

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CONSIDERATION GENERALE.....	3
1- ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SEIN.....	3
1-1- Structure anatomique.....	3
1-2- Facteurs influençant le développement du sein	6
1-3- Lactation	7
2- ALLAITEMENT MATERNEL	8
2-1- Historique	8
2-2- Allaitement Maternel Exclusif (AME)	9
2-3- Avantages de l'allaitement maternel exclusif	9
2-4- Bonne technique de l'allaitement	11
2-5- Préparation à l'allaitement	14
2-6- Technique d'expression du lait	15
2-7- Difficultés liées à l'allaitement	17
2-8- Quelques situations particulières	19
3- COMPOSITION DU LAIT MATERNEL	22
3-1- Colostrum	22
3-2- Lait maternel définitif	23
3-3- Modification du lait maternel	26
 DEUXIEME PARTIE: NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE	 28
1- OBJECTIF DE L'ETUDE	28
2- CADRE DE L'ETUDE	28
2-1- Situation géographique	28
2-2- Ressources humaines	29
2-3- Ressources matérielles et infrastructures	31
2-4- Quelques indicateurs	31
2-5- Le service de la nutrition	32

3- MATERIELS ET METHODE	32
3-1- Méthode de l'étude	32
3-2- Matériels de l'étude	33
3-3- Déroulement de l'enquête	34
3-4- Paramètres de l'étude	34
3-5- Critères d'inclusion et d'exclusion	35
4- RESULTATS DE L'ENQUETE	36
4-1- Approche descriptive	36
4-1-1- Connaissance de la mère en Allaitement maternel exclusif	36
4-1-2- Pratique de l'Allaitement maternel exclusif	38
4-1-3- Attitude et comportement de la mère allaitante	39
4-2- Approche analytique	46
4-2-1- Concernant la mère	46
4-2-2- Difficultés liées à l'allaitement	52
4-2-3- Etude sur les bébés	53
 TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	 56
1- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	56
1-1- Connaissance, pratique et comportement des mères en allaitement maternel exclusif.....	56
1-2- Relation entre les facteurs épidémiologiques et l'allaitement maternel exclusif.....	61
1-3- Difficultés liées à l'allaitement et toilette de mamelons.....	63
2- SUGGESTIONS ET PROPOSITIONS	64
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau 1 : Préparation à l'allaitement	14
Tableau 2 : Allaitement maternel et les contraceptifs	20
Tableau 3 : Produits augmentant ou diminuant la lactation	22
Tableau 4 : Composition comparative du lait maternel et du lait de vache	24
Tableau 5 : Les différents moyens de défense dans le lait maternel	25
Tableau 6 : Les autres substances dans le lait maternel	25
Tableau 7 : Les cinq maladies courantes des bébés enregistrées au CSMI, au premier trimestre de l'année 2006	31
Tableau 8 : Le taux de couverture de vaccination, au premier trimestre 2006	31
Tableau 9 : Le taux de la surveillance nutritionnelle des enfants de 0 à 3 ans au centre, au premier trimestre de l'année 2006	32
Tableau 10 : Répartition des mères selon la source d'information en allaitement maternel exclusif	36
Tableau 11 : Répartition des mères selon leur réponse à la connaissance de l'allaitement maternel exclusif	37
Tableau 12 : Répartition des bébés selon le mode d'allaitement	38
Tableau 13 : Répartition des mères selon le motif d'application de l'allaitement maternel exclusif	39
Tableau 14 : Répartition des bébés selon l'heure de la première tétée	39
Tableau 15 : Répartition des bébés selon l'apport de liquide ou lait artificiel avant la première tétée	40
Tableau 16 : Répartition des bébés selon les motifs de l'apport de liquide avant la première tétée	41
Tableau 17 : Répartition des bébés selon les motifs de l'apport du lait artificiel avant la première tétée	41
Tableau 18 : Répartition des mères selon l'heure de la montée laiteuse	42
Tableau 19 : Répartition des bébés selon l'appart de liquide ou du lait artificiel avant la montée laiteuse	42

Tableau 20 : Répartition des bébés selon les motifs de l'apport d'autres liquides avant la montée laiteuse	43
Tableau 21 : Répartition des bébés selon l'âge de la première introduction du premier complément alimentaire	44
Tableau 22 : Répartition des mères selon les principaux aliments complémentaires utilisés avant le sixième mois	45
Tableau 23 : Répartition des mères selon les motifs de l'introduction des aliments complémentaires avant le sixième mois	45
Tableau 24 : Répartition des mères selon l'heure de la première tétée et la montée laiteuse	46
Tableau 25 : Répartition des mères selon l'âge et le mode d'allaitement	47
Tableau 26 : Répartition des mères selon le niveau d'instruction et le mode d'allaitement	48
Tableau 27 : Répartition des mères selon leur parité et le mode d'allaitement	48
Tableau 28 : Répartition des mères selon la profession et le mode d'allaitement	49
Tableau 29 : Répartition des mères selon la situation matrimoniale et le mode d'allaitement	50
Tableau 30 : Répartition des mères selon le niveau de vie et le mode d'allaitement ...	51
Tableau 31 : Répartition des mères selon la préparation du sein ou non pendant la grossesse et les difficultés à l'allaitement	52
Tableau 32 : Répartition des bébés selon leur poids à la naissance et le mode d'allaitement	53
Tableau 33 : Répartition des bébés selon leur croissance et le mode d'allaitement	54
Tableau 34 : Répartition des bébés selon la fréquence de la maladie et le mode d'allaitement	55
Tableau 35 : Raison pour lesquelles un bébé ne peut pas obtenir assez du lait maternel	64

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 1 : Anatomie du sein	5
Figure 2 : Excellente position du bébé et de sa mère pendant l’allaitement	11
Figure 3 : Expression manuelle du lait maternel.....	16
Figure 4 : Organigramme au Centre de Santé Maternelle et Infantile de Tsaralalana.....	30
Figure 5 : Pourcentage des mères selon la source d’information en allaitement maternel exclusif	36
Figure 6 : Pourcentage des bébés selon le mode d’allaitement	38
Figure 7 : Pourcentage des bébés selon l’apport de liquide ou de lait artificiel avant la première tétée	40
Figure 8 : Pourcentage des bébés selon l’apport de liquide ou de lait artificiel avant la montée laiteuse	42
Figure 9 : Diagramme montrant la distribution des bébés selon l’âge de l’introduction du premier complément alimentaire	44
Figure 10 : Diagramme montrant la distribution des bébés selon l’heure de la première tétée et la montée laiteuse	46
Figure 11 : Diagramme montrant la distribution des mères selon l’âge et le mode d’allaitement	47
Figure 12 : Diagramme montrant la distribution des mères selon la profession et le mode d’allaitement	49
Figure 13 : Diagramme montrant la distribution des mères selon la situation matrimoniale et le mode d’allaitement	50
Figure 14 : Diagramme montrant la distribution des mères selon le niveau de vie et le mode d’allaitement	51
Figure 15 : Diagramme montrant la distribution des mères selon la préparation du sein et les difficultés à l’allaitement	52
Figure 16 : Diagramme montrant la distribution des bébés selon la croissance et le mode d’allaitement	54
Figure 17 : Diagramme montrant la distribution des bébés selon la fréquence de la maladie et le mode d’allaitement	55

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AME	:	Allaitement Maternel Exclusif
AMNE	:	Allaitement Maternel Non Exclusif
MAMA	:	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
VIH	:	Virus de l'Immuno- Déficience Humain
P	:	Phosphore
Ca	:	Calcium
Na	:	Sodium
Fe	:	Fer
Ig	:	Immunoglobuline
C	:	Complément
°C	:	Degré Celsius
CPN	:	Consultations prénatales
FAF	:	Fer Acide Folique
ONG	:	Organisations Non Gouvernementales
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO	:	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la culture
LINKAGES	:	Projet Financé par l'USAID oeuvrant sur l'Allaitement maternel et la nutrition
USAID	:	Agence Américaine pour le Développement International
>	:	Supérieur
<	:	Inferieur
%	:	Pourcentage
m ²	:	Mètre carré
km ²	:	Kilomètre carré

INTRODUCTION

Le développement durable repose essentiellement sur l'adhésion et la capacité de la population à assurer le bien-être de la famille dont les conditions de survie constituent les pièces maîtresses. Cependant, la plupart des populations dans les pays en développement vivent en dessous du seuil de la pauvreté depuis plusieurs décennies, et priorisent les activités permettant de lutter contre la défaillance alimentaire.

Force est de reconnaître qu'il existe une corrélation étroite et constante entre la malnutrition et les conditions socio-économiques : la superstructure politique et idéologique, la structure économique et l'instruction inadéquate sont les causes fondamentales de la malnutrition et qui sont à l'origine de l'insécurité alimentaire du ménage, des soins maternel et infantile inadéquats, de services de santé insuffisant et de l'environnement insalubre. Ces causes sous-jacentes entraînent l'apport alimentaire insuffisant et les maladies, d'où la malnutrition. (1)

En effet, la malnutrition représente la toile de fond des maladies de l'enfant qui tuent chaque année plus de treize millions des enfants âgés de moins d'un an, dans le monde en 1993. (2)

A Madagascar, quatre-vingt seize pour mille des décès infantiles en 1997 sont causés par la malnutrition, associée aux maladies de l'enfance telles que la diarrhée à 17%, les parasitoses à 15.9%, les infections respiratoires aiguës à 24%, et les autres infections. (3)

Dans le cadre de cette lutte contre la malnutrition, la politique nationale de la santé à Madagascar s'est fixée l'objectif, d'ici l'an 2010, de donner une place importante à la promotion de l'allaitement maternel exclusif pour l'amélioration des conditions de survie des enfants de zéro à six mois. (4)

Ainsi, la bonne pratique de l'allaitement maternel s'avère- t- elle un des moyens indispensables à vulgariser à Madagascar face à la situation de la pauvreté, en raison du caractère économique et naturel de la faisabilité.

Dans ce sens, notre travail, intitulé « Pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif au sein du CSMI de Tsaralalana », voudrait apporter quelques résultats obtenus sur la bonne pratique de l'allaitement maternel à Madagascar, depuis la mise en œuvre du programme stipulé par la politique nationale en 1992.

Elle a eu pour objectif essentiel d'évaluer l'état de la pratique actuelle de l'allaitement maternel exclusif afin de contribuer à la réduction de la malnutrition, et d'émettre des recommandations afin de promouvoir la pratique de l'allaitement maternel par toutes les mères malagasy.

Pour ce faire, nous avons procédé à une enquête rétrospective appuyée par l'Epi- Informatique portant sur la connaissance et la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Dans cette optique, notre travail comporte trois parties :

- la première partie concerne la considération générale,
- la seconde rapporte notre étude proprement dite, relatant notamment les résultats du travail entrepris.
- et la dernière partie porte sur nos commentaires, nos discussions et nos suggestions.

Une conclusion générale terminera notre travail.

CONSIDERATION GENERALE

1- Anatomie et physiologie du sein :

1-1- Structure anatomique

Chez l'être humain, le sein est un organe qui fait partie des caractères sexuels secondaires, au même titre que la pilosité, la voix, et la morphologie corporelle. (5)

Il se trouve sur la face antérieure du thorax, entre le sternum et la ligne verticale passant par la limite antéro-interne de l'aisselle. (6)

Il comprend :

➤ La glande mammaire : (7) (8)

C'est une structure glandulaire cutanée, hautement spécialisée, composée d'éléments impliqués dans la sécrétion et l'éjection du lait, elle est composée de 15 à 25 lobes. Chaque lobe se divise en lobules. Et chaque lobule est composé de la réunion de plusieurs alvéoles.

➤ Le tissu de soutien :

La glande mammaire est enveloppée dans un système fibro – adipeux particulier, le ligament de Cooper, qui s'attache à la peau et aux fascias profonds par les crêtes de Duret. Les lobes et les lobules sont cloisonnés par des travées de tissu conjonctif dense non spécifique qui assurent la cohérence plastique du sein.

➤ Les canaux excréteurs :

Chaque lobule est drainé individuellement par un canal galactophore principal qui converge vers le mamelon et s'y abouche par un pore après s'être dilaté sur une courte distance en une ampoule, le sinus lactifère. Celui-ci se divise ensuite en canaux plus étroits de moyen puis de petit calibre, pour aboutir au canal terminal dont une partie est extra et l'autre intra lobulaire.

➤ Les unités sécrétrices:

La portion réellement fonctionnelle est le lobule ou mieux l'unité lobulo-alvéolaire. Elle est formée des ramifications de la portion intra lobulaire du canal terminal que l'on appelle canalicules.

En fonction de l'état physiologique, le lobule contient entre dix et cent canalicules. Leur extrémité qui est dilatée, s'appelle alvéole ou acinus : il est composé d'une seule couche de cellules épithéliales cuboïde ou cylindriques. Ces alvéoles et la portion distale intra lobulaire du canal élaborent le lait maternel.

➤ L'aréole :

C'est une région de couleur plus foncée entourant le mamelon, où les glandes de Montgomery secrètent un agent protecteur.

➤ Le mamelon et ses pores :

Le mamelon est percé de pores à travers lesquels le lait s'écoule. Le sein est vascularisé par les artères mammaires interne et externe, et les artères intercostales. Elles se ramifient jusque dans des plexus artério-veineux particulièrement riche aux niveaux des lobules.

Il est innervé par les 3^e, 4^e et 5^e nerfs intercostales qui amènent des fibres sensibles à la peau et des fibres du système sympathique au muscle lisse et aux vaisseaux sanguins. Le complexe aréolo-mamelonnaire est richement innervé.

(Figure 1)

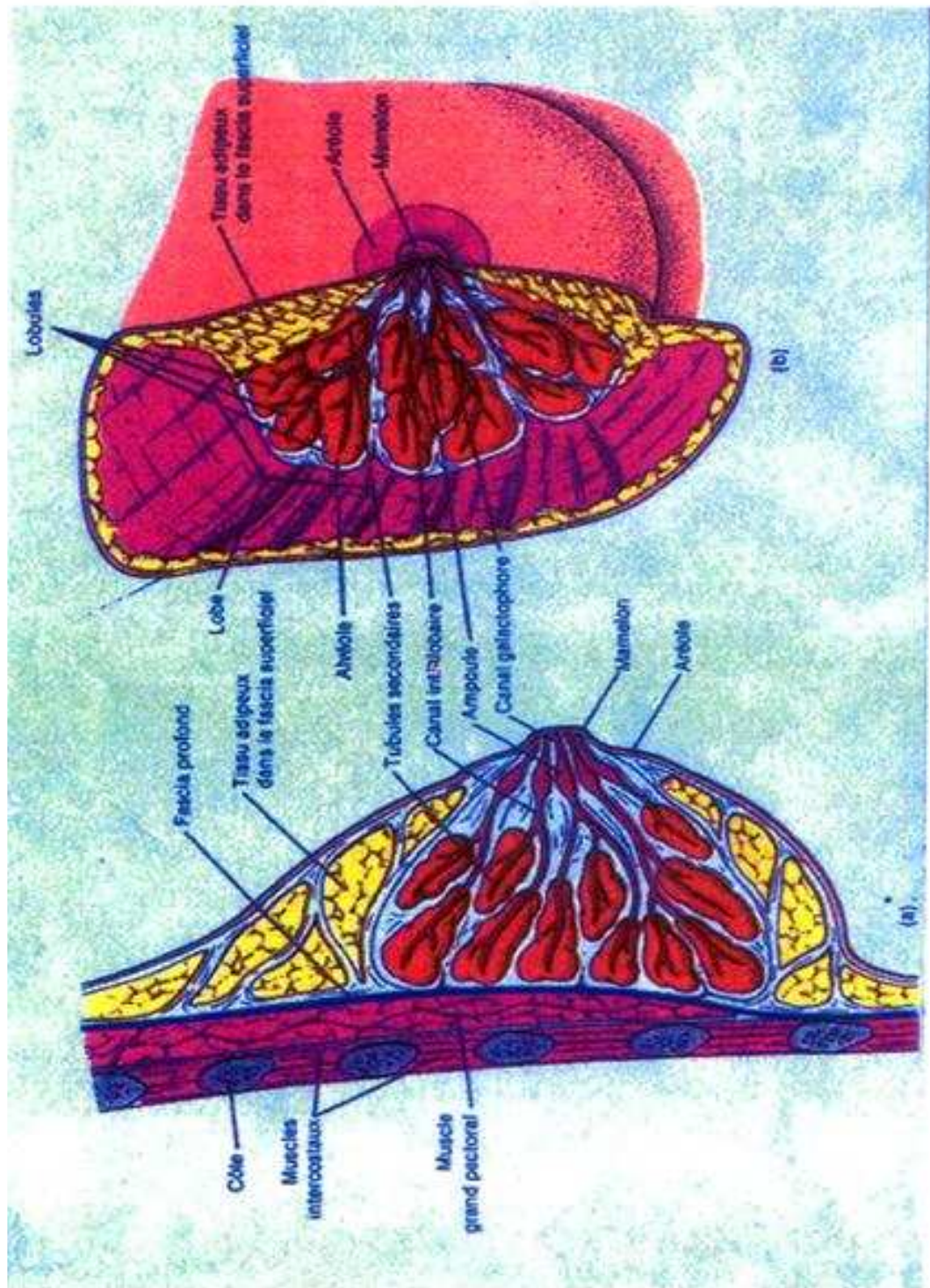


Figure 1: Anatomie du sein.

(a) Coupe sagittale

(b) Vue antérieure, partiellement

Source : principes d'anatomie et de physiologie. (9)

1-2- Facteurs influençant le développement du sein :

1-2-1- Pendant la période fœtale : (10)

Le mamelon devient saillant chez le fœtus à 4 mois de grossesse, et des canaux embryonnaires pleins, puis bornes se développent. Cela restera à ce stade jusqu'à la puberté.

1-2-2- A la période pré pubertaire :(10)

La glande mammaire se développe à partir de la puberté.

C'est le développement du tissu conjonctif de soutien qui conditionne la forme du sein et son volume. Ce tissu conjonctif prédomine chez la jeune fille. Il est élastique et assure le tonus particulier du sein à cette époque.

Plus tardivement, ce sera la graisse qui envahit le tissu conjonctif d'où la consistance plus flasque.

1-2-3- A la puberté : (10)

Les sécrétions d'hormones féminines vont amener la maturation du sein, d'où :

- a- Effets des oestrogènes :
 - allongement des canaux galactophores,
 - apparition et production des cellules alvéolaires,
 - croissance du mamelon,
 - pigmentation aréolaire,
 - accumulation graisseuse,
 - vascularisation du tissu conjonctif,
 - perméabilité vasculaire et caniculaire.
- b- Effets de la Progestérone :
 - augmentation du flux sanguin,
 - oedème inter lobulaire,
 - turgescence et tension du sein,
 - engorgement et pesanteur.

1-2-4- Après la puberté :

Juste après les règles, il y a une diminution du volume du sein. Mais à partir du dixième jour et jusqu'à l'approche des règles, il augmente de volume car il y a une augmentation de l'oedème et de la congestion.

1-2-5- Pendant la grossesse et l'allaitement : (11)

Le corps de la mère se prépare à l'allaitement sous l'action de nombreuses hormones (Prolactine, Gonadotrophine chorionique humaine, puis Œstrogène et Progestérone, Hormones thyroïdiennes et Cortisol)

Le tissu glandulaire prolifère, les canaux galactophores se ramifient, terminés par les cellules sécrétrices entourées des cellules myoépithéliales et de tissus vasculaire et lymphatique.

Sur l'aréole apparaissent, dès le début de la grossesse et pour toute la durée de l'allaitement, une dizaine de petites glandes sébacées, les tubes de Montgomery qui ont pour rôle de produire une sécrétion crémeuse, en réalité un concentré d'odeur spécifique de la mère, un signal chimique qui guide le bébé dans sa recherche du sein. (12)

1-2-6- Involution : (7)

Au moment du sevrage ou chez la femme qui n'allait pas, l'épithélium glandulaire va vers l'involution. La glande cesse son activité sécrétoire et entreprend une phase de régression relativement rapide. Le lait résiduel est résorbé, les éléments glandulaires diminuent.

Il y a réapparition de grande quantité de tissu conjonctif intra et extra lobulaire. La glande soumise à nouveau aux légères modifications du cycle menstruel, est ainsi « au repos » jusqu'à la nouvelle grossesse.

1-3- Lactation :(6)

La lactation comporte schématiquement deux phénomènes :

- la sécrétion du lait par les cellules alvéolaires des acini.
- l'éjection du lait vers les canaux excréteurs.

1-3-1- Réflexe de sécrétion du lait ou réflexe prolactinique :

Chaque fois que le bébé tète le sein, il stimule les terminaisons nerveuses du mamelon. Le message est reçu au niveau de l'hypophyse antérieure où il provoque la sécrétion de la Prolactine.

Cette prolactine est déversée dans le sang. L'organe cible est la cellule alvéolaire des acini mammaires. Elle y déclenche la sécrétion du lait.

La sécrétion du lait est une production à la demande. Plus l'enfant tète, plus le sein produit du lait. La mère ne doit pas espacer les tétées pour économiser le lait. Il en résulterait une moindre production.

1-3-2- Réflexe d'éjection ou réflexe ocytocique :

Chaque fois que le bébé tète le sein, il stimule les terminaisons nerveuses du mamelon. Le message est reçu par la post-hypophyse où il provoque la sécrétion de l'Ocytocine.

Cette ocytocine est déversée dans le sang. L'organe cible est la fibre musculaire lisse péri-alvéolaire qui se contracte. Ceci déclenche l'éjection du lait vers les canaux excréteurs.

Ce réflexe d'éjection est :

- stimulé par la vue du bébé, le son de la voix du bébé, les stimuli psychoaffectifs
- inhibé par les soucis, les appréhensions, la peur quelque soit les raisons, la douleur en général, et la douleur au sein en particulier, le gène.

2- Allaitement maternel :

2-1- Historique : (12) (13)

Depuis l'antiquité, l'allaitement maternel occupe une place privilégiée dans la sauvegarde des enfants.

La plupart des modifications dans les habitudes alimentaires humaines ont été introduits au cours des cent dernières années, en l'occurrence l'introduction du lait de vache dans l'alimentation du nourrisson. Cependant, l'absence de stérilisation du lait d'origine animale s'avérerait nocive pour la santé. .

Tout un courant de pensée s'est développé dès le XVIII^e siècle parmi les médecins et les philosophes pour convaincre les mères d'allaiter leurs enfants.

2-2- Allaitement maternel exclusif :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé ou l'OMS, l'Allaitement maternel exclusif ou l'AME consiste à donner au bébé rien que le lait maternel, c'est-à-dire aucun aliment ni boisson, ni tétine artificiel ni sucette, durant les six premiers mois de la vie. (14)

Dès la naissance et jusqu'au sixième mois, l'allaitement au sein suffit à lui seul à couvrir les besoins nutritionnels du bébé. Il n'est donc pas nécessaire de lui donner, en plus, de l'eau ou des boissons sucrés. (15)

Le lait maternel apporte de nombreuses avantages au bébé: nutritionnels, psycho- affectifs, contraceptifs et économiques. (15)

2-3- Avantages de l'allaitement maternel :

Le lait maternel apporte de nombreux avantages aussi bien pour le bébé que pour la mère. Lorsque le bébé est correctement allaité, c'est-à-dire allaitement de façon exclusive au sein durant six mois et allaitement au sein même jusqu'à deux ans, avec introduction d'autres aliments à partir de six mois. Ces avantages sont particulièrement importants :

2-3-1- Pour le bébé :

Le lait maternel :

- est un aliment complet contenant tout les éléments nutritifs, en proportion équilibrées et en quantité adéquate pour les six premiers mois, et adaptés à la physiologie de l'enfant.
- contient assez de liquide pour le bébé, toujours propre et prêt à l'emploi et à la bonne température. (16)
- évite les problèmes d'orthodontie et dentaire, autrement dit pas de caries dues au biberon, tandis que l'existence de la succion développe les muscles faciaux. (17)
- contient les anticorps qui protègent le nourrisson contre les maladies aux quelles il est exposé, notamment contre les diarrhées et les infections des voies respiratoires.
- renferme des dizaines d'agents anti-inflammatoires et des cellules vivantes ; le bébé allaité est ainsi à l'abri des substances allergisantes contenues dans les laits artificiels.

- est riche en vitamine K qui prévient la maladie hémorragique du nouveau-né.
- garantit la survie des nourrissons et assure la promotion de la croissance et de développement normal chez l'enfant ; de plus, la relation physique mère enfant engendrée par l'allaitement est une communication affective indispensable pour le développement psychoaffectif et social du bébé.

La méthode « Kangourou » qui consiste en un contact peau à peau fréquemment entre la femme allaitante et le nourrisson, favorise cette relation. (18)

Lucas a constaté aussi la corrélation avec une intelligence plus grande au cours de l'allaitement maternel. (19)

En outre, le bébé bénéficie du colostrum qui aide à éliminer le flegme congénital et agit comme un laxatif pour nettoyer son estomac.

2-3-2- Pour la mère :

Les mères allaitantes peuvent bénéficier de:

- l'effet contraceptif de l'allaitement maternel exclusif, efficace à 98% des cas, si l'enfant a moins de six mois, si la mère allaite exclusivement son bébé, et s' il n'y a pas encore de retour de couche avant six mois (20) ;
- la mise au sein immédiat du bébé facilite l'expulsion du placenta pour les contractions utérines stimulées par la succion du bébé. (21)
- l'effet ocytotique, induit par les tétées précoces et fréquentes, réduit les risques d'hémorragie du post-partum.
- selon Illingworth, les femmes allaitantes utilisent efficacement l'énergie des aliments. Elles métabolisent mieux les nutriments et peuvent produire du lait même si elles ont une ration alimentaire limitée. (22)
- la dépression du post-partum de la mère est réduite grâce à la procuration d'une satisfaction d'avoir assumé la plénitude de sa maternité.
- le lait ne risque pas de s'abîmer ou de manquer.
- le lait est disponible à tout moment et partout, il est propre et sain. (21)
- les liens affectifs sont plus forts entre la mère et l'enfant, ce qui réduit le nombre d'enfants battus et négligés ; plus le contact est précoce, plus il sera profond.
- l'allaitement maternel diminue le risque de cancer du sein et des ovaires pré-ménopausiques.

- les bébés nourris exclusivement au sein contractent moins souvent des maladies exigeant des soins médicaux, ainsi la mère et toute la famille entière sont épargnées des stress, des charges inutiles de travail et des consultations médicales supplémentaires qu'entraînent les maladies des bébés. (21)

2-3-3- Autres avantages : (23) (24) (25)

Par ailleurs, les autres avantages concernent :

- l'aspect économique : l'allaitement maternel ne coûte rien. Alors les économies ainsi réalisées peuvent contribuer à satisfaire d'autres besoins dans la famille.
- un gain de temps car l'allaitement maternel n'a pas besoin d'une préparation particulière.
- une baisse de la morbidité et de la mortalité infanto juvénile dans le pays.

2-4- Bonne technique de l'allaitement : (26)

2-4-1- Position de la mère :

Pour que l'allaitement maternel puisse être efficace et correcte, il faut que la mère sache la position la plus appropriée :

- la position assise : qui est la position la plus souvent utilisée.
- la position couchée : où la mère et l'enfant sont couchés sur le côté, l'un en face de l'autre.
- la position « Football américain » : qui est la position appropriée pour une mère accouchée par césarienne ; pour allaiter les jumeaux et pour une femme en mamelon douloureux.

Figure 2 :



Position couchée

Position assise

**Position Football
Américain**

Source : Min San (27)

2-4-2- Signes d'une prise de sein appropriée : (26)

Le bébé a eu une prise de sein appropriée si :

- le menton nez du bébé touche le sein ;
- sa bouche est grande ouverte ;
- une plus grande proportion de la partie supérieure de l'aréole est visible ;
- les lèvres sont éversées ;
- la mère et/ou l'entourage entend le bébé avaler.

2-4-3- Signes d'un allaitement efficace : (26)

Le bébé a eu un allaitement efficace si :

- les suctions sont rythmiques et lentes : deux suctions et une déglutition ;
- le bébé lâche le sein lui-même ;
- le sein est devenu mou après la tétée.

2-4-4- Signes qui montre que le bébé a eu suffisamment de lait : (14)

Le bébé, allaité exclusivement au sein, a eu suffisamment de lait si :

- les urines sont fréquentes (six à huit fois par jour) ;
- les selles sont jaunes, fréquentes (trois à huit fois par jour) ;
- il est actif ;
- il prend régulièrement du poids, 18 à 30g/j en moyenne ;
- l'autre sein de la mère coule quand il est au sein, surtout dans le premier mois.

2-4-5- Critères d'évaluation d'un bon allaitement maternel (BREAST) (26)

- Bonne position du bébé.
- Réponse de la mère et du bébé : frouissement et éjection du lait.
- Emotion dans le contact mère enfant.
- Anatomie et état des seins.
- Savoir téter : frouissement, succion, déglutition.
- Temps : le bébé lâche le sein de lui-même quand il est rassasié.

2-4-6- Observation d'une tétée : (BREAST) (26)

Body Position du corps

- Mère détendue et à l'aise.
- Corps du bébé contre la mère.
- Tête et corps du bébé dans le même axe.
- Menton du bébé touchant le sein.
- Fesses du bébé soutenues.

Réaction Réactions

- Le bébé cherche à atteindre le sein quand il a faim.
- Le bébé fouille vers le sein.
- Le bébé explore le sein avec la langue.
- Le bébé est calme, reste au sein.
- Signes d'éjection du lait (écoulement, crampes utérines)

Emotion Lien affectif

- Maintient le bébé confiant, serré
- Attention de la mère qui fait face au bébé.
- La mère touche souvent son bébé.

Anatomie Anatomie

- Les seins sont souples et pleins.
- Les mamelons dépassent.
- La peau semble saine.
- Le sein semble arrondi pendant la tétée

Succion Tétée

- La bouche est grande ouverte.
- La lèvre inférieure est éversée (vers l'extérieure)
- La langue s'arrondit en crapule autour du sein.
- Les joues sont rondes.
- Le bébé tète lentement, profondément avec des pauses.
- La mère et/ou l'entourage entend ou voit le bébé avaler.

Temps Durée de la tétée

- Le bébé lâche le sein.
- Le bébé a tété pendant cinq minutes environ

2-5- Préparation à l'allaitement : (27)

L'allaitement maternel peut être considéré comme l'acte le plus naturel au monde, pourtant, préparer convenablement son allaitement évite de nombreuses erreurs et de problème.

Tableau 1 : Préparation à l'allaitement

La venue du bébé	Préparer les seins	L'alimentation de la mère allaitante
<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir l'organisation matérielle - Trouver les moyens pour que la mère puisse nourrir le bébé librement sans contraintes. 	<p>Pendant la grossesse, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire une hygiène des seins : toilette à l'eau et au savon quotidiennement, mais sans trop savonner les mamelons en fin de la grossesse. - Ouvrir les canaux lactifères par une pression douce du mamelon pour favoriser l'écoulement du lait. - Commencer à préparer les bords du sein pendant les trois derniers mois de la grossesse, en les étirant le plus possible. 	<p>La mère doit se nourrir en quantité suffisante. Une alimentation variée et équilibrée est de règle. L'alimentation doit comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la viande, du poisson, des œufs, - des fruits et des légumes, - des laitages, - des féculents (riz, pâtes, manioc, semoule) <p>Le seul véritable impératif alimentaire, c'est de boire de l'eau ou du lait bien bouilli.</p>

Source: Le guide de la famille (27)

2-6- Technique d'expression du lait : (28)

2-6-1- L'expression du lait :(Figure 3)

Cette technique est utile en cas de maladie de la mère ou de l'enfant.

Elle est aussi nécessaire au moment où la mère doit rejoindre son travail ou lorsqu'elle est obligée de s'absenter pendant quelques heures.

La technique d'expression a deux étapes :

-1^{ère} étape : la préparation :

Les mains de la mère et les seins doivent être propres avant tout.

Il faut préparer un récipient bien propre pour mettre le lait.

Pour favoriser le réflexe d'écoulement, appliquez un tissu chaud sur les seins pendant trois à cinq minutes ; ou masser, tapoter ou balancer

-2^{ème} étape : l'expression proprement dite :

La mère doit se pencher légèrement en avant.

Mettre le pouce et l'index en « c » sur l'aréole ; pousser le sein contre la paroi thoracique puis relâcher le. Ensuite, faire une rotation selon la position de la main. Enfin, laisser écouler le lait jusqu'à ce que le sein devienne mou.

EXPRESSION DE LAIT

1^{er} Etape : Préparation

- Récipient propre et mains propres

Pour favoriser le réflexe d'écoulement :

- Appliquez un tissu chaud sur le sein pendant 3-5 minutes ou



2^{ème} Etape : Expression : (se pencher légèrement en avant)

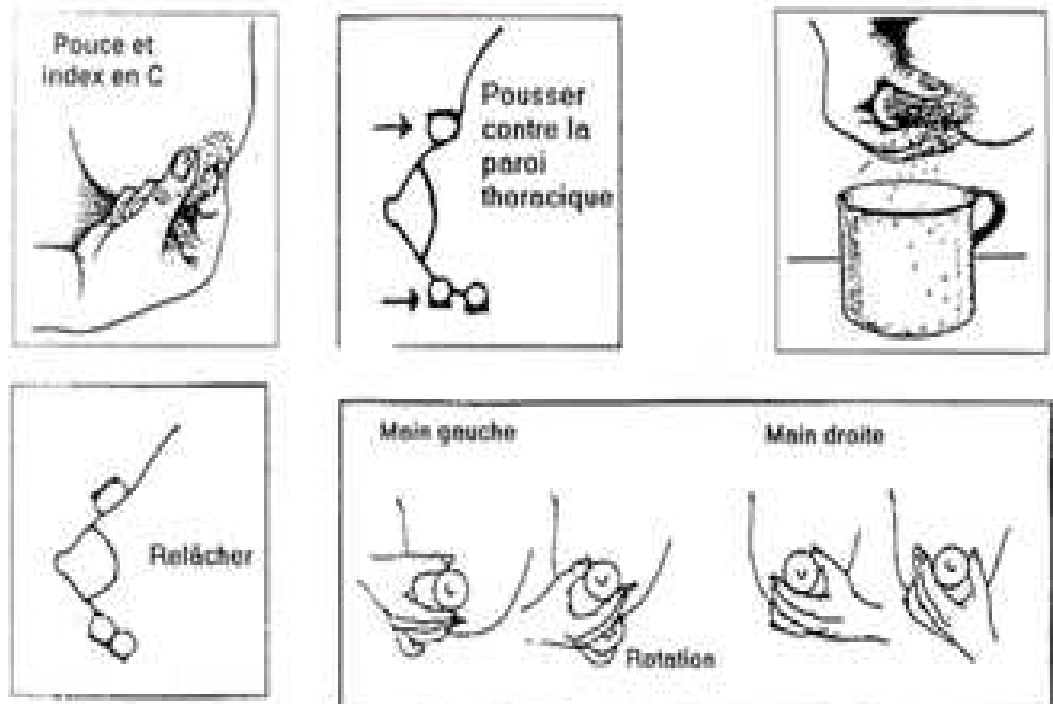


Figure 3
Source : Min San (26)

Pendant l'expression, éviter la pression du sein ou du mamelon, le tirage ou le glissement

2-6-2- Conservation du lait maternel exprimé :

Le bébé peut prendre du lait exprimé même si le lait est tiré quelques heures avant ou quelques mois, voir six mois avant, mais dans des conditions particulières de conservation:

- le récipient doit être propre et couvert.
- L'endroit de conservation est aussi frais que possible.
- La conservation est de huit à dix heures si le lait exprimé est mis dans un endroit à la température ambiante.
- La conservation est de quarante huit heures dans un réfrigérateur.
- Elle est de deux semaines si le lait est congelé dans un réfrigérateur.
- La conservation du lait exprimé est de six mois si le lait est dans le congélateur ou dans un congélateur commercial.

2-6-3- Comment nourrir le bébé avec du lait exprimé :

Quand le bébé doit prendre du lait exprimé, le lait est donné à l'aide d'une tasse ou d'une petite cuillère.

Pour le chauffer, mettez la tasse ou le verre contenant le lait exprimé dans un récipient contenant de l'eau chaude.

Le lait exprimé ne peut pas chauffer sur le réchaud ou directement sur le feu.

La quantité du lait à utiliser pour un repas ne peut pas être réutiliser s'il est déjà chauffé, et ne peut plus être conservé de nouveau aussi.

2-7- Difficultés liées à l'allaitement maternel

2-7-1- Difficultés aux démarrage de l'allaitement : (29)

Les deux premières semaines représentent une période difficile pour une mère qui allaite, surtout s'il s'agit d'un premier enfant.

- La montée laiteuse tardive : (30)

La cause la plus fréquente est la mise au sein tardive.

Il faut informer les mères, pendant la grossesse, en ce qui concerne l'heure de la première tétée pour avoir la montée laiteuse précoce.

- La crainte d'avoir trop peu du lait ou un lait de mauvaise qualité :

L'information pendant la consultation pré natale est insuffisante pour la plupart des mères, c'est ainsi qu'elles peuvent avoir peur que le lait ne soit suffisant ou de mauvaise qualité.

Il faut aider la mère dès la consultation pré natale à surmonter ces craintes car l'anxiété peut influencer sur la lactation.

- Les mamelons plats : (29)

C'est surtout le cas des femmes qui ont leur premier enfant.

Examiner alors les seins de la femme au cours de la consultation pré natale pour éviter le problème.

Si non, donner le sein à l'enfant même plat car la succion peut tirer le mamelon.

- Les crevasses du mamelon : (31)

Ce sont des petites plaies qui se produisent durant les premiers jours de l'allaitement. Elles apparaissent avec une douleur intense du mamelon, au moment où l'enfant commence à sucer et quand la mère le retire. C'est la mauvaise prise du sein qui est souvent à l'origine des crevasses du mamelon.

Par ailleurs, pendant la grossesse, il faut expliquer à la mère les avantages d'une toilette des seins ou de la préparation du sein, pour éviter les crevasses et les autres difficultés.

- Les seins gonflés : (29)

Parfois, les seins de la mère fabriquent plus de lait qu'il n'en faut au nourrisson.

Cela arrive souvent pendant la première semaine après l'accouchement.

Parfois, le bébé est faible pour téter le lait. Or, si le sein n'est pas vidé normalement, il devient douloureux et gonflé. La peau est tendue et le bébé n'arrive pas à saisir le bout du sein en entier. La tétée peut être très pénible pour la mère.

Pour éviter ce cas, il faut informer la mère, dès l'accouchement, sur la bonne technique de l'allaitement.

- Les mamelons douloureux : (29)

Cela se produit chez les femmes dont les seins sont engorgés et celles dont les mamelons sont trop petits et plats, car le bébé doit téter beaucoup plus fort pour pouvoir maintenir le bout du sein dans la bouche.

Parfois se produisent des crevasses qui sont très douloureuses.

Pour éviter ce cas, il faut s'assurer que les seins soient vidés régulièrement après chaque tétée et informer la mère dès l'accouchement sur la préparation à l'allaitement et la bonne technique de l'allaitement.

2-7-2- Difficultés après la mise en route :

- Infection mammaire : (31)

En général, l'infection mammaire est la conséquence des crevasses sur le mamelon, associé à une mauvaise hygiène.

Elle se manifeste par une douleur mammaire, un malaise général, de la fièvre et de frissons. Le sein apparaît rouge, gonflé et douloureux à la palpation.

Il faut éliminer, dès le début de la grossesse, l'apparition des crevasses par une bonne préparation à l'allaitement pour éviter cette infection.

2-8- Quelques situations particulières :

2-8-1- Grossesse et allaitement maternel : (32)

Certaines croyances redoutent que la femme enceinte produise un mauvais lait qui empoisonne son enfant.

En fait, il n'y a aucune raison médicale pour cesser brutalement l'allaitement en cas de nouvelle grossesse.

2-8-2- Opération césarienne : (33)

L'opération césarienne n'est pas une raison pour empêcher pour la mère à l'allaitement.

Au début, elle éprouvera quelques difficultés à cause de la plaie.

2-8-3- Fente labio-palatine : (33)

Une mère dont l'enfant naît avec une fente labio-palatine a un grand besoin de soutien et d'encouragement.

Si la fente touche seulement les lèvres et les gencives, le bébé peut téter sans difficultés.

Si la fente touche le palais, le bébé aura plus mal à téter. Encourager et pousser la mère à mettre son enfant au sein. Donner le lait par l'intermédiaire d'une sonde nasogastrique ou à l'aide d'une tasse si nécessaire en attendant que la tétée devienne plus efficace.

2-8-4- Jumeaux : (33)

Plus on allaite, plus le sein fabrique du lait. Les difficultés viennent plutôt de la gémellité elle-même que de l'allaitement. Il ne faut pas se précipiter à l'allaitement mixte. Le plus important, c'est de veiller à la nourriture de la mère.

2-8-5- Allaitement maternel et les contraceptifs : (33)

Tableau 2 : Allaitement maternel et les contraceptifs

Contraceptifs oraux	Contraceptifs injectables	Méthodes physiques	Préservatifs
<ul style="list-style-type: none"> - Les pilules qui contiennent à la fois du progestérone et de l'œstrogène sont déconseillées pendant la lactation. - Seules les pilules progestatives sont indiquées. 	Ils peuvent être utilisés pendant la lactation.	Le stérilet est indiqué particulièrement chez la femme allaitante à partir de la sixième semaine qui suit l'accouchement.	Sans danger pendant l'allaitement.

Source : Aider les mères à allaiter (33)

2-8-6- Maladies maternelles : (34)

La maladie de la mère ne doit pas être une raison de l'arrêt de l'allaitement. La mère et son bébé doivent être proches l'un de l'autre si l'un ou l'autre est hospitalisé.

Même si la mère a eu la tuberculose, il est conseillé de poursuivre l'allaitement, en leur donnant du lait extrait. Le vaccin anti-tuberculeux fait à la naissance associé à la chimioprophylaxie peut protéger efficacement.

Quant aux mères sidéens, des cas de transmission par l'allaitement ont été rapportés. Toutefois, le risque de mourir du SIDA transmis par le lait maternel est généralement plus bas que le risque de la mortalité causée par l'allaitement artificiel (35). Dans certaines conditions, l'allaitement est conseillé jusqu'à six mois d'âge du bébé. (36)

Avant de traiter une femme allaitante, il est crucial de savoir si les médicaments sont vraiment nécessaires puisque la plupart des médicaments d'usage courant passent dans le lait. En effet :

- certains médicaments sont présents dans le lait maternel mais ne sont pas absorbés par l'enfant. Par contre, d'autres donnent des réactions même à une quantité minime.
- certains sont accumulés chez les nouveaux nés par une diminution de la capacité d'élimination et quelques uns sont toxiques pour les nourrissons.
- certains d'entre eux ont un effet galactagogue qui augmente la lactation et d'autres diminuent la lactation, entraînant l'hypogalactie.

Ainsi, il est essentiel de ne prescrire que des médicaments absolument nécessaires chez les femmes allaitantes et il est capital de connaître si le bénéfice pour la mère l'emporte sur le risque du nourrisson.

Tableau 3 : Produits augmentant ou diminuant la lactation :

<p>A- Produits traditionnels qui augmentent la lactation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - infusions d'anis et de fenouil - bouillie d'avoine - amandes, arachides 	<p>B- Médicaments qui augmentent la lactation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chlorpromazine - Metoclopramide - Ocytocine
<p>C- Produits traditionnels qui arrêtent la lactation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - feuilles de noix sur les seins - feuille de vigne - feuille de chou 	<p>D- Médicaments servant à arrêter la lactation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hormones : œstrogène - Diurétiques : Thiazidique - Atropine

Source : Le Généraliste (37)

3- Composition du lait maternel :

Le lait maternel constitue sans aucun doute l'aliment idéal pour le nouveau né.

La composition du lait de chaque espèce est unique. Elle est adaptée aux exigences des petits en croissance et leur fournit l'énergie et les nutriments dont ils ont besoin. (38)

3-1- Le colostrum : (7)

Le colostrum est le premier lait maternel.

Il est produit avant la fin du septième mois de la grossesse, mais peut se produire après l'accouchement.

C'est un liquide de couleur jaune, alcalin, épais, visqueux et coagulant à la chaleur.

Pour le bébé, le colostrum contient des anticorps pour se protéger contre les bactéries et les virus qui entourent le nouveau né à sa naissance. C'est son premier vaccin.

Le colostrum est le premier aliment parfait pour le nouveau né, du fait qu'il contient plus de protéines et de vitamines que le lait maternel mature qui le remplace progressivement.

Quant le bébé reçoit du lait artificiel ou de l'eau tout de suite après l'accouchement, le colostrum est dilué ; les reins du nouveau né ne peuvent pas filtrer la grande quantité de liquide ; ils sont surchargés par cette eau supplémentaire. Les bébés allaités au sein n'ont pas besoin d'eau.

Le colostrum est aussi un laxatif et contribue à l'élimination du méconium.

3-2- Le lait maternel définitif :

3-2-1- Les principaux constituants : (7)

-L'eau : elle constitue l'un des principaux éléments du lait maternel.

L'eau représente 87% du lait maternel.

Elle est en quantité suffisante pour abaisser la soif du bébé même en climat chaud.

-Les matières grasses : elles donnent au bébé de l'énergie et l'aident à prendre du poids Le lait maternel est riche en Acide gras poly insaturé, constituant du cerveau et nécessaire à sa myélinisation.

- Le sucre : elle donne au bébé de l'énergie et de la force pour accomplir ses mouvements.

Le Lactose entre dans la constitution du système nerveux central. Il facilite l'absorption du Fer, du Calcium et la colonisation de l'intestin par le Lactobacillu Bifidus qui représente la flore normale de l'intestin.

- Les protéines : elles servent à constituer ses muscles, ses os, sa peau et d'autres organes.

Il est à noter que le lait de vache contient des protéines difficiles à digérer pour le bébé.

- Le Fer : la teneur en fer du lait maternel satisfait le besoin du bébé ; en plus, il est très bien absorbé dans le corps.

Les bébés nourris au sein ne souffrent pas d'anémie et n'ont pas besoin de fer supplémentaire durant leurs premiers mois de la vie, sauf les prématurés.

La mère reçoit une supplémentation de Fer Acide folique (FAF) pour maintenir ses réserves, en raison d'un comprimé par jour pendant six mois.

- Les vitamines : le lait maternel contient la quantité suffisante de vitamines dont a besoin le bébé.

Le lait maternel est riche en vitamine A qui protège contre les infections respiratoires et les diarrhées.

Le lait maternel aussi est riche en vitamine K et vitamine E mais relativement pauvre en vitamine D.

- Le Calcium et les minéraux : le lait maternel contient le Calcium dont a besoin le bébé ; en plus, d'autres substances comme le Phosphore, et l'Iode qui contribue aussi à la formation des os et des dents.

Il est recommandé à la mère de consommer du sel iodé.

Tableau 4 : Composition comparative du lait maternel et du lait de vache

Par litre	Lait maternel	Lait de vache
- Eau	900mg	900mg
- Protides	12 à 15g	35g
- Lipides	36g	36g
- Glucides	70g de lactose	50g de lactose
- Calcium	300mg	1200 à 1500mg
- Phosphore	160mg	900mg
- Sodium	60mg	400mg
- Fer	3	1mg
- Vitamine	++	+
- Moyens de défense	+++	-
- Oligo-éléments	traces	0

Source : Min de la San 1993(9)

3-2-2- Les moyens de défense : (9)

Tableau 5 : Les différents moyens de défense dans le lait maternel

Facteurs solubles	Facteurs cellulaires
<ul style="list-style-type: none"> - Immunoglobulines : Immunoglobulines A, AS, M, G qui sont des antibactériens et antiviraux. - Lactoferrine - Interférent - Lysozymes - Complément C1, C9 - Les facteurs bifidus 	<ul style="list-style-type: none"> - Macrophages - Lymphocytes - Granulocytes neutrophiles - Cellules épithéliales

Source : Ministère de la Santé 1993 (9)

3-2-3- Autres substances dans le lait maternel : (9)

Tableau 6 : Les autres substances dans le lait maternel

Hormones	Enzymes
<ul style="list-style-type: none"> - Ocytocine - Prolactine - Stéroïdes surrénales et ovariennes - Prostaglandine - Gonadolibérine - Insuline - Thyréostimuline - Somatostatine - Erythropoïétine 	<ul style="list-style-type: none"> - Peroxydase - Lysozymes - Amylase - Lipase - Protidase

Source : Ministère de la Santé 1993 (9)

3-3- Modifications du lait maternel : (31) (39)

3-3-1- Au cours de la tétée :

Les modifications concernent essentiellement le taux de lipide qui augmente en fin de la tétée.

3-3-2- Effets de la durée de la gestation :

Les mères ayant des prématurés donnent moins de lait que celles qui donnent naissance à des nouveaux nés à terme.

Mais, le lait est plus riche en protéines ; le taux de lactose est plus bas.

Pour les lipides, les variations interindividuelles sont plus marquées que celles liées à la durée de la gestation.

Le lait est plus riche en ion Sodium et ion Chlorure.

Pour les autres minéraux, la différence est minime pour le Potassium et inexistant pour le Calcium, le Phosphore et le Magnésium.

Peu de variations existent pour les Immunoglobulines H et G, mais le lait de prématuré contient d'avantages d'Immunoglobulines A.

3-3-3- Durée de la lactation :

La teneur énergétique reste à peu près constante au cours de la période de lactation.

La composition de protéines du lait est qualitativement très semblable, mais quantitativement très différents au cours des derniers mois de la lactation.

Le taux des matières grasses augmente entre le deuxième et dixième jour de la lactation.

Le sodium et le Chlore diminuent lorsque la lactation avance.

3-3-4- Age de la mère :

L'âge de la mère ne semble pas influencer grandement sur la production lactée.

3-3-5- Menstruation :

Il semble que la menstruation diminue la sécrétion du lait car on observe un état stationnaire du poids de l'enfant en cette période notamment durant trois ou quatre jours.

3-3-6- Influence de l'alimentation :

Un régime très riche en matières grasses entraîne une légère variation de leur proportion.

La prise d'une grande quantité de sels minéraux n'a pas réussi à augmenter la teneur minérale du lait maternel. Lorsque le régime est carencé en ces nutriments, il est constaté une diminution discrète dans le lait.

La teneur vitaminique du lait est discrètement influencée par l'apport alimentaire.

3-3-7- Influence de l'esprit sur la sécrétion :

L'état de l'esprit et l'humeur de la femme affectent manifestement la production lactée.

3-3-8- Douleur physique, peur, angoisse morale et préoccupation :

Ces différents caractères peuvent diminuer la quantité du lait, l'arrêter temporairement et même aller jusqu'à la suppression définitive.

3-3-9- Autres facteurs :

Si le sein n'est pas vidé de son contenu, le lait diminue de sa richesse en lactose ou de sa teneur en graisse.

NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE

1- Objectif de l'étude :

L'objectif est d'évaluer l'état de la pratique actuelle d'allaitement maternel exclusif afin de contribuer à la réduction de la malnutrition, et d'émettre des recommandations afin de promouvoir la pratique de l'allaitement maternel par toutes les mères malagasy.

2- Cadre de l'étude :

Nous avons choisi le Centre de Santé Maternelle et Infantile (CSMI) de Tsaralalana, qui est un centre ayant un service de la consultation post natale et un service de la nutrition, pour effectuer notre étude.

Le CSMI de Tsaralalana a été construit en septembre 1955 et ouvert le 24 octobre 1955.

Les activités se limitaient au début aux prestations des soins préventifs, mais actuellement, selon la politique nationale de la santé, le centre est devenu un Centre de Santé de Base niveau II/ Centre de Santé Maternelle et Infantile (CSBII/ CSMI), et l'offre des soins est intégré ; d'où les activités préventives, curatives et promotionnelles.

Le centre a pour objectif de :

- promouvoir la santé du couple mère enfant,
- améliorer le bien être de la famille,
- promouvoir la santé reproductive des adolescents et la santé scolaire.

2-1- Situation géographique :

Le CSMI de Tsaralalana est situé en plein centre ville, dans le premier arrondissement de la Commune Urbaine d'Antananarivo.

C'est un centre accessible à tout le public.

2-2- Les ressources humaines :

Le C SM I de Tsaralalana est dirigé par un Médecin Chef.

Les activités sont menées par une équipe de vingt trois membres du personnel, avec l'appui technique d'un Service de Santé de District d'Antananarivo Renivohitra. Les membres du Comité d'Action sanitaire de la Commune contribuent également à l'accomplissement des activités promotionnelles communautaires.

Ces membres du personnel sont composés de :

- cinq médecins,
- sept sages-femmes,
- quatre infirmières,
- cinq administratifs,
- deux personnels d'appui

Ces activités sont regroupées en quatre volets :

- Les activités préventives : - Vaccination et surveillance épidémiologique
 - Nutrition.
 - Allaitement maternel exclusif.
 - Consultations prénatale et postnatale.
- Les activités curatives : - Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.
 - Consultation des adultes.
 - Consultation scolaire.
 - Santé reproductive.
- Les activités administratives : - Gestion des personnels.
 - Gestion des matériels
 - Planification des activités annuelles.
 - Commandes des vaccins, de médicaments et contraceptifs
 - Certificats médicaux.
- Les activités sur le développement communautaire

L'organigramme est alors comme suit :

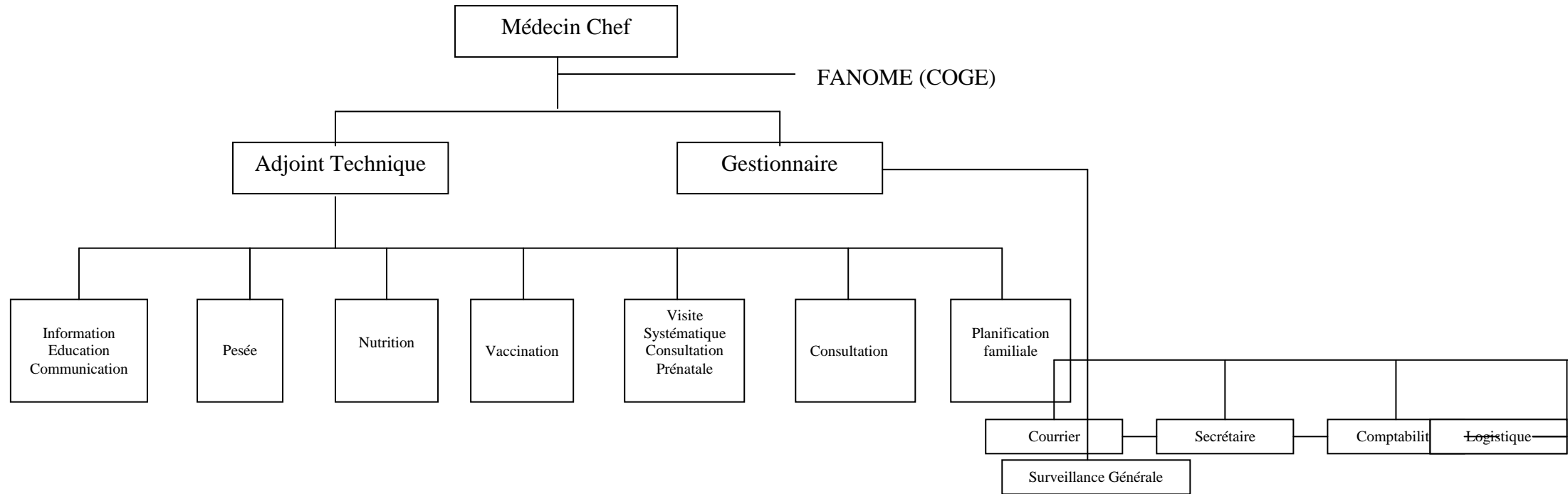


Figure 4
Source : Archives CSMI (40)

2-3- Les ressources matérielles et infrastructures :

Le bâtiment s'étend sur une superficie de 865m² et composé de quinze salles.

Dans ce centre, le service de la nutrition a eu deux salles avec une salle pour la pesée et l'autre pour la nutrition et le visite systématique.

2-4- Quelques indicateurs :

La population totale du secteur sanitaire est de 40086 habitants dont 6382 enfants âgés de 0 à 5 ans.

Les cinq maladies courantes enregistrées au centre, au premier de l'année 2006, sont présentées dans le tableau ci après :

Tableau 7 : Les cinq maladies courantes des bébés, en 2006.

Pathologies dominantes	Rang	Taux
- Infections respiratoires aiguës	Premier	26.68%
- Fièvre (suspicion de paludisme	Deuxième	7.62%
- Diarrhée	Troisième	4.88%
- Affections cutanées	Quatrième	3.97%
- Affections bucco-dentaires	Cinquième	3.84%

Source : Archives CSMI (40)

Le taux de couverture de vaccination du centre, au premier trimestre de l'année 2006, est le suivant :

Tableau 8 : Le taux de couverture vaccinale du centre

Antigènes	Taux
- BCG	112.8%
- DTCoq3 Hep3 Polio3	216.42%
- Anti-rougeoleux	220.43%
- Anti-tétanique2 et plus	85.63%

Le tableau 9 montre le taux de la surveillance nutritionnelle des enfants de zéro à trois ans au premier trimestre de l'année 2006 :

Tableau 9 : Le taux de la surveillance nutritionnelle des enfants au centre

Surveillance	Nombre	Taux
- Nouveaux inscrits	632	19.3%
- Enfants pesées	3283	114.4%
- Malnutrition	23	0.7%

Source : Archives CSMI (40)

2-5- Le service de la nutrition :

Le service de la nutrition est dirigé par deux sage femme, une infirmière et un médecin.

L'occupation des agents de santé est de :

- surveiller les différents paramètres : périmètre crânienne, périmètre brachiale, poids, taille, poids sur taille.
- surveiller la nutrition de l'enfant en donnant le type d'alimentation du bébé selon l'âge.
- informer, éduquer et communiquer les mères si l'enfant a une faible croissance ou un problème d'alimentation.

3- Matériel et méthode :

3-1- Méthode de l'étude :

Nous avons procédé à une enquête retrospective des mères des enfants de six mois à vingt-quatre mois, pour étudier la connaissance et la pratique des mères en allaitement maternel exclusif, au sein du CSMI de Tsaralalana.

Une analyse croisée des données a été adoptée pour établir les résultats de notre travail qui sont illustrés sous forme de tableaux et de diagrammes.

Méthode statistique utilisée :

Le logiciel utilisé est l'Epi-info 6, version française

Le test de Khi deux (X^2) :

- Rappels théoriques sur le test X^2 :

C'est une méthode pour analyser un tableau à double entrée. Elle permet de savoir s'il y a une liaison entre les deux caractères du tableau.

Test X^2 :

Posons :

O = valeur observée d'une case

T = valeur théorique de la même case

C = nombre de colonnes

L = nombre de ligne

d.d.l = degré de liberté

X^2_o = valeur de X^2 obtenu après le calcul

X^2_T = valeur théorique de X^2 lue dans la table de Pearson.

- X^2_o est calculé par la formule : $X^2_o = \sum \frac{(O - T)^2}{T}$

$$d.d.l = (c - 1) (L - 1)$$

N.B : Ce test n'est validé que si le nombre de cases ayant une valeur égale ou supérieur à 5 et inférieure à 20% du nombre total des cases.

3-2- Matériels de l'étude :

Pour avoir les renseignements nécessaire, nous avons comme matériels :

- un questionnaire dirigé, à remplir sur place. (Annexe I)
- le dossier de l'enfant au centre.
- son carnet de santé.

3-3- Déroulement de l'enquête :

160 mères en période d'allaitement, et ayant un enfant de six mois à vingt-quatre mois au moment de l'enquête, ont constitué notre échantillon.

Nous avons mis quinze minutes en moyenne pour remplir un questionnaire.

L'enquête a duré environ trois mois : du 15 Mai 2006 au 10 août 2006.

3-4- Paramètres de l'étude :

Le questionnaire comporte les renseignements concernant la mère et l'enfant.

3-4-1- Renseignements sur la mère :

Nous avons interrogé : l'âge de la mère, la profession, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le niveau de vie, la consultation prénatale, la préparation à l'allaitement, les difficultés liées à l'allaitement, la source d'information en allaitement maternel exclusif, la connaissance en allaitement maternel exclusif, l'attitude et le comportement de la mère allaitante.

3-4-2- Renseignements concernant l'enfant :

Les renseignements concernant l'enfant comprennent : l'âge de l'enfant, le sexe, le type d'allaitement avant le sixième mois, le poids à la naissance, les poids dans les six premiers mois, le poids actuel, la croissance, l'âge de l'introduction du premier complément alimentaire, l'heure de la première tétée, l'état de santé de l'enfant dans les six premiers mois, fréquence de la maladie, et l'état de santé actuel.

Nous avons deux types d'allaitement de l'enfant très différent avant le sixième mois. Ce sont :

- **l'Allaitement Maternel Exclusif ou l'AME :**

qui signifie que le nourrisson est allaité de façon exclusive pendant les six premiers mois, et ne prend aucun liquide, ni solide, ni tétine artificielle, ni sucette ; à l'exception de goutte ou de sirop contenant des vitamines, des sels minéraux ou des médicaments.

- **l'Allaitement Maternel Non Exclusif ou l'AMNE :**

le lait maternel est la principale nourriture du nouveau né pendant les six premiers mois. A part le lait maternel, le bébé reçoit de l'eau ou de boisson à base d'eau (eau sucrée et aromatisée, thé, tisane...) ou du lait artificiel, des jus de fruits, ou des aliments semi solides (bouillie, purée, eau de riz, farilac) ou des aliments solides (biscuits, banane). L'alimentation du nouveau né peut être du lait artificiel seulement.

3-5- Critères d'inclusion et d'exclusion :

En totalité, nous avons pu enquêter 190 mères de famille :

3-5-1- Critères d'inclusion :

Les 160 mères sur les 190 mères interrogées présentent les critères suivants :

- des mères de tout âge qui allaitent au sein ou artificiellement, travaillant ou non.
- des enfants âgés de six à vingt quatre mois inclus.
- des mères ne pratiquant aucune contraception mécanique et chimique.

3-5-2- Critères d'exclusion :

Les 30 mères sur les 190 mères sont sous contraception mécanique ou chimique dans la majorité des cas.

Quelques unes ne veulent pas être enquêtées et les autres ont besoins de soins spéciaux, alors elles ne sont pas incluses dans les résultats.

4- Résultats de l'enquête :

4-1- Approche descriptive :

4-1-1- Connaissance des mères en allaitement maternel exclusif (AME)

- **Tableau 10 : Répartition des mères selon la source d'information et le mode d'allaitement.**

Source d'information	Effectif	Pourcentage
Personnel de santé	97	60.6%
Entourage	38	23.80%
Masse Média	25	15.6%
Ensemble	160	100%

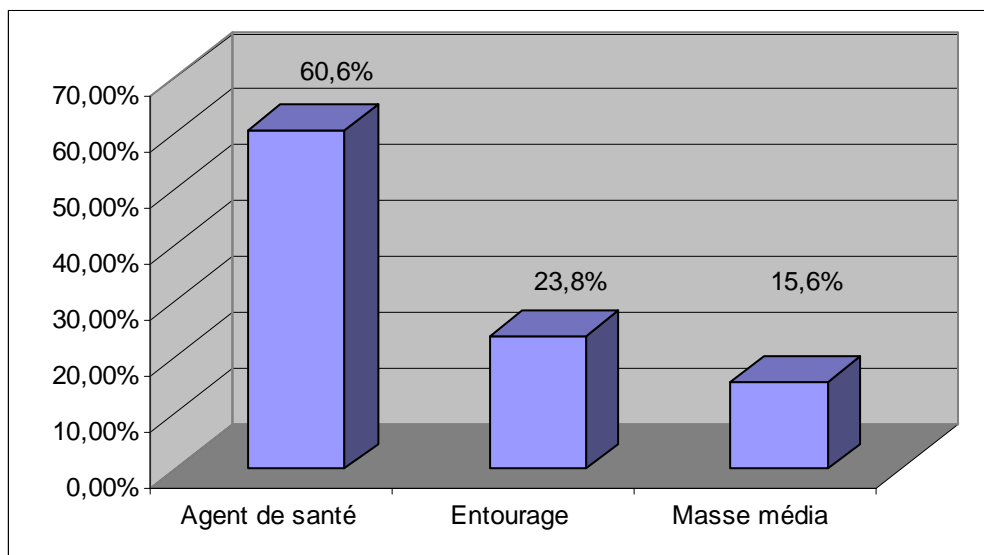


Figure 5 : Pourcentage des mères selon la source d'information en allaitement maternel exclusif.

L'agent de santé constitue la meilleure source d'information en allaitement maternel exclusif pour plus de six mères sur dix.

➤ **Tableau 11 : Répartition des mères selon leur réponse à la connaissance de l'allaitement maternel exclusif**

Réponse	OUI	NON
Avantages de l'Allaitement maternel exclusif	120	40
Pratique de l'Allaitement maternel exclusif	143	17

Le tableau 11 montre que trois quarts des mères enquêtées savent les avantages de l'allaitement maternel exclusif.

Plus d'une mère sur dix ne connaissent pas les méthodes de pratique de l'allaitement maternel exclusif.

4-1-2- Pratique de l'allaitement maternel exclusif :

➤ **Tableau 12: Répartition des mères selon le mode d'allaitement**

Mode d'allaitement	Effectif	Pourcentage
Allaitement maternel exclusif	105	65.6%
Allaitement maternel non exclusif	55	34.4%
Ensemble	160	100%

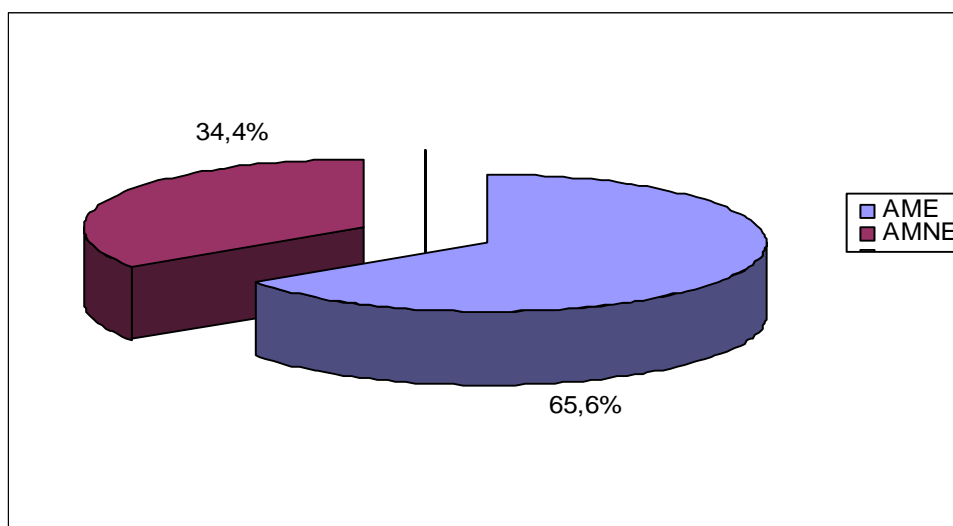


Figure 6 : Pourcentage des mères selon le mode d'allaitement

Le tableau 12 montre que plus de la moitié des bébés ont allaités exclusivement au sein jusqu'à six mois.

Plus de trois mères sur dix pratique l'allaitement maternel non exclusif pendant les six premiers mois

➤ **Tableau 13 : Répartition des mères selon le motif d'application de l'allaitement maternel exclusif (AME):**

Motif de l'application de l'allaitement maternel exclusif	Effectif	Pourcentage
Avantages de l'allaitement maternel exclusif	34	33%
Conseils de l'entourage	23	22.4%
Conseils des agents de santé	15	14.6%
Conviction personnelle	19	18.4%
Lait suffisant	12	11.6%
Ensemble	103	100%

Plus d'une mère sur dix pratiquent l'Allaitement maternel exclusif grâce aux conseils des agents de santé.

4-1-3- Attitude et comportement de la mère allaitante.

➤ **Tableau 14 : Répartition des bébés selon l'heure de la première tétée :**

Heure de la première tétée	Effectif	Pourcentage
Tout de suite après la naissance	135	84.4%
A partir de la 2 ^{ème} heure	25	15.6%
Ensemble	160	100%

84.4% des bébés ont été mis au sein tout de suite après la naissance.

➤ **Tableau 15 : Répartition des bébés selon l'apport de liquide ou de lait artificiel avant la première tétée :**

Liquide ou lait artificiel avant la première tétée	Effectif	Pourcentage
Aucune	140	87.5%
Liquide	13	8.1%
Lait artificiel	07	4.4%
Ensemble	160	100%

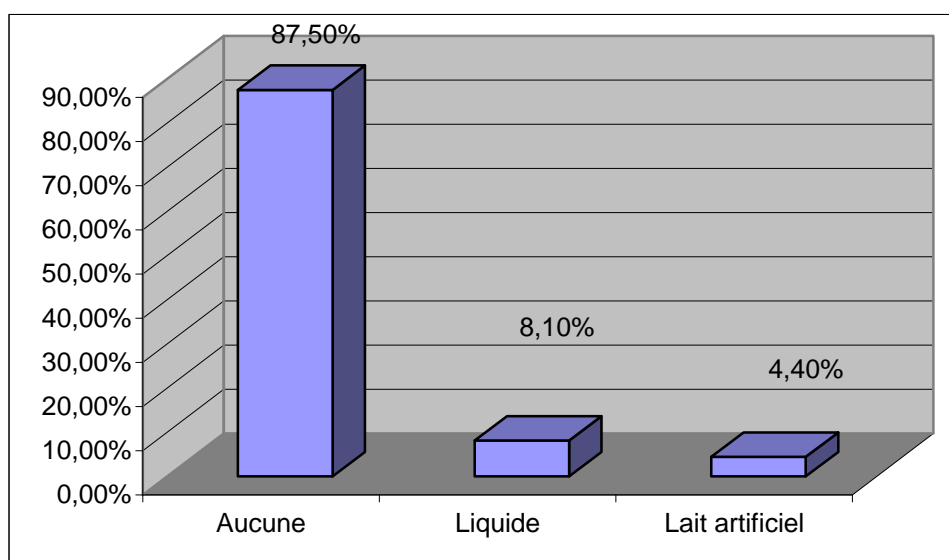


Figure 7 : Pourcentage des bébés selon l'apport de liquide ou de lait artificiel avant la première tétée

Ce tableau montre une prédominance des enfants qui n'ont rien reçu avant la première tétée (87.5%) contre plus d'un cas sur dix qui ont reçu de liquide ou du lait artificiel.

➤ **Tableau 16 : Répartition des bébés selon les motifs de l'apport de liquide avant la première tétée :**

Motif de la prise de liquide avant la première tétée	Effectif	Pourcentage
Conseil de l'entourage	5	38.5%
Mauvaise habitude	8	61.5%
Couveuse	0	0
Suite d'une opération césarienne	0	0
Suite d'une maladie	0	0
Ensemble	13	100%

La mauvaise habitude est la source de plus de six cas sur dix qui ont donné du liquide avant la première tétée.

➤ **Tableau 17 : Répartition des bébés selon les motifs de l'apport du lait artificiel avant la première tétée :**

Motif de la prise du lait artificiel avant la première tétée	Effectif	Pourcentage
Opération césarienne	7	100%
Lait insuffisant	0	0
Conseil de l'entourage	0	0
Maladie de l'enfant	0	0
Maladie de la mère	0	0
Ensemble	7	100%

Suite à l'opération césarienne, sept mères ont donné du lait artificiel avant la première tétée.

➤ **Tableau 18 : Répartition des mères selon l'heure de la montée laiteuse**

Heure de la montée laiteuse	Effectif	Pourcentage
Inférieure à 24 heures	14	8.8%
Entre 24 à 48heures	106	66.2%
Entre 48 à 72 heures	29	18.1%
Supérieur à 72 heures	11	6.9%
Ensemble	160	100%

La montée laiteuse survient pour la majorité des cas entre 24 heures et 48 heures après l'accouchement.

Tableau 19 : Répartition des bébés selon l'apport de liquide ou de lait artificiel avant la montée laiteuse :

Liquide ou lait artificiel avant la montée laiteuse	Effectif	Pourcentage
Aucune	154	96,2%
Liquide	4	2,5%
Lait artificiel	2	1,3%
Ensemble	160	100%

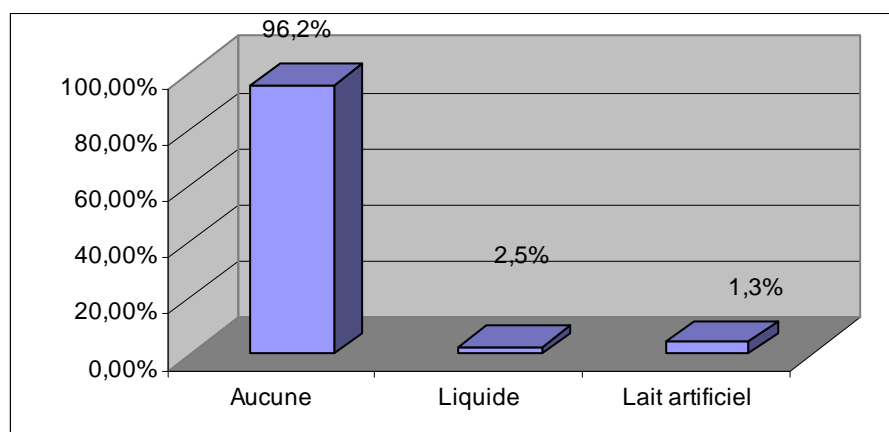


Figure 8 : Pourcentage des bébés selon l'apport de liquide ou de lait artificiel avant la montée laiteuse

La plupart des bébés n'ont reçu aucun liquide avant la montée laiteuse

- **Tableau 20 : Répartition des bébés selon les motifs de l'apport du liquide ou du lait artificiel avant la montée laiteuse**

Motif de l'apport du liquide ou du lait artificiel avant la montée laiteuse	Effectif	Pourcentage
Conseil de l'entourage	3	50%
Conseil des agents de santé	2	33.5%
Conviction personnelle	1	16.5%
Ensemble	6	100%

-Trois enfants sur six ont reçu du lait artificiel ou du liquide à cause du conseil de l'entourage.

-Une mère sur six a décidé de donner du liquide à son petit à cause du retard de la montée laiteuse.

-Deux mères sur six ont donné du lait artificiel avant la montée laiteuse selon le conseil des agents de santé.

➤ **Tableau 21 : Répartition des bébés selon l'âge de la première introduction du premier complément d'alimentation avant le sixième mois :**

Age de l'introduction du premier complément alimentaire	Effectif	Pourcentage
Entre 0 à 1 mois	9	16.4%
A partir de 2 mois	6	10.9%
A partir de 3 mois	22	40%
A partir de 4 mois	6	10.9%
A partir de 5 mois	12	21.8%
Ensemble	55	100%

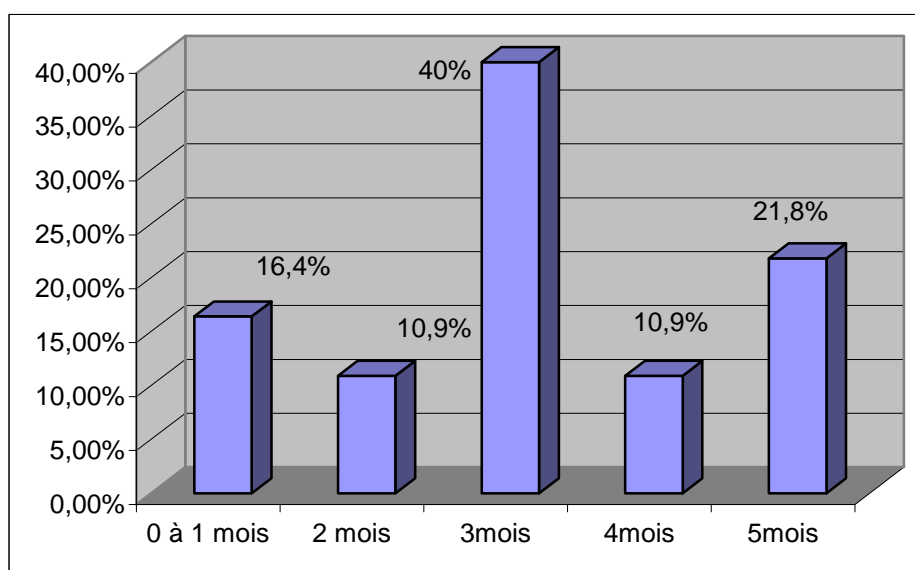


Figure 9 : Diagramme montrant la distribution des bébés selon l'âge de l'introduction du premier complément alimentaire.

- La première introduction d'aliment complémentaire, pour les bébés non nourris exclusivement au sein, est maximum au troisième mois (40%).

➤ **Tableau 22 : Répartition des mères selon les principaux aliments complémentaires utilisés avant le sixième mois :**

Principaux aliments complémentaires	Effectif	Pourcentage
Liquide (eau pure, eau sucrée, eau de riz)	10	18.2%
Jus (tomate, fruits)	6	10.9%
Aliments semi solides (bouillie, farilac)	6	10.9%
Aliments solides (biscuits, banane)	27	49.1%
Lait artificiel	6	10.9%
Ensemble	55	100%

Le tableau 23 montre que plus de quatre enfants sur dix prennent du lait artificiel avant le sixième mois.

➤ **Tableau 23 : Répartition des mères selon le motif de l'introduction des aliments complémentaires avant le sixième mois.**

Motif de l'introduction du complément alimentaire avant le sixième mois	Effectif	Pourcentage
Absence fréquente de la mère	2	3.5%
Mère travaillant en dehors du foyer	14	24.6%
Lait insuffisant	10	17.6%
Habitude	5	8.7%
Conseil de l'entourage	8	14.1%
Gain de poids faible	5	8.7%
Maladie de l'enfant	1	1.8%
Maladie de la mère	1	1.8%
Bébé pleurnicheur	4	7%
Besoin d'eau	2	3.5%
Sans raison	5	8.7%
Ensemble	57	100%

- 24.6% des mères ont donné des aliments complémentaires à son bébé à cause de son travail.

4- 2- Approche analytique :

4-2-1- Concernant la mère :

- **Tableau 24 : Répartition des mères selon l'heure de la première tétée et l'heure de la montée laiteuse:**

Heure de la première tétée	Heure de la montée laiteuse				Total
	<24h	24 à 48 h	48 à 72h	>72h	
Tout de suite après la naissance	14	102	16	3	135
A partir de la deuxième heure	0	4	13	8	25
Ensemble	14	106	29	11	160

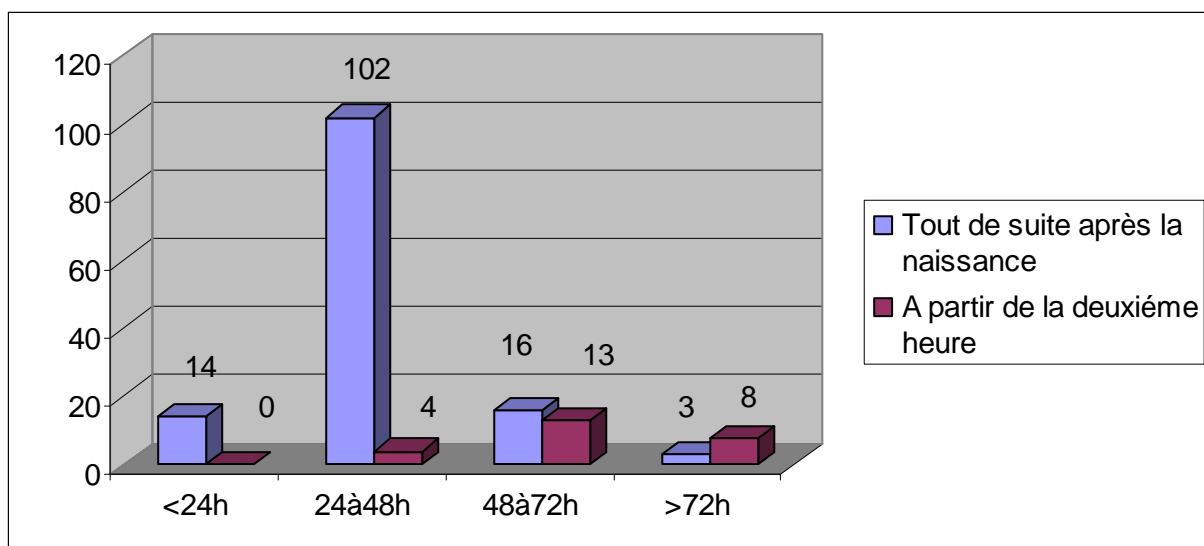


Figure 10 : Diagramme montrant la distribution des bébés selon l'heure de la premier tétée et l'heure de la montée laiteuse.

$V_p = 0 \lll 0.05$, cela veut dire que le test de Khi deux est significatif.

L'heure de la montée laiteuse est liée à l'heure de la première tétée.

- **Tableau 25 : Répartition des mères selon l'âge et le mode d'allaitement :**

Age de la mère	AME	AMNE	Effectif

Entre 16 à 24 ans	47	16	63
Entre 25 à 34 ans	51	31	82
Supérieur ou égal à 35 ans	7	8	15
Ensemble	105	55	160

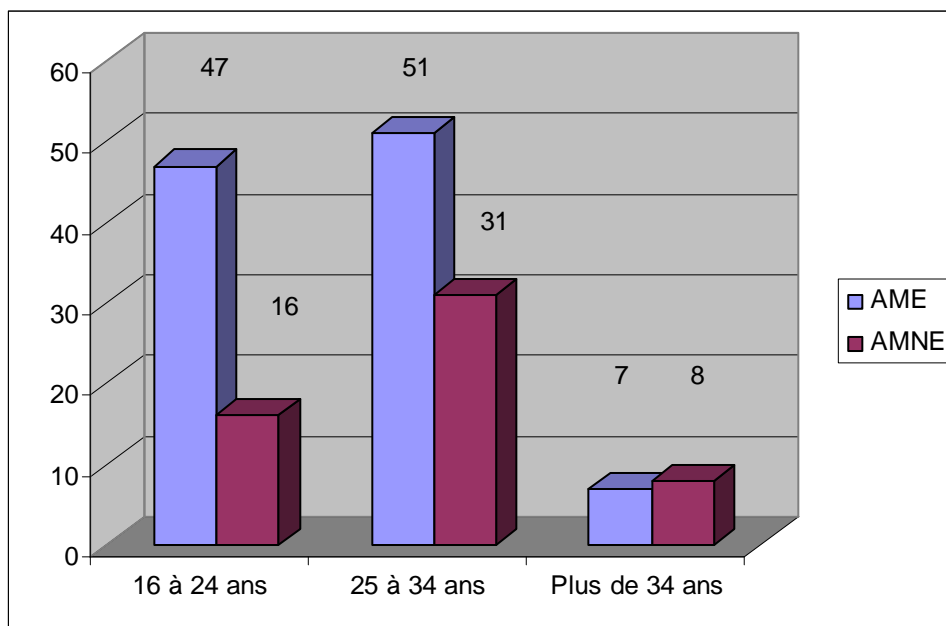


Figure 11 : Diagramme montrant la distribution des mères selon l'âge et le mode d'allaitement.

$V_p = 0,04 < 0,05$, le test est significatif.

Par conséquent, il y a une corrélation entre l'âge de la mère et le mode d'allaitement.

➤ **Tableau 26 : Répartition des mères selon le niveau d'instruction et le mode d'allaitement :**

Niveau d'instruction	AME	AMNE	Effectif
----------------------	-----	------	----------

Non cultivée	6	0	6
cultivée	99	55	154
Ensemble	105	55	160

$V_p = 0,3 > 0,05$, le test est non significatif

Le niveau d'instruction et la mode d'allaitement ne montrent pas une différence significative, c'est –à –dire que ces deux variables n'ont pas de relations.

➤ **Tableau 27 : Répartition des mères selon leur parité et le mode d'allaitement :**

Parité	AME	AMNE	Effectif
Primipare	30	8	38
Paucipare	30	14	44
Multipare	45	33	78
Ensemble	105	55	160

$V_p = 0,06 > 0,05$, le test est non significatif.

Il n'y a pas de différence significative entre ces deux paramètres.

➤ **Tableau 28 : Répartition des mères selon la profession et le mode d'allaitement :**

Profession des mères	AME	AMNE	Effectif
Ménagères	80	20	100
Etudiantes	7	2	9
Salariées	18	33	51
Ensemble	105	55	160

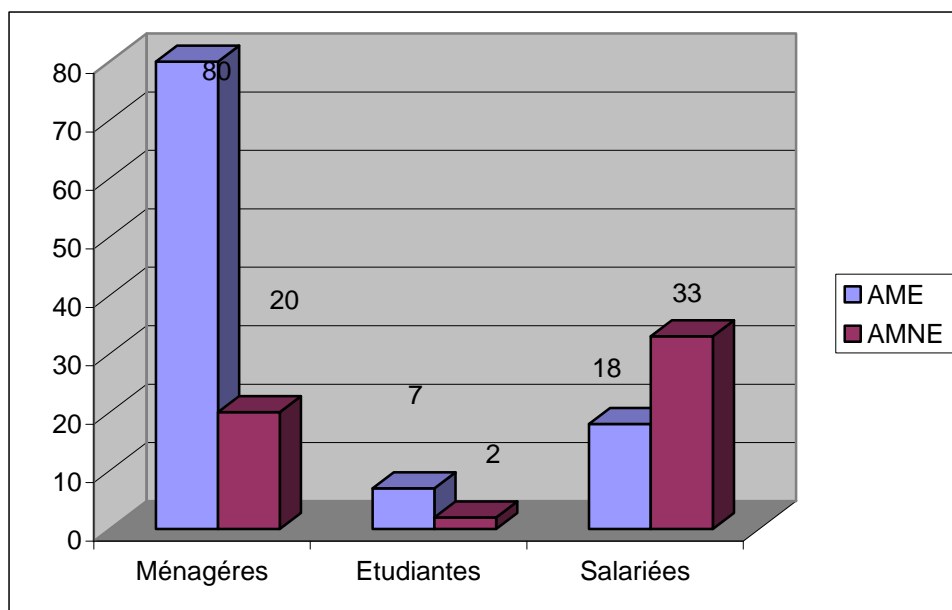


Figure 12 : Diagramme montrant la distribution des mères selon la profession et le mode d'allaitement.

$V_p = 0 \lll 0,05$, le test est significatif.

Ainsi, la profession de la mère a une influence sur le mode d'allaitement du bébé : les femmes ménagères pratiquent beaucoup plus l'allaitement maternel exclusif.

➤ **Tableau 29 : Répartition des mères selon la situation matrimoniale et le mode d'allaitement :**

Situation matrimoniale	AME	AMNE	Effectif
Mariée légitimement	87	37	124
Mariée illégitimement	18	18	36
Ensemble	105	55	160

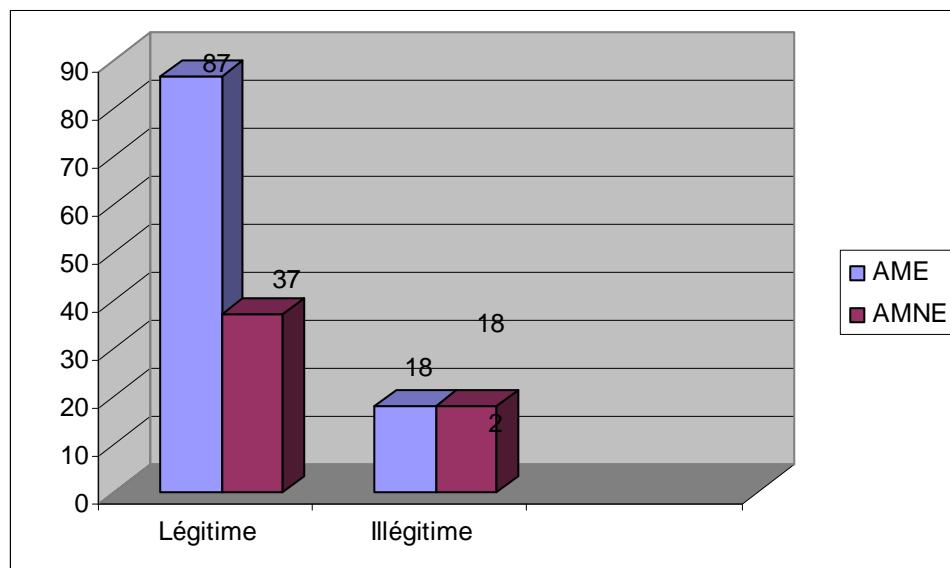


Figure 13 : Diagramme montrant la distribution des mères selon la situation matrimoniale et le mode d'allaitement.

$V_p = 0,04 < 0,05$, le test est significatif.

La situation matrimoniale a un rapport avec le mode d'allaitement : la situation stable favorise l'allaitement maternel exclusif.

➤ **Tableau 30 : Répartition des mères selon le niveau de vie et le mode d'allaitement :**

Niveau de vie	AME	AMNE	Effectif
Niveau de vie bas	37	9	46
Niveau de vie moyen	53	25	78
Niveau de vie élevé	15	21	36
Ensemble	105	55	160

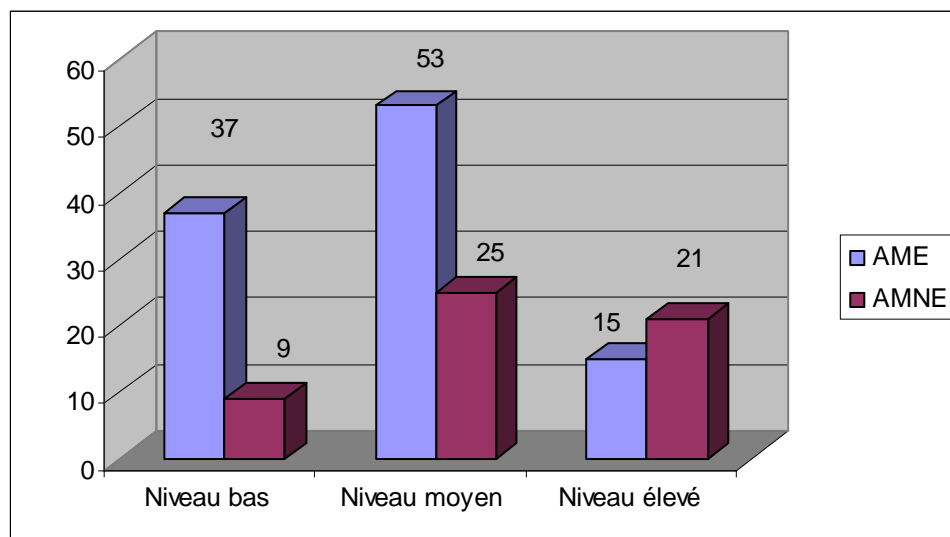


Figure 14 : Diagramme montrant la distribution des mères selon le niveau de vie et le mode d'allaitement.

$V_p = 0,001 < 0,05$, le test est significatif.

Le niveau de vie et le mode d'allaitement sont liés dans notre étude : la mère à niveau de vie bas ou moyen a tendance à pratiquer l'allaitement maternel exclusif.

4-2-2- Difficultés liées à l'allaitement :

➤ **Tableau 31 : Répartition des mères selon la préparation ou non du sein pendant la grossesse et les difficultés à l'allaitement :**

Difficulté à l'allaitement	Préparation des seins		Total
	OUI	NON	
Aucune	138	1	139
Crevasse	9	6	15
Autres	5	1	6
Ensemble	152	8	160

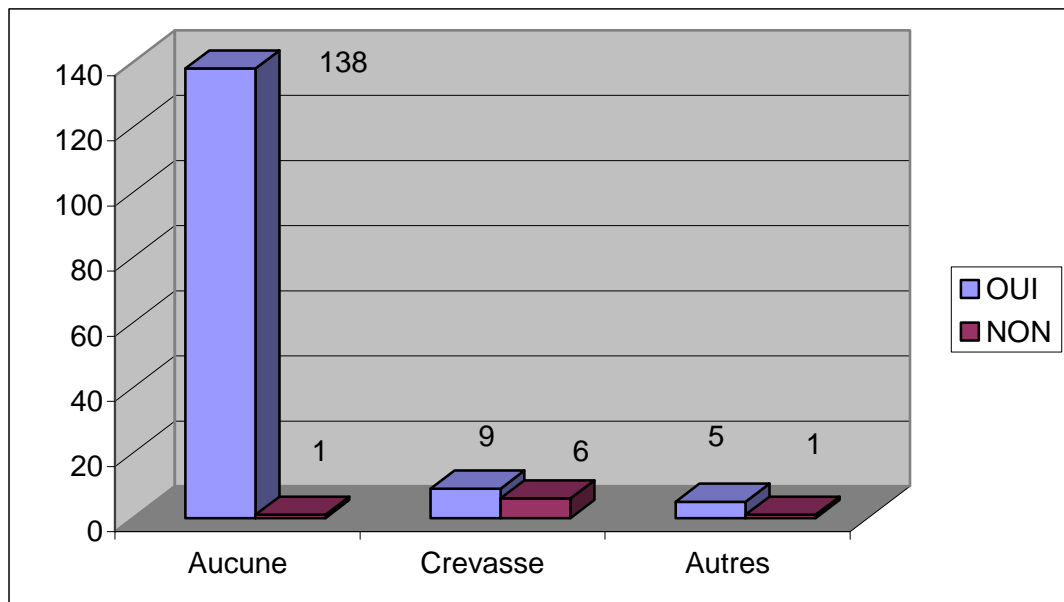


Figure 15 : Diagramme montrant la distribution des mères selon la préparation ou non du sein pendant la grossesse et les difficultés à l'allaitement

$V_p = 0 \lll 0,05$, le test est significatif.

L'absence de la préparation du mamelon pendant la grossesse favorise les crevasses et les autres infections.

4-2-3- Etude sur les bébés :

- **Tableau 32 : Répartition des bébés selon leur poids à la naissance et le mode d'allaitement :**

Poids à la naissance	AME	AMNE	Effectif
Inférieur à 2.5 kg	3	2	5
Entre 2.5 et 3,5 kg	86	43	129
Supérieur ou égal à 3.5 kg	16	10	26
Ensemble	105	55	160

$V_p = 0,85 > 0,05$, le test est non significatif.

Le poids à la naissance n'a pas d'influence sur le mode d'allaitement du bébé.

➤ **Tableau 33 : Répartition des bébés selon la croissance et le mode d'allaitement :**

Croissance	AME	AMNE	Effectif
Bande verte	96	45	141
Bande jaune	9	9	18
Bande rouge	0	1	1
Ensemble	105	55	160

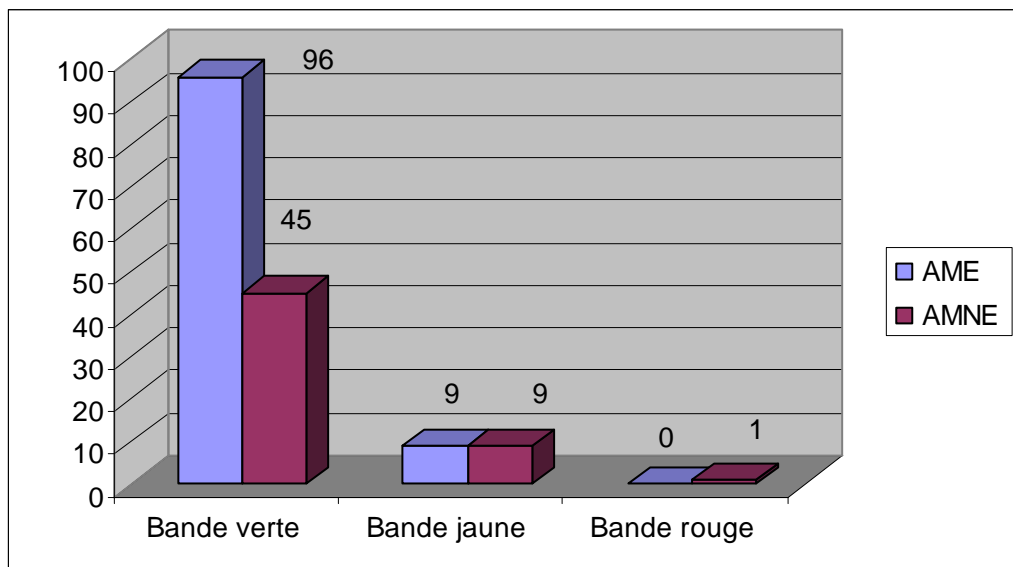


Figure 16 : Diagramme montrant la distribution des bébés selon la croissance et le mode d'allaitement :

$V_p = 0,012 < 0,05$, le test est significatif.

L'allaitement maternel exclusif donne une meilleure croissance.

➤ **Tableau 34 : Répartition des bébés selon la fréquence des maladies pendant les six premiers mois et le mode d'allaitement :**

Fréquence des maladies	AME	AMNE	Effectif
Une maladie	14	24	38
Deux maladies	5	9	14
Supérieur à deux maladies	0	2	2
Aucune maladie	86	20	106
Ensemble	105	55	160

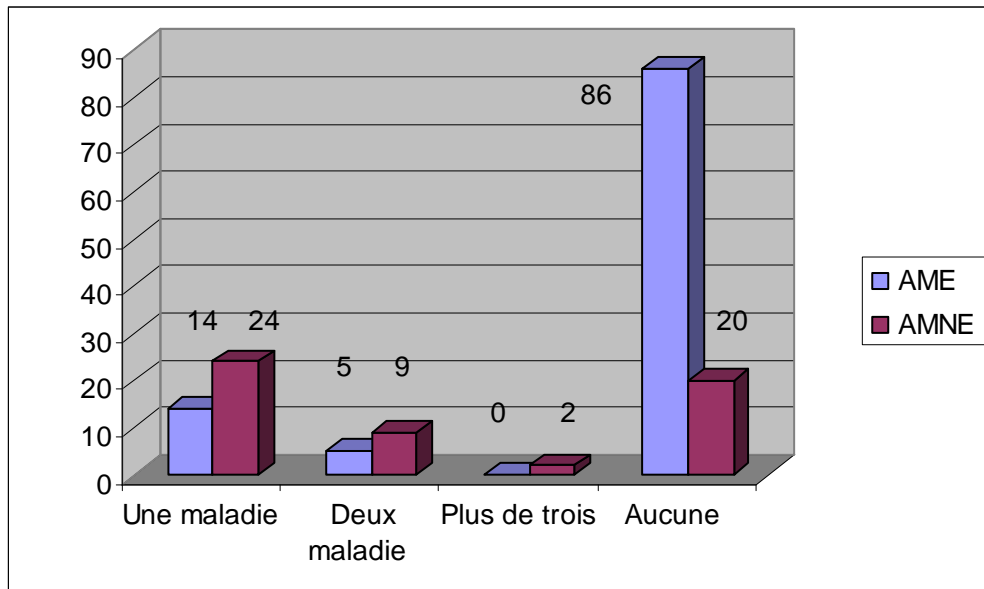


Figure 17 : Diagramme montrant la distribution des bébés selon la fréquence de la maladie et le mode d'allaitement :

$V_p = 0,041 < 0,05$, le test est significatif.

Il existe une relation entre l'allaitement maternel exclusif et la fréquence des maladies pendant les six premiers mois. L'allaitement maternel exclusif diminue les risques de maladie.

COMMENTAIRES- DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

1- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

1-1- Connaissance, pratique et comportement des mères sur l'allaitement maternel exclusif :

1-1-1- Connaissance des mères en allaitement maternel exclusif :

a- Concernant les sources d'information :

L'enquête a montré que les agents de santé constituent la première source d'information sur l'allaitement maternel exclusif pour plus de la moitié des mères (60,6%), puis l'entourage pour plus d'une femme sur cinq, enfin les médias pour quelques uns.

D'après l'étude fait par BAKOLIARIMASY, en 1999 (41), la radiophonie fait la meilleur source d'information en allaitement maternel exclusif.

En 2001, RANDRIANANTENAINA a montré que 75% des mères connaissent l'allaitement maternel exclusif selon les informations reçues par les agents de santé (42).

Au vue de ces résultats, les agents de santé constituent des éléments clés dans la stratégie de changement de comportement des mères. Or en général, les informations reçues sont insuffisantes alors les mères qui connaissent cette méthode d'allaitement sont diminuées.

Les médias sont importants aussi pour cibler les gens. Mais selon l'Enquête Démographique de la Santé en 2003 (EDSMD- III), 17,7% des ménages n'ont pas eu de médias à Antananarivo (43), alors il est impossible de partager les messages pour ces familles.

Le renforcement des informations émanant d'autre ressource que les agents de santé pour cibler la population sont importants.

b- Concernant la connaissance sur l'allaitement maternel exclusif :

Les mères de notre étude ont une connaissance peu satisfaisante sur l'Allaitement maternel exclusif :

- trois quart des mères enquêtées savent les avantages de l'Allaitement maternel exclusif.
- 89.4% des mères ont adoptées les pratiques optimales de l'Allaitement maternel exclusif.

Les mères ont besoin d'information spécifique appropriée du point de vue culturel qui réponde à leur contrainte et qui leur permet de faire un meilleur choix.

1-1-2- Pratique de l'allaitement maternel exclusif :

a- Mode d'allaitement :

➤ Allaitement maternel :

L'Enquête Démographique et de la Santé à Madagascar (EDSMD-III) en 2003 (43), montre que la quasi-totalité des enfants malgaches ont été allaités au sein, soit 98%, à Antananarivo.

Notre étude au mois de Mai 2006 jusqu'au mois d'Août 2006, au CSMI de Tsaralalana, a montré que 99.4% des mères ont allaité leur bébé au sein.

L'allaitement maternel demeure le mode d'alimentation le plus adopté pour les mères fréquentant le centre de notre étude.

➤ Allaitement maternel exclusif :

Dans notre étude, plus de six mères sur dix ont allaités exclusivement leur bébé pendant les six premiers mois (65,4%).

Comparativement au résultat de 68%, effectué par Linkages, en 2000 à Antananarivo ville (44), notre étude fait constater une baisse de la pratique de l'allaitement maternel exclusif pour l'année 2006.

b- Motivation de l'allaitement maternel exclusif :

Parmi les 105 cas des mères qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif, leur motivation est liée aux avantages nutritionnels, affectifs, contraceptifs et économiques de ce mode d'allaitement des bébés pour 32,2%.

Par ailleurs, les agents de santé ont eu une influence non négligeable, pour plus d'une mère sur dix, dans l'information, l'éducation et la communication sur l'allaitement maternel exclusif.

Il est à noter que 18% des femmes utilisent l'allaitement maternel exclusif par leur propre conviction que nous jugeons d'origine culturelle.

1-1-3- Attitude et comportement des mères allaitantes :

a- Heure de la première tétée- Prise d'autres liquides avant la première tétée- Motifs de la prise d'autres liquides avant la première tétée :

➤ Heure de la première tétée :

Selon l'Enquête Démographique et de la Santé en 2003, 62% des mères enquêtées, à Antananarivo, ont allaitées leur bébé dès la première heure après la naissance (43).

L'initiation de l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance a augmenté de 34 à 73%, à Antananarivo, selon Linkages en 2000 (44).

Notre étude montre que la mise au sein dès la première heure après la naissance est presque acquise pour la majorité des femmes car le taux des bébés ayant bénéficié a nettement augmenté par rapport aux études antérieures (84.4%).

➤ Prise de liquide ou du lait artificiel avant la première tétée :

Selon l'Enquête Démographique et de la Santé en 2003, 32% des mères enquêtées à Antananarivo, ont donné de liquide ou du lait artificiel avant la première tétée.

Le tableau 16 de notre étude relate que la non introduction de liquide avant la première tétée est déjà un principe acquis pour 87.6%.

Nous constatons après ces différents résultats une forte augmentation de la non introduction de liquide avant la première tétée.

➤ **Motifs d'apport d'autres liquides avant la première tétée :**

Notre étude a montré que plus de six mères sur dix ont donné de liquide avant la première tétée à cause de la mauvaise habitude.

La manque d'information est à l'origine de cette habitude dépassée.

Tandis que sept mères parmi les mères enquêtées, ont donné avant la première tétée du lait artificiel suite à une opération césarienne. Mais après deux ou trois jours, le bébé peut prendre le lait maternel comme tous les autres bébés.

b- Heure de la montée laiteuse- Prise d'autres liquides avant la montée laiteuse- Motifs de la prise d'autres liquides avant la montée laiteuse :

➤ **Heure de la montée laiteuse :**

En général, la montée laiteuse ne commence qu'entre le troisième et le cinquième jour après la naissance (29).

Le tableau 19 de notre étude montre que plus de sept mères sur dix ont la montée laiteuse dans moins de quarante huit heures après la naissance.

D'après le tableau 29, la mise au sein du bébé immédiatement après la naissance favorise la montée laiteuse avant deux jours, c'est à dire avant cette limite.

➤ **Prise d'autres liquides avant la montée laiteuse :**

Dans notre étude, la non introduction de liquides avant la montée laiteuse est presque acquise dans la majorité des cas (96.2%).

➤ **Motifs de la prise d'autres liquides avant la montée laiteuse :**

Notre étude a montré que deux mères sur six ont donné du lait artificiel avant la montée laiteuse grâce aux conseils des agents de santé, tandis que trois mères entre elles ont donné du liquide avant la montée laiteuse après le conseil de l'entourage.

Il faut rassurer la mère qu'il n'est pas nécessaire de lui donner de l'eau car un bébé naît avec une réserve d'eau qui le garde bien hydraté jusqu'à ce qu'arrive la montée laiteuse.

c- Age de l'introduction du premier complément alimentaire- Motifs de l'introduction du premier complément alimentaire :

➤ **Age de l'introduction du complément alimentaire :**

34.4% des nouveaux nés de notre enquête reçoivent des aliments liquides, semi solides ou solides en plus du lait maternel avant le sixième mois.

L'introduction du premier complément alimentaire est fréquente à l'âge du troisième mois (40%).

10,9% des bébés le reçoivent au quatrième mois et au deuxième mois, 21,8% des bébés au cinquième mois.

16,4% des bébés reçoivent très tôt de complément alimentaire, c'est-à-dire entre zéro à un mois.

D'après l'enquête faite par le service de la nutrition en 1996, 37% des nouveaux nés reçoivent des aliments complémentaires avant le sixième mois (45). Nous constatons alors une baisse de l'introduction des aliments complémentaires avant le sixième mois.

L'introduction d'aliment de complément fait courir à l'enfant le risque de sevrage prématuré, d'où le risque d'infection (5).

➤ **Motifs de l'introduction du complément alimentaire :**

- **Lait insuffisant :**

L'insuffisance du lait maternel constitue la principale raison de l'introduction de complément d'alimentation pour 14,5% des bébés de notre étude.

Alors qu'allaiter plus souvent, augmentera la production du lait.

- **Mauvaise habitude et conseil de l'entourage :**

Pour plus d'une femme sur cinq, la mauvaise habitude et les conseils de l'entourage à donner du liquide autre que le lait maternel, avant l'âge de six mois, constituent encore un obstacle à lever pour la bonne pratique de l'Allaitement maternel exclusif.

- Mère travaillant en dehors du foyer :

Dans notre étude, le manque de temps pour la mère qui travaille a été cité comme obstacle pour la pratique de l'Allaitement maternel exclusif. Certaines mères affirment qu'amener leur bébé au bureau est interdit, surtout pour les sociétés privées ou les Organisations Non Gouvernementales (ONG). D'autres parlent de difficultés à les amener dans le lieu de travail.

1-2- Relation entre les facteurs épidémiologiques et l'allaitement maternel exclusif :

1-2-1- Age de la mère et allaitement maternel exclusif:

La moitié des mères enquêtées sont âgées de 25 à 34 ans, et 63,4% des mères, soit 51 mères sur 82 utilisent l'allaitement maternel exclusif.

Les femmes plus de 35 ans pratiquent l'allaitement maternel non exclusif car elles savent que le lait seul ne suffit pas pour le bébé avant l'âge de six mois.

Alors il y a une corrélation entre l'âge de la mère et le mode d'allaitement bébé.

Cependant, en analysant le lait des mères de 14 ans qui donnaient le sein et celui des femmes de 35 ans et plus, il n'y a pas de modification sensible en ce qui concerne la qualité et la quantité du lait. (31)

1-2-2- Niveau d'instruction de la mère et allaitement maternel exclusif :

D'après le tableau 27, il n'y a pas de dépendance entre le mode d'allaitement et le niveau d'instruction.

L'étude faite par RANDRIANANTENAINA a montré que les mères plus instruites pratiquent l'allaitement maternel exclusif (42).

En réalité, les femmes instruites acquièrent sans doute une meilleure connaissance de la composition équilibrée du lait maternel et devraient donner exclusivement au sein puisqu'elles sont plus aptes à concevoir les informations (46).

1-2-3- Parité et allaitement maternel exclusif :

Dans notre étude, le nombre d'enfants varie d'un à neuf enfants.

Le nombre des enfants n'a pas d'influence sur l'allaitement maternel exclusif.

Alors que l'étude réalisée par Branger et ses équipes a trouvé que la multiparité favorise la pratique de l'allaitement (47).

1-2-4- Profession de la mère et allaitement maternel exclusif :

L'occupation de la mère a une influence sur la pratique de l'allaitement maternel exclusif, d'après le test de Khi deux.

Les mères ménagères enquêtées sont plus disponibles que celles qui font des activités en dehors du foyer.

1-2-5- Situation matrimoniale et allaitement maternel exclusif :

Notre étude relate que plus de deux tiers des femmes mariées légitimement ont pratiquées l'allaitement maternel exclusif.

La moitié des mères célibataires n'utilisent pas l'allaitement maternel exclusif.

La situation stable constituerait un élément favorable à la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Ce fait s'explique par la non disponibilité des femmes à situation familiale difficile.

Autrement dit, plus la situation matrimoniale est stable, plus l'allaitement maternel est exclusif.

1-2-6- Niveau de vie et allaitement maternel exclusif :

Plus de six mères sur dix qui se trouvent dans une couche sociale moyen pratiquent l'allaitement maternel exclusif, d'après l'étude analytique.

L'allaitement maternel exclusif est encore le meilleur choix pour les conditions socio-économique défavorisées.

Mais quelque soit le niveau de vie de la famille, l'allaitement maternel exclusif donne beaucoup des avantages pour les bébés.

1-2-7- Poids du bébé à la naissance et allaitement maternel exclusif :

La plupart des bébés ont un poids à la naissance supérieur à 2.5 kg,

Dans notre étude, le poids de naissance n'a pas d'influence particulière sur la décision de l'allaitement maternel exclusif par les mères.

1-2-8- Croissance du bébé et allaitement maternel exclusif :

Presque la totalité des bébés allaités exclusivement au sein a une croissance supérieure à la normale (91,4%).

L'allaitement maternel exclusif donne au bébé une meilleure croissance pendant les six premiers mois.

Alors, plus l'allaitement au sein est de façon exclusif, plus la croissance est normale.

1-2-9- Fréquence de la maladie du bébé et allaitement maternel exclusif :

Dans notre étude, la grande majorité des bébés nourris exclusivement n'ont aucune maladie pendant les six premiers mois (93.2%).

Plus de la moitié des bébés non nourris exclusivement au sein présentent de la maladie avant le sixième mois.

Les bébés nourris exclusivement au sein sont indemnes de maladie infectieuse, en général. L'allaitement au sein contribue à protéger le bébé et les jeunes enfants contre les maladies.

L'allaitement maternel exclusif diminue les risques de maladies.

1-3- Difficultés liées à l'allaitement et toilette de mamelon :

Dans notre étude, l'absence d'une préparation du mamelon pendant la grossesse favorise les crevasses et les autres infections.

Les agents de la santé au cours de la consultation prénatale doivent bien informer les mères sur la préparation du sein et sur la conduite à tenir devant les problèmes du sein.

2- SUGGESTIONS ET PROPOSITIONS :

Les résultats de l'enquête que nous avons effectué, d'une part, sont le souci d'apporter notre contribution à l'amélioration, au développement, et à la promotion de l'allaitement maternel exclusif, d'autre part, nous amènent à donner les suggestions suivantes :

1- Renforcer les Information- Education- Communication ou l'IEC pour le changement de comportement des femmes en matière d'allaitement maternel exclusif en adoptant l'approche participative au cours des échanges ; par exemple :

- inciter les mères à témoigner sur les avantages de l'allaitement maternel exclusif, au cours de la sensibilisation ;

- élargir le public cible des messages : non seulement les mères allaitantes, mais aussi leur entourage ou l'influence de l'entourage dans notre étude sur les conseils d'alimentation que certaines mères suivent ;

- renforcer les Information- Education- Communication par voie médiatique ;

- renforcer les Information- Education- Communication émanant d'autres ressources que les agents de santé, comme éducateurs de la population, pour cibler la population ne fréquentant pas les formations sanitaires ;

- intégrer la politique de l'allaitement maternel exclusif dans les programmes scolaires à tous les niveaux, pour la préparation des jeunes ;

- informer et éduquer les dirigeants d'Etablissements employant des femmes en âge de procréer sur l'allaitement maternel exclusif ;

- renforcer la sensibilisation du couple sur l'intérêt de la Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA), en insistant sur les trois critères de la réussite de cette méthode, qui sont : bébé moins de six mois, absence de retour de couche, et allaitement maternel exclusif, à la demande jour et nuit, car si l'un de ces critères n'est pas satisfait, la méthode ne serait pas efficace.

2-Renforcer la formation des agents de santé.

3-Renforcer la préparation de l'allaitement au sein pendant la période de la grossesse pour éviter les difficultés. Par exemple :

-élargir la période des soins périnataux, période déterminante pour le succès de l'adoption et de la continuation de l'allaitement maternel exclusif, car c'est le moment de l'interaction entre le personnel de soins qui exerce le plus grande influence sur l'attitude des mères à l'égard de l'allaitement maternel exclusif et de la Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée ou MAMA.

-intégrer dans les services périnatales un examen systématique des seins pour détecter d'une manière précoce les problèmes du sein.

-aider les mères à résoudre les problèmes liés à l'allaitement aux seins au cours des consultations post natales :

➤ Pour la montée laiteuse tardive :

encourager le à faire téter fréquemment et régulièrement le nouveau né.

➤ Pour les crevasses des mamelons :

- corriger la position de l'enfant au sein
- conseiller la mère à poursuivre l'allaitement
- faire exposer les mamelons à l'air, au soleil, autant que possible entre les tétées.

➤ Pour les mamelons plats :

pincer délicatement l'aréole entre les deux doigts bien propre, avant de mettre le bout du sein dans la bouche du bébé.

➤ Pour les mamelons douloureux :

corriger la position du bébé quand il tète et lui donner le sein dont le mamelon n'est pas douloureux.

Dans la plupart des cas, la douleur se réduit progressivement, mais si nécessaire, donner à la mère du Paracétamol pour la soulager.

➤ Pour l'engorgement :

il faut apprendre à la mère à donner le sein correctement et si nécessaire extraire le lait ou mettre une compresse chaude sur le sein ou bien faire prendre à la mère un bain ou une douche chaude.

➤ Pour l'infection mammaire :

Mettre des compresses froides sur le sein ou consulter un professionnel de la santé qualifié.

- Pour l'abcès du sein :

L'intervention chirurgicale s'impose pour le drainage.

4- Aider les mères qui se plaignent de n'avoir pas assez du lait maternel :

- expliquer aux mères qu'il n'y a pas seulement que les deux signes qui suivent sont liés à l'insuffisance du lait : (48)

- le faible gain de poids (500g/mois)
- la petite quantité d'urines concentrées.

- Commencer très tôt la tétée pour faire avancer la montée laiteuse ;

- Toutes les femmes allaitantes devraient connaître qu'il y a d'autres raisons qui peuvent nuire à la production du lait maternel. Elles sont prescrites le tableau 35 :

Tableau 35 :Raisons pour lesquelles un bébé ne peut pas obtenir assez du lait maternel

Facteurs d'allaitement maternel	Facteurs psychologiques de la mère	Conditions physiques de la mère	Condition du bébé
-Première tétée retardée ; - Tétée espacée ; - Non allaitement la nuit ; - Allaitement bref ; - Manque d'affection ; -Biberon, aliments complémentaires.	-Manque de confiance ; - Inquiétude, stress ; - Rejet du bébé ; - Fatigue.	- Pilule contraceptive ; - Grossesse ; - Malnutrition sévère ; - Alcool, tabac .	- Maladie ; - Anomalie.

Source : Not enough milk (49)

- Allaiter fréquemment les bébés de zéro à six mois au moins huit à dix fois en 24 heures, tout en lui ré expliquant la physiologie de la lactation ;

-Faire un suivi chaque semaine jusqu'à ce qu'elle ait gagné la confiance en elle-même.

5- Proposition pour les établissements qui emploient des mères allaitantes et pour les mères qui travaillent à l'extérieur du foyer :

- Augmenter la période de congé de maternité pour favoriser la pratique adéquate et efficace de l'allaitement maternel exclusif ;

- Mettre en place un Lactarium ou un endroit réserver pour l'allaitement dans tous les Etablissements employant des femmes en âge de procréer ;

- Encourager les mères cultivatrices et éleveurs d'apporter avec elle leur bébé pour faciliter l'allaitement maternel exclusif ;

- Promouvoir l'utilisation d'extrait de lait maternel ;

- Donner un « Label » aux sociétés favorisant l'allaitement maternel exclusif

(lactarium ...)

CONCLUSION

Comme dans tous les pays en voie de développement, la mortalité infantile consécutive à la malnutrition et à la négligence de l'allaitement maternel, constitue l'une des premières préoccupations des responsables de santé de la mère et de l'enfant. A Madagascar, la Politique Nationale de la santé donne une place importante à la promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif pour l'amélioration des conditions de survie des enfants de zéro à six mois.

L'allaitement maternel exclusif (AME) consiste à ne rien donner aux bébés de moins de six mois que le lait maternel.

Parlant de l'alimentation, le lait maternel est le mieux adapté pour les besoins nutritionnels des bébés, car ce lait constitue non seulement le meilleur aliment du nourrisson sur le plan sanitaire et affectif, mais aussi il coûte moins cher.

Notre étude, intitulé « Pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif au sein du CSMI de Tsaralalana » a été réalisée le mois de Mai au mois d'Août 2006, auprès de 160 mères en période d'allaitement et ayant un enfant de six à vingt quatre mois au moment de l'enquête.

Elle a pour objectif d'évaluer l'état de la pratique actuelle de l'allaitement maternel exclusif afin de contribuer à la réduction de la malnutrition et émettre des recommandations afin de promouvoir la pratique de l'allaitement maternel par toutes les mères Malagasy.

Nous avons procédé à une enquête retrospective appuyée par l'Epi-Informatique, portant sur la connaissance et la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Il ressort de la présente étude que 65.6% des mères pratiquent l'allaitement maternel exclusif.

L'agent de santé constitue la meilleure source d'information pour plus de la moitié des cas (60,6%)

L'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance est déjà un principe acquis par la majorité des femmes (84.4%) ; et une fois la tétée est très tôt, la montée laiteuse est avancée et le nouveau né n'a pas besoin d'autres liquides à cause du retard de la montée laiteuse.

Notre enquête relate que 40% des nouveaux nés reçoivent des aliments complémentaires avant le sixième mois et le travail de la mère constitue la principale raison pour 25,5% des bébés parmi eux, suivi de l'insuffisance de lait, de la mauvaise habitude et des conseils de l'entourage.

La stabilité de la situation familiale constituerait un élément favorable à la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

La plupart des mères à niveau de vie bas a tendance à pratiquer l'allaitement maternel exclusif.

L'absence de la préparation du mamelon pendant la grossesse favorise l'apparition d'une crevasse et les autres infections.

L'allaitement maternel exclusif donne une meilleure croissance.

81,9% des bébés nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois sont indemnes de maladie: plus l'allaitement est de façon exclusif, plus le bébé n'a pas eu de maladie.

Malgré ces bons résultats déjà acquis, des efforts restent encore à faire et doivent être soutenus, si nous voulons attribuer la priorité nationale à l'allaitement maternel exclusif :

- Renforcer les informations, l'éducation et la communication pour le changement de comportement des mères en matière d'allaitement maternel exclusif ;
- Renforcer les connaissances et la motivation à sensibiliser des agents de santé ;
- Renforcer la préparation de l'allaitement au sein pendant la période de la grossesse pour éviter les difficultés liées à l'allaitement ;
- Aider les mères qui se plaignent de n'avoir pas assez de lait maternel ;
- Proposition pour les établissements qui emploient des mères allaitantes et pour les mères qui travaillent à l'extérieur du foyer .

Il est vrai que notre étude est limitée au CSMI de Tsaralalana, mais nous estimons qu'elle pourra être une grande utilité à d'autres régions du pays, pour améliorer la survie des enfants à Madagascar.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Min San. Guide pratique pour les encadreurs des stagiaires internés en Santé Publique. Antananarivo : Min San, 2000 :79
- 2 UNICEF. Faim et malnutrition dans le tiers monde. New York : UNICEF, 1994 : 13
- 3 INSTAT. Enquête Démographique et de la Santé à Madagascar 1997. Antananarivo : INSTAT, 1997 : 118
- 4 Min San. Guide pratique pour les Personnels de la Santé dans les HAB. Information- Education- Communication (IEC). Antananarivo : Min San, 2001 : 4
- 5 Savage King F et B de Benoist. Aider les mères à allaiter. Comment produire du lait et comment têter un bébé ? Niger : Nianmey Amref, 1996: 20
- 6 Lamothe Guay M, Lefebvre Y, Lamothe Laforest. Physiologie du sein. Paris : Encycl Med- Chir, 1991 ; 810 A- 10 : 6
- 7 Min San. Guide pratique pour les personnels de Santé dans les HAB. Base Anatomophysiologie et Pratique de l'Allaitement Maternel. Antananarivo : Min San, 2000; II: 6
- 8 Gérard Tortora J, Nicolas Anagnostakos P. Principe d'anatomie et Physiologie. Paris : Masson, 1981 : 774
- 9 Min San. L'acte de l'atelier d'information sur le code International de commercialisation du lait maternel. Moramanga : Min San, 1993 : 3
- 10 Le Roy J. L'allaitement maternel. Paris : Le concours Médical, 2000 ; 122- 01 : 16
- 11 Thirion M. Médecine Générale. Meylan : La Revue du Praticien, 1993 ; 7 ; 226 : 29

- 12 David Marley, Marc Panent. Comment suivre la croissance de l'enfant. Zaïre :
Le chemin de la Santé, 1983 : 1
- 13 Lyomel R. L'allaitement maternel. France : L'alimentation du nourrisson, 1982 : 11,
12
- 14 UNICEF/ OMS. Conduite pratique et encouragement de l'allaitement dans un HAB.
New York: UNICEF/ OMS, 1993 : 4, 7, 3
- 15 UNICEF. Savoir pour savoir. Un défi en matière de communication. Genève :
UNICEF, 1993: 17
- 16 Baumgartner C. Psychomotor and social development of breast fed and bottle fed
infants during the first year of life. Hung : Acta Pédiatrie, 1996 ; 25: 409, 447
- 17 Adewole A. Utilité de l'allaitement pendant la diarrhée. Diarrhée analogue Orana-
Arhtag, 1992 : 7
- 18 Douret V L, Papiernik E, Pelier J P, Méthode et soins Kangourou. France: Archives
de Pédiatrie française, 1996; 3; 12 : 1262, 1269
- 19 Lucas A. Breast milk and subsequent intelligent quotient in children born. Eng Med,
1991: 325, 981, 985
- 20 Labbok M. Guidelines for breast feeding. Planning familial and child survival
programs. Washington: Institute for reproductive health George- town, 1990: 1992
- 21 OMS. Les femmes et allaitement au sein. Genève: OMS, 1990: 1350
- 22 Illingworth P J. Allaitement: Diminution of energy expenditure during lactation.
British: Medical Journal, 1986: 292

- 23 Senecal J, Roussey M, Defawe G, Lozach P. L'allaitement maternel Ouest. Médecine, 1978; 31: 15, 25
- 24 Yves M. Successful Breast feeding. Royal College of midwives, 1991: 9, 47
- 25 Perez A, Valdes V, Santiago. Breast feeding promotion program. New York : Preliminary results of an intervention study. 1991; 165: 2039, 2044
- 26 Min San. Guide pratique pour les encadreur des stagiaires internés en Santé Publique. Antananarivo: Min San, 2000: 86, 92
- 27 Min San. Gazety ho an'ny Fahasalamam- bahoaka. Toro- hevitra mahaso momba ny fampinonoana. Ny Fampinonoana mahomby. Antananarivo: Min San, 2000 : 7
- 28 Valérie Charron. L'allaitement et le sevrage. France : Le guide de la famille, 1997 : 11- 12
- 29 OMS. Guide pour la formation en nutrition des agents de Santé communautaire. Genève : OMS, 1982 : 39
- 30 OMS. Santé maternelle et infantile. Genève : OMS, 1981 : 18
- 31 Isidro A et Herminia G. Guide de la vie familiale. Espagne : Encycl Vie et Santé, 1999 ; 3 : 227
- 32 André B. Prévention et Traitement de la malnutrition. Edition de l'Orstom, 1986 : 46
- 33 Savage King F, B de Benoist. Aider les mères à allaiter. Niger : Nianmey Amref, 1990 : 133
- 34 Bavoie F, Francoual C. Médicaments et Allaitement maternel . La Revue du Praticien, 1980 ; 30 ; 35 : 2335, 2337

- 35 Gillet J, Bongain A, Poux F M, Mariani R. La transmission materno- foetale du VIH. Paris : Archives françaises de Pédiatrie, 1995 ; 2 : 162,172
- 36 OMS/ UNICEF. Déclaration sur l'allaitement maternel et VIH. New York: OMS/ UNICEF, 1992 :5
- 37 Lauret C. Allaitement et Médicaments. Le généraliste, 1990 : 1202
- 38 Dubes J, Depoortine M, Djavadzadeh A et Cadaccioni X. Avantages de l'allaitement maternel. Paris : Encycl Méd- Chir,1999 ; 5 ; 108 ; M- 20 : 7
- 39 ONU. Le lait et les produits laitiers. Rome : ONU, 1995 : 25, 27
- 40 Centre de Santé Maternelle et Infantile. Tsaralalana, Archives des Rapports Mensuels, 2006
- 41 Bakoliarimasy A. Contraintes de l'AME. Etude faite dans la ville d'Antsirabe. Thèse Médecine. Antananarivo : 1999 ; N°4966 : 77
- 42 Randrianantenaina. AME jusqu'à six mois dans la ville de Moramanga. Thèse Médecine. Antananarivo : 2001 ; N° 5997 : 55
- 43 INSTAT. Enquête Démographique et de la Santé à Madagascar. Antananarivo : 2005 ; III: 121, 124
- 44 LINKAGES. Evaluation de la stratégie de changement de comportement en matière d'allaitement maternel et de la MAMA. Antananarivo et Fianarantsoa. Madagascar : LINKAGES, 2000 : 19

- 45 Min San. Enquête Nationale sur les aliments de sevrage. Antananarivo : Min San, 1996 : 14
- 46 Min San. Politique Nationale de la santé. Antananarivo : Min San, 1999 : 4
- 47 Branger B, Cebon M, Picherot G, Cornulier M: Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. France: Archives de Pédiatrie, 1998; 5: 489, 496
- 48 Khadroui S, Fourati A, Chaabouni H, Hamza B. L'allaitement maternel. Tunis: Moyen de contraception, 1983: 7
- 49 Bulletin of World Health Organisations. Not enough milk. Genève: WHO, 1996: 2

ANNEXE I

QUESTIONNAIRE POUR LES MERES AYANT UN ENFANT DE SIX AU VINGT QUATRE MOIS

I- Concernant la mère :

- Nom de la mère :
- Age de la mère :
- Nombre d'enfants à charge :
- Adresse :
- Situation matrimoniale : - Légitime :
 - Illégitime:
- Niveau d'instruction : - Cultivée :
 - Non cultivée :
- Profession : - Ménagère :
 - Etudiante :
 - Salariée:
- Revenu mensuel : - inférieur à 100000 Ar
 - entre 100000Ar à 200000 Ar
 - supérieur à 200000Ar

II- Données obstétricales :

1- Concernant la surveillance de la grossesse :

- CPN pendant la dernière grossesse : - OUI
 - NON
- Lieu de CPN :
- Nombre de CPN :
- Vaccin Anti- tétanique :
- Sérologie :
- Maladie pendant la grossesse :
- Information sur la préparation du sein :
- Information sur l'Allaitement maternel exclusif :

- Connaissance sur l'Allaitement maternel exclusif (Annexe II) : - Avantage
 - Pratique
 - Attitude

2- Concernant l'accouchement :

- Lieu d'accouchement : - Hôpital
 - Domicile
- Type d'accoucheur : - Personnel de la santé
 - Matrone
 - Guérisseur
- Mode d'accouchement : - Voie basse
 - Opération césarienne

3- Concernant l'allaitement :

- Mise au sein précoce : - Oui
 - Non
- Heure de la première tétée : - dans l'heure qui suit la naissance
 - à partir de deuxième heure
 - le lendemain
- Autres liquides avant la première tétée : - Oui
 - Non
- Si oui, le quel : - eau pure ou eau sucrée
 - lait artificiel
- Motif de la prise d'autres liquides avant la première tétée : - Conseil de l'entourage
 - Suite d'une OC
 - Habitude
- Heure de la montée laiteuse : - Premier jour après l'accouchement
 - Deuxième jour
 - Troisième jour
 - supérieur à 72 h
- Autres liquides avant la montée laiteuse : - Oui
 - Non
- Si oui, le quel : - eau pure, eau sucrée

- lait artificiel
- Motif de la prise d'autres liquides avant la montée laiteuse :
 - Conseil de l'entourage
 - Conseil du personnel de santé
 - Conviction personnel
- Colostrum :
 - Jeté
 - Non jeté
- Allaitement maternel pendant : mois
- Age de l'introduction de premier aliment complémentaire
- Type d'aliment complémentaire :
 - Liquide (eau pure, eau sucrée, eau de riz)
 - Jus (fruits, tomate)
 - Lait artificiel
 - Aliments semi- solides (bouillie, purée, farilac...)
 - Aliments solides (biscuit, banane...)
- Motif de l'introduction du complément alimentaire :
 - Travail en dehors du foyer
 - Absence fréquente de la mère
 - Habitude
 - Lait insuffisant
 - Faible poids du bébé
 - Entourage
 - Maladie de l'enfant
 - Bébé pleurnicheur
 - Maladie de la mère
 - Sans raison
- Difficultés liées à l'allaitement :
 - Crevasse
 - Autres

III- Concernant le bébé :

- Nom :
- Age en mois :
- Sexe :
- Poids à la naissance :
- Poids au sixième mois :

- Poids actuel :
- Croissance :
- Vaccins faits :
- Fréquence de la maladie pendant les six premiers mois :
- Type de maladie :

IV- Concernant les mères qui travaillent :

- Mode d'allaitement du bébé pendant le congé de maternité :
- Mode d'allaitement après le congé de maternité :
- Expression du lait maternel pendant le travail :
- Droit de la femme allaitante dans le lieu de travail : - Amener l'enfant dans le lieu de travail
- le bébé est allaité dans le Lactarium
- Autres

ANNEXE II

CONNAISSANCE DES MERES EN ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

I- AVANTAGE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

- Nutritionnel
- Immunologique
- Economique
- Psycho- affectif
- Contraceptif

II- PRATIQUE ET ATTITUDE

- Allaiter tout de suite après la naissance
- Ne donner aucun liquide avant la première tétée
- Ne donner aucun liquide avant la montée laiteuse
- Allaiter à la demande
- Allaiter jour et nuit
- Nombre de tétée (huit à dix fois en 24 heures)
- Sans aucun complément jusqu'à six mois
- Rot après chaque tétée
- Bien vider le sein après chaque tétée
- Laver les mamelons avant et après chaque tétée
- Bonne position d'allaitement
- Bonne alimentation de la mère allaitante
- Durée de la tétée entre cinq à dix minutes
- Intervalle entre les deux tétées inférieures à deux heures

VELIRANO

Eo anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy sy ireo mpiara- mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity ary eto anatrehan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampanatotosana ny raharaham-pitsaboana.

Ho tsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra ao an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo aborako amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalan'ny maha-olona na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotra henatra sy ho rabirabian'ireo mpitsabo namako aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RAKOTOARIMANANA D Roland

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

First Name and Family Name: ANDRIANASOLO Harinelina Rinah
Title of the Thesis : PRACTICE OF THE EXCLUSIVE MATERNAL
 NURSING IN THE CSMI OF TSARALALANA
Rubrique : Mother and Children
Number of the pages: 68 **Number of the table:** 35
Number of the figure: 17 **Number of bibliography:** 49

SUMMARY

For Madagascar, whose socio-economical level is till weak, the exclusive Maternal Nursing (SOUL) offers the advantages to be affordable for all the layers of population.

A prospective investigation, supported by Epi-Informatic of maternal breast feeding has been done, in “CSMI of Tsaralalana “, to May from August 2006, with 160 mothers under nursing. Its fixed objective to estimate the state of practice the exclusive nursing and to give the recommendations of using the practice of maternal nursing for all the Malagasy mothers.

The result of this study, we have noted that 65, 6% of the mothers interrogated practice of exclusive maternal nursing and the health agent constitute he first source at this method, for the half of the case. The working’s mother constitute the principal reason of giving of complementary food before the sixth month for 25, 5% of babies who is not nursing carefully. The more children’s nursing is exclusive, the more children fell well.

Endeavours appear useful for improving the survival conditions of the child: the necessity of the mother’s education and its setting, the improvement of the system of information and communication, the continual formation of the health agents and the instauration of nursing room for working mothers.

Key words : Exclusive Maternal Nursing- Maternal Milk-Infant-Milky rise
 Complementary Food

Direction of the Thesis: Professor RAKOTOARIMANANA Denis Roland

Reporter of the Thesis: Doctor RAZAIMAMPIONONA Hanitriniala Fernande

The Authors address : Lot IVY 177 Bis CJ Ampangabe Anosipatrana Antananarivo

Nom et Prénoms : ANDRIANASOLO Harinelina Rinah

Titre de la Thèse : PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AU
SEIN DU CSMI DE TSARALALANA

Rubrique : Mère et Enfants.

Nombre de pages : 68 **Nombre de tableaux** : 35

Nombre de figures : 17 **Nombre de références bibliographiques** : 49

RESUME

Pour Madagascar, dont le niveau socio-économique est encore faible, l'allaitement maternel exclusif offre des avantages d'être abordable pour toutes les couches de la population pour avoir le bien être de l'enfant.

Une enquête prospective appuyée par l'Epi-Informatique a été effectuée au CSMI de Tsaralalana, le mois de Mai au mois d'Août 2006, auprès de 160 mères en cours d'allaitement. Elle se fixe comme objectif d'évaluer l'état de la pratique actuelle de l'allaitement maternel exclusif afin de contribuer à la réduction de la malnutrition, et d'émettre des recommandations afin de promouvoir la pratique de l'allaitement maternel par toutes les mères Malagasy.

A l'issue de cette étude, nous avons constaté que 65,6% des mères interrogées pratiquent l'allaitement maternel exclusif et l'agent de santé constitue la meilleure source de cette méthode d'allaitement pour plus de la moitié des cas. Le travail de la mère constitue la principale raison de l'introduction d'aliment complémentaire avant le sixième mois pour 25,5% des bébés non nourris exclusivement au sein. Plus l'allaitement est de façon exclusif, plus l'enfant n'a pas eu de maladie.

Des efforts paraissent utiles pour améliorer les conditions de survie des enfants : la nécessité de l'éducation des mères et de son entourage, l'amélioration du système d'information et de communication, la formation continue des agents de santé et l'amélioration des Etablissements employant des femmes allaitantes.

Mots clés : Allaitement maternel exclusif- Montée laiteuse- Lait maternel –
Enfant- Complément alimentaire.

Directeur de Thèse : Professeur RAKOTOARIMANANA Denis Roland

Rapporteur de Thèse : Docteur RAZAIMAMPIONONA Hanitrinala Fernande

Adresse de l'auteur : Lot IVY 177 Bis CJ Ampangabe- Anosipatrana Antananarivo