 :** Connaissez-vous l'allaitement maternel ?

1- Sais

2- Ne sais pas

**Q10 :** Connaissez-vous l'avantage de l'allaitement maternel ?

1- Sais

Lesquels.....

2- Ne sais pas

**Q11 :** Connaissez-vous la durée de l'allaitement maternel exclusif ?

1- Sais,

Laquelle.....

2- Ne sais pas

**Q12 :** avez-vous été sensibilisé sur l'allaitement maternel exclusif au cours de la grossesse ou après accouchement ?

1-Oui

2-Non

**Q13:** A quel moment avez-vous donné la première tétée ?

1-Juste après accouchement



2-Entre la 1<sup>ère</sup> heure et la 8<sup>e</sup> heures

3- 8<sup>e</sup> heures et plus

**Q14** : Quelle est la fréquence journalière de tétées de votre enfant ?

1- Plusieurs fois

2- A la demande

**Q15** : Qu'avez-vous fait du colostrum?

1- Donner au nouveau-né

2- Jeter

**Q16** : Avant ou après la sortie de la maternité, avez-vous donné autres choses en plus du lait maternel à l'enfant de 0-6 mois ?

1- Non fait

Pourquoi .....

2- Fait;

Lesquels .....

**Facteurs qui empêchent la bonne pratique de l'allaitement maternel exclusif.**

**Q17** : Chez la mère

1-Pas assez de lait aux seins

2- lait de mauvaise qualité

3-Seins douloureux

4- Malformation du mamelon

5- Mère malade

**Chronogramme (Diagramme de GANTT) :**

Activités	Chronogramme																Responsable
	Mars				Avril				Mai				Juin				
	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	4
Prise de contact avec l'équipe du Cscom-U Explication des raisons de cette étude																	
Collecte des données																	
Analyse des données collectées																	
Réalisation des documents du mémoire																	

**Budget :**

Le tableau ci-dessous présente le budget sommaire du projet de recherche. Il s'agit d'une estimation des coûts en fonction des informations disponibles au moment de l'élaboration de ce protocole.

<b>Activités</b>	<b>P U</b>	<b>Nbres jrs</b>	<b>Nbres P</b>	<b>Montant</b>
<b>Elaboration du protocole de recherche</b>	<b>25 000</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>100 000</b>
<b>Prise de contact avec l'équipe du Cscm-U</b>				
<b>Explication des raisons de cette étude</b>				
- Pause-café	<b>1 000</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>10 000</b>
- Pause déjeuner	<b>3 500</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>35 000</b>
<b>Formation des enquêteurs</b>				
- Frais de facilitation	<b>15 000</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>30 000</b>
- Frais de déplacements	<b>5 000</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>35 000</b>
- Pause-café	<b>1 000</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>7 000</b>
- Pause déjeuner	<b>3 500</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>24 500</b>
<b>Collecte des données</b>				
- Perdiem Superviseurs	<b>20 000</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>60 000</b>
- Perdiem Enquêteurs	<b>15 000</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>105 000</b>
<b>Analyse des données</b>	<b>100 000</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>100 000</b>
<b>Confection document final</b>	<b>7 500</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>150 000</b>
<b>Comité éthique</b>				
- Frais de Soumission Comité éthique	<b>300 000</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>300 000</b>
- Reprographie	<b>5 000</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>50 000</b>
<b>Publication</b>	<b>250 000</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>250 000</b>
<b>Grand Total</b>				<b>1 256 500</b>

## ***FICHE SIGNALÉTIQUE***

**Nom :** Doumbia

**Prénom :** Adama Mansa

**Adresse email :** [adamadoumbia605@gmail.com](mailto:adamadoumbia605@gmail.com)

**Numéro de Téléphone :** +223 72002691/ 95727222

**Titre du mémoire :** Evaluation du niveau de connaissances et des pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif dans l'aire de santé de Konobougou.

**Directrice de Mémoire :** Professeur Fatoumata Dicko

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays de soutenance :** Mali

**Année de soutenance :** 2024

**Pays d'origine :** Mali

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

**Secteur d'intérêt :** Santé publique, santé de la reproduction

### **Résumé :**

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

C'était une étude transversale et descriptive. Elle s'est déroulée en quatre mois allant du 1<sup>er</sup> Mars au 30 Juin 2023 dans l'aire de santé de Konobougou. Nous avons inclus dans notre étude les mères allaitantes résidentes dans l'aire de santé de Konobougou. N'ont pas été incluses dans notre étude les mères non consentantes d'être enquêtée ou les mères non-résidentes dans l'aire de santé de Konobougou. Elle concernait les femmes allaitantes qui avaient des enfants de 0 à 6 mois. Notre échantillon portait sur 203 femmes concernant les 21 villages de l'aire de santé.

La tranche d'âge 21-30 ans était la plus représentée avec 52,2% des cas. La moyenne d'âge était de 25,84 avec un écart +/- 6,50 et des extrêmes de 16 et 43 ans. La majorité des femmes

enquêtées connaissait l'allaitement maternel soit 96,1% des cas. La majorité des femmes enquêtées donnait autres aliments en plus du lait maternel à l'enfant entre 0 et 6 mois soit 80,3 % des cas. La tisane était le type d'aliment le plus donné du nouveau-né et au nourrisson, soit 45,32% des cas. Les facteurs qui empêchaient la bonne pratique de l'allaitement maternel exclusif étaient le fait qu'il n'y avait pas assez de lait aux seins selon les femmes dans 96,93% des cas.