

## TABLE DES MATIERES

EPIGRAPHE.....	iii
DEDICACE.....	iv
REMERCIEMENTS .....	v
LISTE DES ABREVIATIONS, SIGNES ET SYMBOLES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
INTRODUCTION.....	1
I.1. PROBLEMATIQUE .....	1
1.2. BUT ET OBJECTIFS .....	3
1.3. IMPORTANCE DE L'ETUDE OU INTERET OU SUJET .....	3
1.4. TYPES D'ETUDE= DOMAINE DE RECHERCHE.....	4
1.5. DELIMITATION DU CHAMP D'ETUDE.....	4
1.6. SUBDIVISION .....	4
CHAPITRE II. REVUE DE LA LITTERATURE .....	5
II.1. DEFINITION DES CONCEPTS .....	5
II.1.1. Connaissance.....	5
II.1.2. Allaitement maternel exclusif.....	5
II.1.3. Mère.....	5
II.1.4. Enfant de 0 à 6 mois .....	5
II.2. GENERALITES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF .....	6
II.2.1. Allaitement maternel .....	6
II.2.2. allaitement maternel exclusif.....	7
II.2.3. L'importance de l'allaitement maternel .....	8
II.2.4. Technique d'allaitement au sein .....	10
II.2.5. Signes qui indiquent deux seins au cours d'une tétée en bonne position ....	11
II.2.6. Les causes de la diminution de production de lait maternel.....	11
II.2.7. Quelques conseils pour stimuler la moitié du lait.....	12
II.2.8. Vaccination .....	12
II.3. ETUDES ANTERIEURES.....	13
SCHEMA CONCEPTUEL .....	14
CHAPITRE III. METHODOLOGIE .....	15
III.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ETUDE .....	15
III.2. HISTORIQUE.....	15
III.3. SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	17
III.4. CAPACITE D'ACCUEIL .....	17
III.5. ASPECT ARCHITECTURE DE LA CLINIQUE.....	17
III.6. STRUCTURES ORGANISATIONNELLES.....	18

III.7. HORAIRE DU PERSONNEL .....	19
III.8. DOMAINE ET TYPE D'ETUDES .....	19
III.9. POPULATION ET ECHANTILLON .....	19
III.9.1. Population .....	19
III.9.2. Echantillon .....	19
III.10. METHODE TECHNIQUE ET INSTRUMENT .....	20
III.11. RECOLTE DES DONNEES .....	21
III.12. DEMARCHE PROPREMENT DITE .....	21
III.13. CRITERES D'ACCEPTABILITE .....	21
III.14. TRAITEMENT DES DONNEES .....	21
CHAPITRE IV. PRESENTATION DES DONNEES .....	22
DIFFICULTES RECONTREES .....	26
CHAPITRE V. INTERPRETATION DES RESULTATS OBTENUS .....	27
SUGGESTIONS .....	32
CONCLUSION .....	33
BIBLIOGRAPHIE .....	34

## EPIGRAPHE

*Celui qui sait là où se trouve l'information possède un pouvoir  
qu'il faut savoir exercer.*

*Traité des produits commerciabes  
(6<sup>ème</sup> Com et Adm)*

## DEDICACE

*À mes parents Zéphirin TEMBO MUANDA et Brigitte LÉLO*

*À tous ceux qui luttent pour la stabilité de notre pays.*

*À tous ceux qui se démenent pour l'éducation et la formation  
de la jeunesse qui constitue l'avenir de demain*

VAKEBILA TEMBO

## REMERCIEMENTS

*Nous remercions en premier lieu Dieu le tout puissant qui a accepté dans son amour donner la vie en dépit de notre maladresse et notre souffrance endurée durant tout le parcours de nos études, gloire lui soit rendue sur la terre comme au ciel.*

*Notre profond gratitude s'adresse également à notre grand frère Jean Claude MUANDA conscient de son devoir, il a voulu que je sois formé et a consenti d'efforts en se sacrifiant de tout cœur pour mon éducation pour que mon avenir soit assuré.*

*Nous sommes redevables et profondément reconnaissant à notre directeur CT Jacques MUKÉBA NKASHAMA, qui en dépit de ses ennuis momentanés de santé et ses multiples occupations a accepté de diriger notre travail, c'est grâce à ses conseils, ses corrections, ses remarques et suggestions, ainsi que sa patience, que nous avons réussi à rédiger ce travail.*

*C'est la raison pour laquelle, nous adressons nos vives remerciements en général, aux autorités académiques et aux professeurs, qui nous ont encadré du début jusqu'à la fin de notre formation; et en particulier au chef de section Madame TATA ESSEY, pour ses conseils qui nous ont fortement aidés durant toute notre dernière année.*

*Nos remerciements s'adressent également à notre encadreur Oscar pour son encadrement qui nous a permis de déterminer l'orientation de ce travail qu'il veuille trouver ici l'expression de notre gratitude.*

*Nous saisissons de nouveau l'occasion pour remercier entre autre les membres de familles, amis et connaissances qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail. Ensuite nous tenons à remercier toutes mes sœurs et frères, Joly KIEDI, Etienne MBIYAVANGA, Junior BUNGA, Ismaël, Adrien, Sr Françoise, Hermela NIANGI.*

*Enfin, nous n'oublions pas mes amis et connaissances: frère Jaspin PHUNGI, Jeancy PHAKA, Fr Delphin, Cyprien, Fabrice, Chérif KANKU, Solange NGIMBI, Fr Josué, Fr MBUTA, Sr Julie, Sr Blanche trouvent par ce travail l'expression de notre gratitude.*

*Que tous ceux qui n'ont pas été cité sachent que nous leurs portons à cœur.*

VAKEBILA TEMBO

**LISTE DES ABREVIATIONS, SIGNES ET SYMBOLES**

AME	:	Allaitement maternel exclusif
CPS	:	Consultation Préscolaire
Fi	:	Fréquence absolue
N	:	Echantillon
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
Op.cit	:	<i>Opus Citatum</i> ou œuvre citée
PCIME	:	Prise en charge intégrée des Maladies de l'enfant
PEV	:	Programme élargie de vaccination
SD	:	Sans année
%	:	Pourcentage

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. présentation des enquêtes selon l'âge (n=50) .....	22
Tableau II. Répartition des enquêtes selon leur statut civil (n=50).....	22
Tableau III. Présentation des enquêtes selon le niveau d'étude (n=50) .....	22
Tableau IV. Présentation de nos enquêtes selon leur profession (n=50).....	23
Tableau V. Présentation des enquêtes selon la parité (n=50).....	23
Tableau VI. Répartition des enquêtes selon les types d'allaitement pratique (n = 50) .....	23
Tableau VII. Répartition des enquêtes selon qu'ils ont déjà entendu parler d'AME .....	24
Tableau VIII. Répartition des enquêtes selon leurs sources sur l'allaitement maternel.....	24
Tableau IX. Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur la durée de l'AME.....	24
Tableau X. répartition des nos enquêtés selon leurs connaissances sur la justification de l'AME .....	25
Tableau XI. Répartition des enquêtées selon leurs connaissances sur les avantages de l'AME (n=50) .....	25
Tableau XII. Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur le risque encourus en cas d'allaitement artificiel .....	25
Tableau XIII. Synthèse de l'évaluation des connaissances des mères sur l'AME .....	26

## INTRODUCTION

### I.1. PROBLEMATIQUE

Le meilleur régime alimentaire d'un enfant depuis la naissance jusqu'à 6 mois est le lait maternel exclusivement. Cela signifie que l'enfant se nourrit exclusivement au lait maternel sans autres aliments, eau ou autres liquides supplémentaires (à l'exception des médicaments et vitamines sur indication médicale).

Collin (2006) dans une étude comparative menée par le national institute of child health and human development de l'université des sciences et techniques de Norvège montre les avantages du lait maternel sur les laits de synthèse.

UNICEF et OMS (2011) recommandent tous aujourd'hui de ne nourrir les bébés que des laits maternels les 6 premiers mois de leur vie. L'allaitement peut ensuite se poursuivre pendant 2 ans et au-delà, si on intègre aussi dans le régime du bébé des aliments complémentaires.

Pour Gautier (2002), l'allaitement exclusif pour les premiers mois peut améliorer le développement cognitif du bébé, le lait maternel réduit également le risque que le bébé peut avoir telles que l'Asthme et l'ECZEMA.

Le lait maternel contient des anticorps qui aident à protéger le bébé contre des maladies telles que le ventre des bugs (gastro entérite) les rhumes les infections urinaires et les infections de l'oreille. Il peut même aider à protéger le bébé contre les maladies graves ; telles que le diabète et la leucémie infantile.

Quant à Rostart de Hetaing (1980) l'alimentation de bébé est très importante car elle lui permet de grandir, de fortifier le bébé et de le défendre contre beaucoup de danger. Après la naissance, le meilleur aliment est le lait maternel.



OMS (1996) argumente que l'allaitement au sein est l'un des facteurs les plus bénéfiques pour garantir une bonne santé néonatale, infantile et infanto juvénile ainsi que la croissance et le développement de l'enfant.

Pour TATA (2008) l'allaitement, constitue le mode idéal de l'alimentation de l'enfant dès la naissance jusqu'à environ 6 mois. L'allaitement maternel peut se poursuivre jusqu'à 2 ans à condition d'ajouter d'autres compléments.

Un enfant nourri au sein tombe moins malade par rapport à celui qui est nourri au lait artificiel.

Duane Alexander et son équipe (2001) se sont particulièrement intéressé au cas des bébés prématurés pour les quels les effets du lait maternel sur le développement physique et cognitif sont plus évidents que lorsque la gestation de l'enfant a été menée à terme. La Norvège et la Suède ont été les pays cibles de cette étude comparative avec les Etats-Unis, car les mamans scandinaves allaitent leur enfant nettement plus longtemps que leurs homologues américaines (seulement 16% des nouveaux nés sont toujours nourris au sein à l'âge de 6 mois) l'aspect culturel de cette pratique est évident. L'étude porte sur 520 enfants, pour les quels le développement moteur et mental des enfants a été suivi par des médecins jusqu'à l'âge de 5 ans (échelle de Bayley) les conclusions ne feraient aucun doute : nourrir son enfant au sein pendant les 24 premières semaines est la méthode de choix pour améliorer son développement cognitif.

Nous constatons que 70% des mères ne croient pas que le lait maternel seul suffit à l'enfant et beaucoup d'entre elles pensent que ce mode expose les enfants aux maladies.

Au regard de ce constat, jugé inquiétant, nous nous sommes posés la question suivante :

- ✓ Les mères possèdent-elles de connaissances suffisantes sur l'allaitement maternel exclusif ?
- ✓ Quel est le niveau de leurs connaissances ?

## **1.2. BUT ET OBJECTIFS**

Cette étude a pour but de :

- ✓ Evaluer les connaissances des mères sur l'allaitement maternel exclusif

Pour atteindre ce but, elle se propose les objectifs ci-après :

- ✓ Identifier les mères fréquentant la CPS
- ✓ Décrire leur profil
- ✓ Déterminer le niveau de leurs connaissances sur l'allaitement maternel exclusif.

## **1.3. IMPORTANCE DE L'ETUDE OU INTERET OU SUJET**

Actuellement, la santé maternelle constitue, une des priorités de santé aux populations. Cette étude qui s'oriente dans ces domaines est donc sujet d'actualité, les résultats de cette étude pourrait renforcer les connaissances des mères dans ce domaine, cette étude pourrait renforcer la participation des mères aux CPS.

Ainsi ces données permettent d'envisager les stratégies d'intervention cible voire aussi la nécessité d'élaborer de nouvelles stratégies d'intervention auprès des différents groupes des femmes après l'accouchement, car elles ont des caractéristiques sociales variées.

Sur le plan général cette étude permet aux mères d'acquérir les connaissances de conséquences, si elles ne participent pas et n'appliquent pas les conseils à la CPS.

Sur le plan sanitaire, notre étude servira de guide dans la prévention des risques liés à l'allaitement maternel non exclusif à réduire le cas des maladies aux attitudes négatives adoptés par les mères.

#### **1.4. TYPES D'ETUDE= DOMAINE DE RECHERCHE**

Notre étude est de type descriptif, elle est basée sur l'observation et la description des caractéristiques de la communauté, elle vise à décrire de façon systématique une situation donnée ou un champ d'intérêt de façon positive objective.

Notre étude se situe dans le domaine de santé reproductive.

#### **1.5. DELIMITATION DU CHAMP D'ETUDE**

Notre étude sera faite à la clinique BONDEKO/Limete précisément aux CPS durant la période allant du 08/11/2011 au 08/12/2011.

#### **1.6. SUBDIVISION**

Cette étude comprend cinq chapitres :

- ✓ Le chapitre un introduit l'étude par la problématique
- ✓ Le chapitre deux traite de la littérature sur l'allaitement
- ✓ Le chapitre trois explique la méthodologie utilisée
- ✓ Le chapitre quatre présente et analyse les données
- ✓ Le chapitre cinq interprète les résultats enfin la conclusion clôture notre étude.

## **CHAPITRE II. REVUE DE LA LITTERATURE**

### **II.1. DEFINITION DES CONCEPTS**

Quant bien même nous nous trouvons devant des définitions de plusieurs concepts, il convient de donner une explication claire aux mots ci-après :

#### **II.1.1. Connaissance**

Selon le dictionnaire Le petit Robert méthodique : le fait ou la manière de connaître.

#### **II.1.2. Allaitement maternel exclusif**

PCME (2007) : l'enfant se nourrit exclusivement au lait maternel sans autres aliments, eau ou autres liquides supplémentaires (à l'exception des médicaments et vitamines sur indication médicale).

#### **II.1.3. Mère**

Le petit Robert (SD) : femme qui a mis au monde un ou plusieurs enfants.

#### **II.1.4. Enfant de 0 à 6 mois**

Tata (2008) : c'est un être humain qui se situe à la période où le lait maternel est digestible et transmet à l'enfant les anticorps maternels.

## II.2. GENERALITES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

### II.2.1. Allaitement maternel

Rostart de Hertaing et J. Courtejoie (1980) : après la naissance, le meilleur aliment est le lait maternel

PCME (op.cit) : le lait maternel contient exactement les éléments nutritifs dont le nourrisson a besoin, il contient :

- ✓ Des protéines
- ✓ Des graisses
- ✓ Du lactose (sucre spécial du lait)
- ✓ De vitamines A et C
- ✓ Du Fer

Ces éléments nutritifs sont plus facilement absorbés s'ils viennent du lait maternel que d'un autre lait. Le lait maternel contient également les acides gras essentiels au développement cérébral, oculaire et sanguin, du nourrisson. Les autres laits ne contiennent pas ces acides gras.

Le lait maternel contient la quantité d'eau nécessaire au nourrisson, même dans les pays chauds et secs. Les laits maternels protègent l'enfant contre les infections, un nourrisson n'est pas en mesure de combattre une infection aussi énergétiquement qu'un enfant plus âgé ou un adulte. A travers le lait maternel, les capacités de la mère à combattre l'infection sont transmises au nourrisson.

L'allaitement au sein contribue au développement d'une bonne relation entre la mère et l'enfant en renforçant la relation d'amour et d'attachement.

L'allaitement protège la santé de la mère après l'accouchement ; l'allaitement aide l'utérus à revenir à sa taille normale, minimise le saignement prévenant ainsi l'anémie. L'allaitement réduit également le risque de cancer des ovaires et de cancer du sein chez la mère.

### **II.2.2. allaitement maternel exclusif**

OMS (2010) recommande aujourd'hui de ne nourrir les bébés que le lait maternel les 6 premiers mois de leur vie.

Les nourrissons allaités uniquement au sein risquent moins d'avoir la diarrhée et de mourir de cette maladie ou d'une autre infection.

Ils risquent moins d'avoir une pneumonie, une méningite ou une infection, de l'oreille que les nourrissons non allaités au sein raison pour la quelle, il est préférable de ne rien donner d'autre à l'enfant que le lait maternel par exemple ne pas donner de lait de vache, de lait de chèvre, des substituts du lait maternel, de céréales ou boissons supplémentaires telles que thé, jus de fruits ou eau. Les raisons sont les suivantes :

- ✓ Si l'enfant reçoit d'autres aliments ou liquides, il boit moins de lait maternel ;
- ✓ Si les autres aliments ou liquides peuvent contenir des germes provenant de l'eau, des biberons ou autres ustensiles. Ces germes peuvent causer des infections ;
- ✓ Les autres aliments ou liquides peuvent être trop dilués et ainsi entraîner la malnutrition du nourrisson ;
- ✓ Les autres aliments ou liquides peuvent contenir une quantité insuffisante de vitamine A ;
- ✓ Le Fer provenant du lait de vache ou de chèvre est difficilement assimilé.
- ✓ Le nourrisson peut développer une allergie au lait ;

- ✓ L'enfant peut avoir des difficultés à digérer le lait de vache qui peut causer la diarrhée, des éruptions et autres symptômes. La diarrhée peut devenir persistante.

### **II.2.3. L'importance de l'allaitement maternel**

Broquet (2006) les recherches scientifiques découvrent encore aujourd'hui l'importance de l'allaitement maternel. Le lait maternel est complexe et inimitable. Le geste d'allaiter dépasse la nutrition c'est une façon d'entrer en communication avec l'enfant.

- ✓ Le lait maternel est un aliment vivant et frais qui passe de la mère à l'enfant, sans intermédiaire.
- ✓ Il est parfaitement adopté aux besoins de l'enfant, il stimule son développement physique et intellectuel, et il contribue à la maturation de son système digestif et de son système immunitaire. On sait aussi que chaque mère produit un lait adapté aux besoins de son enfant.
- ✓ Il est très facile à digérer grâce à toutes les enzymes actives non allergiques qu'il contient, et grâce à ces protéines parfaitement absorbés par l'enfant.
- ✓ Il fournit la quantité de minéraux et de vitamines nécessaires au bébé sans nuire à ses reins. L'enfant a besoin : acides gras essentiels qui contribuent au développement du cerveau du petit de sa vision des bénéfiques pour la maman aussi. L'allaitement réduit le risque d'hémorragie après l'accouchement, il contribue à une perte de poids plus rapide chez la mère, il diminue les probabilités que celle-ci souffre d'anémie (en retardant le retour de ses menstruations). Et il réduit le besoin d'insuline des femmes diabétiques. A long terme, il diminue aussi le risque de souffrir d'ostéoporose, d'un cancer du sein, de l'ovaire ou de l'utérus. Enfin, il s'agit sur le plan hormonal et abaisse le niveau de stress de la maman.

- ✓ Il a un goût qui peut varier légèrement selon l'alimentation de la mère, ce qui habitue le bébé à divers saveurs.
- ✓ Il favorise la formation de liens entre la mère et l'enfant, ainsi que leur attachement mutuel. Et dès la naissance, le contact peau à peau entraîné par l'allaitement rassure et réchauffe le bébé.
- ✓ Il protège l'enfant : les bébés nourris de lait maternel souffrent moins d'anémie, de gastro entérites, de diarrhées, de maladies des voies respiratoires, de rhumes d'otites et de méningites que les bébés qui ne le sont pas. Même lorsqu'ils sont atteints de l'un ou l'autre de cas de maladies, ils ont moins souvent besoin d'être hospitalisés. Enfin, ils sont plus protégés contre plusieurs maladies chroniques, comme l'obésité, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, le diabète et la leucémie.
- ✓ C'est un don de la nature que la plupart des femmes possèdent : le lait maternel est économique, écologique et pratique. Quelle que soit leur condition sociale, les femmes peuvent en donner à leur et c'est sans contredit, l'aliment le plus écologique qui soit puis qu'il ne laisse aucun déchet, ni boîtes vides ni résidus polluants dus au transport.
- ✓ Il est disponible sans délai, en tout temps, et il est toujours à la température idéale pour l'enfant. Il n'y a rien à acheter ; à préparer, à tiédir ni à laver. Du même coup, le lait maternel facilite les sorties en familles.
- ✓ Il est toujours prêt, qu'on soit en avion, au restaurant, en voiture ou en plein air.
- ✓ Il est adapté aux besoins du bébé : celui-ci peut contrôler les quantités qu'il ingurgite en cessant de téter lorsqu'il est satisfait. Il peut également moduler le rythme des tétées et influencer la production de lait. Selon la nécessité (poussées de croissance). Le lait maternel à lui seul est la meilleure boisson pour le bébé dès la naissance jusqu'à environ 6 mois. Le lait maternel couvre à cet âge tous les besoins en aliments et en eau. D'où il ne faut pas donner ;



surtout à la naissance, de l'eau sucrée ni du biberon au lait artificiel, car ces pratiques réduisent la capacité de téter de l'enfant et la stimulation de la lactation. Elle augmente pour l'enfant le risque de diarrhée ou d'autres maladies.

- ✓ Le lait maternel se conserve facilement même en dehors du frigo sans qu'il ne soit détérioré ( $\pm 10$  heures). Il reste toujours bon même si la mère est à nouveau enceinte. Il est conseillé de continuer à allaiter jusqu'à l'accouchement, car il n'y a pas de contre-indication à ce sujet. Il favorise la relation affective entre la mère et l'enfant. D'où dès la naissance, le bébé doit être en contact physique avec sa mère.

#### **II.2.4. Technique d'allaitement au sein**

Depuis la naissance jusqu'à 6 mois

Tata (op.cit) : allaiter l'enfant de cet âge aussi souvent qu'il le réclame, jour et nuit. Cela représente en général au moins 8 fois en 24 heures.

- 1) La mère doit se laver les mains avant chaque tétée ;
- 2) Laver les mamelons à l'eau bouillie avant et après chaque tétée ;
- 3) Tout le corps du bébé doit être près de sa mère et lui faire face ;
- 4) Sa bouche doit être près du sein ;
- 5) Sa bouche doit toucher le sein,
- 6) Sa bouche doit être largement ouverte ;
- 7) Sa lèvre inférieure doit être tournée vers l'extérieur ;
- 8) L'aréole doit être plus visible au-dessus de sa lèvre supérieure plutôt au dessous de sa lèvre inférieure ;
- 9) Les narines de l'enfant doivent être dégagées pour lui permettre de respirer ;

- 10) Les rythmes de téter sont fixés par l'enfant lui-même, l'allaitement au sein fréquent et à la demande de l'enfant est à encourager car, les mères qui laissent leur enfant tétés à volonté leurs seins la nuit comme le jour, secrètent un volume important de lait ;
- 11) La mère peut donner les deux seins au cours d'une tétée, mais de façon alternative.

### **II.2.5. Signes qui indiquent deux seins au cours d'une tétée en bonne position**

- ✓ Le bébé tète lentement et prend des gorgées profondes ;
- ✓ Le bébé est détendue et content, il est satisfait à la fin de la tétée ;
- ✓ La mère ne ressent pas de douleurs au mamelon ;
- ✓ La mère entend le bébé déglutir ;
- ✓ Les fesses de l'enfant sont soutenues.

### **II.2.6. Les causes de la diminution de production de lait maternel**

Dany (2002) : la diminution de la production de lait maternel peut s'expliquer par divers facteurs. Tout d'abord, cela peut provenir de la fatigue de la maman, s'accompagnant ou non d'une anxiété.

Dans la foulée, nous pouvons aussi citer la malnutrition : si la mère ne se nourrit pas correctement, la production de lait sera relativement réduite, d'autre part, la production de lait maternel dépend aussi en grande partie de la tétée. Aussi, si le bébé ne tète pas suffisamment, la maman aura peu de lait car les seins ont besoin de stimuli extérieur pour produire du lait. De même, si le bébé ne sait pas sucer correctement, la tétée sera douloureuse et les seins seront tout stimulés, en outre l'augmentation du besoin alimentaire de bébé peut aussi donner l'impression que vous ne produisez pas assez de lait. En principe, ce changement survient au 10<sup>ème</sup> jour, à la 3<sup>ème</sup> semaine, à la 6<sup>ème</sup> semaine, au 3<sup>ème</sup> mois et au 6<sup>ème</sup> mois de bébé.

### **II.2.7. Quelques conseils pour stimuler la montée du lait**

Dany (op.cit) : il est important de vous hydrater convenablement pour augmenter la lactation, le lait étant en majeure partie constitué de matière liquide aussi, il est conseillé de boire 2 litres d'eau par jour. En revanche, éviter l'effet inverse. En outre, il faut privilégier certaines nourritures qui stimulent la production de lait. Nous pouvons citer notamment les carottes crues, les lentilles, l'anis étoilé, les topinambours etc.

Par ailleurs, comme la fatigue est aussi de causes fréquentes de l'insuffisance de lait, veillez à bien vous reposer en faisant des siestes dès que l'occasion se présente. Enfin, pour palier au manque de stimulation des seins, habituez votre bébé à téter et donnez-lui le sein fréquemment même s'il tète juste un petit moment. Sachez que plus le bébé tète, plus les seins ne produiront du lait. Si non, vous pouvez également stimuler vos seins à la main ou au tire-lait.

### **II.2.8. Vaccination**

PEV (1982), le programme élargie de vaccination vise globalement à réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies ; comme mission « de garantir à tout enfant une meilleure survie avec moindre risque de contracter les maladies ».

OMS (1994) : les nouveaux nés devraient être vaccinés suivant la politique locale de vaccination comme la plupart des naissances se font à domicile ou que les mères sortent très tôt du centre de santé, on devrait apprendre aux familles à identifier immédiatement. Les symptômes de maladies et alerter l'agent de santé.

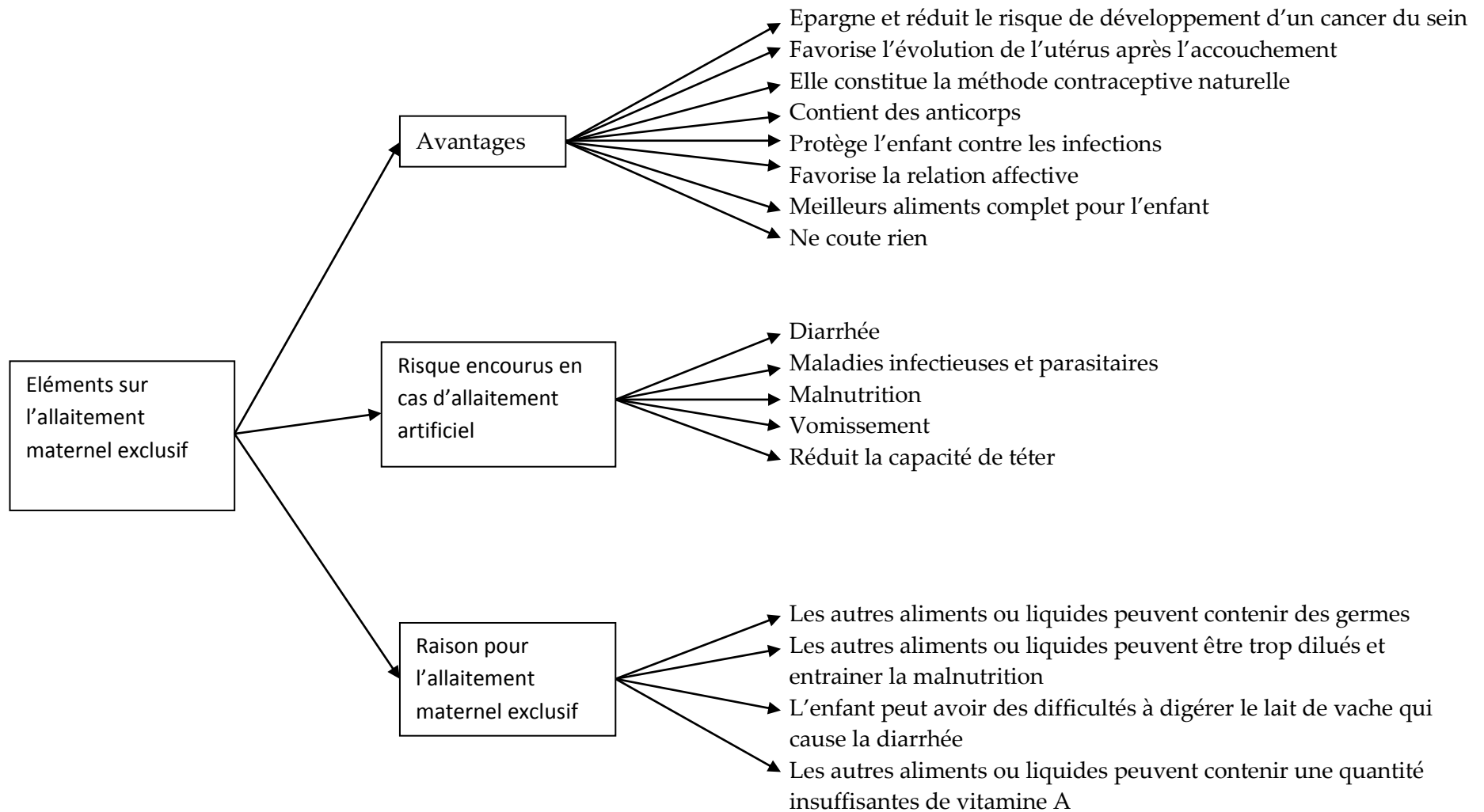
### II.3. ETUDES ANTERIEURES

OMS (op.cit) : dans de nombreuses régions du monde, l'apport nutritionnel n'augmente pas sensiblement pendant la grossesse. Cela résulte souvent d'un choix délibéré pour éviter les risques d'accouchement difficile du fait de la grande taille de l'enfant.

Soixante pour cent des femmes enceintes dans les pays en développement sont anémiques les femmes bien nourries puisent la moitié environ de leurs besoins en Fer pendant la grossesse dans leurs réserves, mais si ces réserves sont déjà épuisées l'anémie se développe, l'alimentation ne pouvant à elle seule répondre aux besoins supplémentaires, ces suppléments en Fer peuvent aider mais là où le régime est essentiellement végétarien que ce soit par choix ou par nécessité ce déficit en vitamine C et l'excès de céréales de fibres et de thé inhibé l'absorption de Fer.

L'allaitement au sein est l'un des facteurs les plus bénéfiques pour garantir une bonne santé néonatale, infantile et infantile juvénile ainsi que la croissance et le développement de l'enfant, ses effets sont d'autant plus positifs qu'il commence dans l'heure suivant la naissance que l'enfant est nourri à la demande, ce qui suppose qu'il soit maintenu près de sa mère, si la naissance a lieu à la maternité et qu'il constitue ce mode exclusif d'alimentation du nourrisson pendant les quatre à six premiers mois. Des nombreux problèmes de santé néonatale sont notablement améliorés par l'application d'allaitement.

## SCHEMA CONCEPTUEL



## CHAPITRE III. METHODOLOGIE

### III.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ETUDE

Notre étude a été menée aux cliniques BONDEKO. Le choix de ce milieu est motivé par la fréquentation en grand nombre des mères qui y vont pour allaiter. Ceci nous permet de bien répondre aux préoccupations de notre sujet de recherche basé sur la connaissance des mères sur l'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois.

### III.2. HISTORIQUE

La clinique BONDEKO est l'œuvre du révérent père Arthur Divernas, missionnaire du cœur immaculé de marie (CICM). L'idée de la construction de la clinique BONDEKO fut conçue en 1982 et concrétisée en 1986, date sanctionnant les débuts de la construction. (Archives BONDEKO, 1986).

La clinique BONDEKO est une fondation de l'association sans but lucratif, BONDEKO ya sika. En égard à la situation médicale déficiente dans laquelle se trouve la ville de Kinshasa et étant donné l'indigence de tas de malades, les membres de la communauté BONDEKO ont remis en vigueur la dîme de l'ancien testament pour venir en aide aux plus démunis avec l'apport supplémentaire de différentes personnes et institutions. Ils ont mis sur pied une clinique dont le but est animé par un esprit évangélique de fraternité et d'honnêteté soucieuse d'être un exemple pour les autres (AA BONDEKO, 1985).

Dans l'édition BONDEKO 1985, « tu aimera ». En effet, c'était en 1982 qu'ils ont eu l'idée tout d'abord de construire un dispensaire au centre BONDEKO. Lorsqu'ils ont présenté leur projet au gouvernement de la ville à l'époque, ce dernier leur proposa de construire plutôt un grand hôpital au lieu d'un petit centre médical. C'est ainsi qu'il leur donna le don terrain anciennement appelé « Zamba avocat »

En 1985, il ya eu pose de la première pierre. Amis, suite à quelques difficultés financières, les travaux de construction ont débuté en 1986 par la société AVC construction.

En 1989, il a eu ouverture du premier bâtiment qui commença à fonctionner comme dispensaire mais pour ne soigner que les malades du centre BONDEKO et ceux de la société AVC construction, l'on faisait au sein de ce dispensaire :

- ✓ Les consultations externes
- ✓ Les consultations spécialisées en :
  - Pédiatrie
  - Gynécologie
  - Le bloc opératoire avec des interventions mineures uniquement.

En 1992, a vu jour, après les travaux de finissage, le bâtiment d'hospitalisation pour les malades des services de la médecine interne (homme et femme) et la pédiatrie.

Au cours de cette même année, il ya eu l'ouverture de la salle d'urgence ayant une capacité de 11 lits, ainsi que l'installation des services et le début des activités médico-techniques à savoir : le laboratoire, la kinésithérapie et la radiologie.

En 1994, il ya eu la construction de la maternité et de l'incinérateur. En juillet 1995, eut lieu l'inauguration de la maternité et de la morgue.

La morgue de la clinique BONDEKO est dotée d'une capacité d'accueil de 18 places pour les enfants et les adultes. Elle dépend hiérarchiquement de l'unité de l'hospitalisation.

En 1997, fut marqué par la construction de l'actuel pavillon 6 et 7 en étage, en Septembre 2000, eut lieu l'ouverture du pavillon 6 et 7 où on a installé les services de la médecine interne femme et la pédiatrie.

BONDEKO (2000), signale que la capacité d'accueil de la clinique BONDEKO qui était de 190 lits en 1997 est aujourd'hui de 300 lits suite à l'ouverture des pavillons 6 et 7 en l'an 2000.

### **III.3. SITUATION GEOGRAPHIQUE**

La clinique BONDEKO est située dans la zone de santé de Funu, sur l'avenue Yolo n°7259 sur la place jadis appelée « Zamba avocat » quartier résidentiel dans la commune de Limete.

Elle est bornée :

- ✓ Au nord : par l'entrée de l'avenue « Tropiques de la 7<sup>ème</sup> rue Limete
- ✓ Au sud : par l'avenue Lotas de la 7<sup>ème</sup> rue Limete
- ✓ A l'est : par l'avenue Bongolo
- ✓ On peut accéder à partir du boulevard Lumumba par la 7<sup>ème</sup> rue Limete.

### **III.4. CAPACITE D'ACCUEIL**

La clinique BONDEKO a une capacité d'accueil de 300 lits et répond aux normes d'un hôpital qui se prête le mieux à une exploitation rationnelle avec toutes les spécialités que l'on peut trouver dans n'importe quel autre hôpital.

### **III.5. ASPECT ARCHITECTURE DE LA CLINIQUE**

Elle est construite en style pavillonnaire, en forme de dents de peigne. Elle a huit bâtiments dont :

1. Un pavillon VI pour la médecine interne femme ;
2. Un pavillon II pour la médecine interne homme ;
3. Un pavillon IV pour la maternité ;
4. Un pavillon III pour la néonatalogie, gynéco, obstétrique et salle d'accouchement ;
5. Un pavillon I pour la clinique ;
6. Un pavillon V pour les chambres privées ;



7. Un pavillon VII pour la pédiatrie ;
8. Un pavillon qui abrite les services administratifs ;
9. Bâtiment qui abrite le bloc opératoire, imagerie médicale, le laboratoire, la banque de sang ;
10. Bâtiment qui abrite la réception, les consultations, la pharmacie et la kinésithérapie.

### III.6. STRUCTURES ORGANISATIONNELLES

#### a. Organes de gestion et de décision

Dans ce point, nous allons décrire les différents organes mis en place par la clinique BONDEKO pour atteindre les objectifs assignés aux différents niveaux. Ces organes sont :

- ✓ Les conseils de gestion ;
- ✓ Le médecin directeur ;
- ✓ Le directeur de nursing.

#### b. Les attributions

Nous tendons de donner les brèves attributions de ces organes précités.

- ✓ L'attribution du conseil de gestion est de fixer les objectifs à atteindre, de déterminer les actions chirurgicales et les soins à porter aux patients, d'entretenir de bonnes relations entre le centre et le ministre de tutelle.
- ✓ Le médecin directeur est le seul responsable qui s'occupe des soins des patients pour toute la clinique BONDEKO qu'ils soient ambulants ou hospitalisés à la clinique.
- ✓ Le directeur de nursing est le seul représentant du médecin directeur dans l'espace. Elle est encore appelée : « univers statistique d'enquête »

### **III.7. HORAIRE DU PERSONNEL**

Les infirmiers de cette unité des soins travaillent selon un roulement cyclique formulé de la manière suivante :

Chaque infirmier fait 2 jours de garde de 18h00 à 7h30' et 2 jours de repos ; 1 jour de service I de 7h30' à 15h00 et 1 jour de service II de 10h30' à 18h00 et puis 2 jours encore de garde et ainsi de suite. Chaque infirmier a droit à un congé annuel payé d'un mois chaque année. En plus de cela, il existe aussi des congés de circonstance payés qui sont données au personnel en cas d'un événement quelconque.

### **III.8. DOMAINE ET TYPE D'ETUDES**

Notre étude s'inscrit dans le domaine des soins infirmiers en gynéco-obstétrique, c'est une étude prospective transversale à visée descriptive. Ce type d'étude nous aide à décrire les connaissances des mères et obtenir des nouvelles connaissances dans la comparaison avec la pratique d'allaitement qui se faisait aux temps passés.

### **III.9. POPULATION ET ECHANTILLON**

#### **III.9.1. Population**

SAMBAS (2000) définit la population comme étant l'ensemble d'individus soumis à une étude statistique. Notre population est constituée de toutes les femmes allaitantes dont leurs bébés, sont dans les tranches d'âge comprise entre 0 et 6 mois fréquentant la CPS à la clinique BONDEKO dont l'effectif s'élève à 120 mères.

#### **III.9.2. Echantillon**

Selon SAMBAS (opcit) l'échantillon est une fraction représentative d'une population ou d'un univers statique, pour sélectionner les individus qui feront partie de notre échantillon, nous avons tenu compte des critères ci-dessous.

### a. Critères d'inclusion d'exclusion

- ✓ Etre femme allaitante dont la tranche d'âge de bébé se situe entre 0 et 6 mois, se présentant à la CPS.
- ✓ Etre présent le jour de notre enquête
- ✓ Accepter de participer à l'enquête.

Sont exclus, toutes celles qui ne répondent pas aux critères ci-dessus. Le plan échantillonnal prévoit un échantillon non probabiliste de type accidentel.

### b. Taille d'échantillon

Notre échantillon est constitué de 50 mères attendues à la CPS durant la période de notre enquête, soit près de la moitié de la population cible.

## III.10. METHODE TECHNIQUE ET INSTRUMENT

Méthode : pour réaliser notre enquête, nous avons utilisé la méthode d'enquête.

- ✓ KAPUKU (2002) définit l'enquête comme une recherche méthodologique reposant sur des questions et des témoignages techniques : pour concrétiser notre enquête, nous allons recourir à la technique d'interview.
- ✓ MBAYA (2002) définit l'interview comme étant, une forme de communication établie entre deux personnes qui ne se connaissent pas, ayant pour but de recueillir certaines informations concernant un objet précis.
- ✓ Instrument : selon DELMAR (1985) l'instrument c'est un support, un outil servant à exécuter quelque chose ou faire quelque opération. Nous utilisons un questionnaire guide d'interview qui nous facilite la récolte nos données.

### III.11. RECOLTE DES DONNEES

Pour récolter des données, la tâche nous a été facile grâce à l'attestation de recherche scientifique délivrée par le secrétaire académique de l'institut supérieur des techniques médicales (ISTM-Kinshasa) et cela nous a permis d'entrer en contact avec la directrice de nursing qui nous affectera dans le service des accouchés dans la maternité où nous avons posé des questions aux mamans allaitantes en rapport avec notre étude.

### III.12. DEMARCHE PROPREMENT DITE

La récolte des données se faisait chaque jour des séances de CPS. Ainsi, nous nous présentions auprès de mères et leur expliquaient le motif de notre enquête afin d'obtenir leur collaboration, une fois leur consentement obtenu, nous passions ainsi à l'interview dans la langue la mieux comprise par l'interlocutrice. Leurs réponses étaient notées sur notre guide d'interview et, après l'interview, nous relisions leurs réponses devant pour la vérification.

### III.13. CRITERES D'ACCEPTABILITE

Les connaissances des mères sont jugées satisfaisantes lorsque chaque variable retenue pour l'évaluation pris séparément ou dans l'ensemble obtient un score de 60% au plus.

### III.14. TRAITEMENT DES DONNEES

Le dépouillement de nos données sera manuel. Elles sont traitées par l'analyse descriptive en recourant aux fréquences simple exprimées en %. Les moyennes sont calculées pour certains groupes des données la seconde étape consiste à rechercher le pourcentage de chaque variable retenue par la formule ci-après :  $\% = \frac{ni}{n} * 100$  ou  $\frac{fi}{N}$

Légende : %= pourcentage ;

Ni= effectif ;

N= échantillon.

## CHAPITRE IV. PRESENTATION DES DONNEES

*Tableau I. présentation des enquêtes selon l'âge (n=50)*

N°	Tranche d'âge	Fi	%
1	15-24 ans	25	50
2	25-34 ans	18	36
3	>35 ans	7	14

Ce tableau montre que la moitié des enquêtes ont l'âge compris entre 15-24 ans, suivis de celles dont l'âge varie de 25-34 ans, soit 36%.

*Tableau II. Répartition des enquêtes selon leur statut civil (n=50)*

N°	Etat civil	Fi	%
1	Célibataire	27	54
2	Marié	13	26
3	Divorcé	8	16
4	Veuve	2	4

Selon ce tableau sur ce statut civil, nous notons une fréquence élevée pour les célibataires soit 54% suivi des femmes mariées soit 26%

*Tableau III. Présentation des enquêtes selon le niveau d'étude (n=50)*

N°	Niveau d'étude	Fi	%
1	Sans niveau	4	8
2	Primaire	15	30
3	Secondaire	28	56
4	supérieur	3	6

Ce tableau nous montre que 56% de nos enquêtés ont un niveau d'études secondaire suivi de 30% pour le primaire.

**Tableau IV. Présentation de nos enquêtes selon leur profession (n=50)**

N°	Profession	Fi	%
1	Ménagère	13	26
2	Travailleuse	3	6
3	Débrouillarde	31	62
4	Commerçante	3	6

Ce tableau relève que 62% de nos enquêtés sont débrouillardes suivi des ménagères 26%

**Tableau V. Présentation des enquêtes selon la parité (n=50)**

N°	Parité	Fi	%
1	Primipare	31	62
2	Multipare	19	38
3	Total (n)	50	100

Il ressort de ce tableau que la majorité de nos enquêtées soit 62% sont de primipares et, 38% sont multipares.

**Tableau VI. Répartition des enquêtes selon les types d'allaitement pratique (n = 50)**

N°	Type d'allaitement	fi	%
1	Allaitement maternel exclusif	29	58
2	Allaitement artificiel	8	16
3	Allaitement mixte	13	26

Ce tableau indique que les de la moitié de nos enquêtes soit 58% préfèrent donner à leurs bébés l'allaitement maternel exclusif suivi de l'allaitement mixte soit 26%.

**Tableau VII. Répartition des enquêtes selon qu'ils ont déjà entendu parler d'AME**

	Variable	Fi	%
1	Oui	31	62
2	Non	19	38
		50	100

Ce tableau montre que 62 de nos enquêtés ont déjà entendu parler de l'AME suivi de 38% qui n'ont jamais entendu parler de cela.

**Tableau VIII. Répartition des enquêtes selon leurs sources sur l'allaitement maternel**

N°	Sources	Fi	%
1	Infirmier	18	36
2	Médecins	11	22
3	Journal	5	10
4	Livre	4	8
5	Télé	4	8
6	Radio	5	10
7	Autres voisins	3	6

Nous constatons que 36% de nos enquêtés ont puisé l'information sur l'AME principalement auprès des infirmiers, suivi de 22% de celles qui ont été informées par les médecins.

**Tableau IX. Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur la durée de l'AME**

Durée	Fi	%
Connue	19	38
Non connue	31	62

38% des enquêtés connaissent la durée de l'AME

**Tableau X. répartition des nos enquêtés selon leurs connaissances de la qualité d'autres liquides ou aliments que l'AME**

N°	Qualité d'autres aliments ou liquides	Fi	%
1	Peuvent contenir des germes	35	70
2	Peuvent être trop dilué et entraîner la malnutrition	26	52
3	L'enfant peut avoir des difficultés à digérer le lait de vache	17	34
4	Peuvent contenir une quantité insuffisante de vit A	9	18
5	Autres	13	26

$\bar{x} = 40\%$

70% des mères savent que les autres aliments ou liquides peuvent contenir des germes suivis de 52% qui connaissent que ces préparations peuvent être trop diluées et entraînées la malnutrition.

**Tableau XI. Répartition des enquêtées selon leurs connaissances sur les avantages de l'AME (n=50)**

N°	Les avantages de l'AME	Fi	%
1	Favorise l'évolution de l'utérus après l'accouchement	30	60
2	Elle constitue la méthode contraceptive naturelle	25	50
3	Contient des anticorps	40	80
4	Facile à digérer	18	36
5	Protéger l'enfant contre les infections	22	44
6	Favorise la relation affective	28	56
7	Meilleurs aliment complet pour l'enfant	24	48

$\bar{x} = 53,4\%$

Ce tableau nous montre que les avantages de l'allaitement maternel les plus connus des mères enquêtées sont : contient des anticorps (80%), favorise l'évolution de l'utérus après l'accouchement (60%), favorise la relation affective 56%, elle constitue la méthode contraceptive naturelle 50%

**Tableau XII. Répartition des enquêtés selon leurs connaissances sur le risque encourus en cas d'allaitement artificiel**

N°	Risque encourus en cas d'allaitement artificiel	Fi	%
1	Diarrhée	40	80
2	Maladies infectieuses et parasitaires	20	40
3	Vomissement	35	70
4	Réduit la capacité de téter	18	36
5	Malnutrition	15	30
6	constitution	15	30

$\bar{x} = 47,6\%$



Ce tableau sur les risques encourus en cas d'allaitement artificiel montre que 47,6% connaissent les risques encourus en cas d'allaitement artificiel.

**Tableau XIII. Synthèse de l'évaluation des connaissances des mères sur l'AME**

Eléments de connaissances	%
D'après vous quelle est la durée de l'AME	38
Selon vous pourquoi on ne peut pas donner aux enfants de l'eau ou les autres liquides	40
Quels sont selon vous les avantages de l'allaitement maternel	53
Quels sont selon les risques encourus en cas d'allaitement artificiel	47

$\bar{x} = 44,5\%$

Selon ce tableau, les connaissances des mères enquêtées sont :

- ✓ 53% des mères connaissent les avantages de l'AME
- ✓ 47% des mères connaissent les risques en cas d'allaitement artificiel
- ✓ 40% des mères savent qu'on ne peut pas donner aux enfants de l'eau ou les autres liquides
- ✓ 38% des mères connaissent la durée de l'AME

Dans l'ensemble les mères ont obtenu un score global moyen de 44,5%.

## DIFFICULTES RECONTREES

Tout travail scientifique, exige beaucoup d'efforts, de sacrifice, de courage et de persévérance de la part de celui qui le réalise.

En effet, pour réaliser cette étude, nous avons rencontré plusieurs difficultés dont les plus importantes sont les suivantes :

- ✓ Les difficultés financières ;
- ✓ La difficulté de traduire en d'autres langues notre fiche d'enquête pour une bonne compréhension pour les enquêtées ;
- ✓ La méfiance de certaines enquêtées ;
- ✓ La réticence de certaines mères à l'interview.

## CHAPITRE V. INTERPRETATION DES RESULTATS OBTENUS

Pendant toute l'enquête la routine hospitalière n'a pas été modifiée de même qu'aucune promotion systématique de l'allaitement n'a été faite pour éviter de fausser l'objectivité de notre travail.

Le tableau I a montré que 50 de nos enquêtes avaient une tranche d'âge située entre 15 et 24 ans ; 36% avaient 25 et 34 ans 14% avaient plus de 35 ans.

Vu le résultat de ces données, nous soulignons que la majorité des mères qui se présentent à la CPS, ont déjà un âge mature à pouvoir comprendre ce qui est bien ou mauvais pour leurs bébés. Succinct, il faut bien éduquer les mères au cours de CPS, leurs montrer qu'elles sont déjà adultes et qu'elles doivent capter, pratiquer les informations qu'on leur donne sur l'AME.

Pour tableau II, concernant le statut civil des mères, nous constatons qu'il ya une fréquence élevée pour les célibataires soit 54% suivi des mariées soit 26%. On peut montrer les avantages d'allaiter l'enfant exclusivement au sein, en relevant que ce lait est plus économique, réduite le taux de mortalité et morbidité chez l'enfant. On peut être sans mari et bien nourrir son enfant par le lait maternel.

Selon le tableau III, le résultat de notre enquête, nous a montré que 56% de nos enquêtes ont un niveau d'étude secondaire suivi de 30% pour le primaire. Nous avons que le niveau d'étude influence le comportement des individus, un niveau trop bas d'étude résiste aux changements des comportements.

NAIMA LAMDOUAR BOUAZZAQUI (2002) relève aussi que le taux d'allaitement semble être influencé par le haut niveau d'études, âge avancé et la multiparité.

Le tableau IV relève que 62% de nos enquêtes sont des débrouillardes suivi de 26% des ménagères. L'activité professionnelle constitue un obstacle à bonne conduite de l'allaitement maternel.

MARIE THERION (1994) prouve que la conservation du lait à domicile se fait au réfrigérateur pour une utilisation dans les 24 à 48 heures qui suivent ou au congélateur si le lait doit être utilisé, conservé plusieurs mois sans se dégrader.

L'auteur ajoute que la femme peut conserver son lait dans un contenu plastique, stérile, le garder dans un réfrigérateur et le réchauffer avant l'utilisation. Le verre est déconseillé parce que les anticorps y adhèrent et que le lait perd ainsi ses propriétés protectrices.

Le Tableau V nous relève que 62% de nos enquêtes sont des primipares suivi des multipares soit 38% les primipares ont besoins d'information sur l'AME par les infirmiers.

La confiance en elle de la mère joue un rôle majeur dans l'allaitement. Or les professionnels de santé en général détruisent sans s'en rendre compte la confiance de la femme en sa capacité à allaiter chaque fois qu'ils conseillent, recommandent ou encouragent le don de complément, d'échantillon gratuits de laits industriels, ou lorsqu'ils distribuent les « informations » éditées par des fabricants de ces laits : cet impact est maximal chez les mères les plus jeunes primipares et le niveau économique et socio culturel défavorisé. Le soutien actif professionnel de santé est un des facteurs qui favorisent chez les femmes une vision positive de l'allaitement.

Selon le tableau VI, sur la question « quel type d'allaitement pratiquez-vous ? » ; on constate que qu'il ya une fréquence élevée pour les femmes qui désirent donner les seins à leur bébés soit 52% suivi d'allaitement mixte 26%.

Il n'est pas question de partir en guerre pour obliger toute les femmes à allaiter mais nous aimerions offrir à chacune d'entre elles le maximum des renseignements leur permettant un choix réel et heureux.

C. PATRICIA WIELAND LAGEWEG (op.cit.) note que la première responsabilité de l'infirmière consiste à respecter le choix de la mère et à contribuer à faire de ce choix une expérience constructive. Elle devra éviter de valoriser ou de dévaloriser les femmes qui optent pour une méthode plutôt qu'une autre, car chaque formule a des avantages et des inconvénients, et permet aux parents de tisser de lins solides avec leurs enfants.

Pour le tableau VII, la question : « avez-vous déjà entendu parler d'AME ? », il montre que 62% de nos enquêtées ont déjà entendu parler de l'AME suivi de 38% qui n'ont jamais entendu parler de cela. A travers ce résultat nous comprendrons que la plupart des femmes connaissent l'AME et ont déjà entendu parler de cela mais il faut une insistance pour qu'elles acceptent cette pratique. On doit rendre l'information accessible à toutes ces femmes. Il faut se demander alors quelle façon on leur a enseigné cela, comment est-ce qu'elles ont perçu cette information ? Peut-il être facile de pratiquer cela ? A partir de leurs réponses, on saura comment améliorer l'information au cours de la CPS.

ELISABETH ROUSSEAU (opcit) insiste que le choix et la possibilité de poursuivre l'AME ont orientés par les attitudes, croyances, les connaissances personnelles.

Le tableau VIII, sur la question « pour quelle source entendu cela ? » nous constatons que 36% de nos enquêtes ont puisé l'information sur l'AME principalement auprès des infirmiers, suivi de 22% de celles qui ont été enseignées par les médecins.

Même si les mères peuvent se renseigner sur l'allaitement au sein dans des livres et des revues, de même qu'auprès des médecins, voisins et parents. L'infirmière doit être prête à leur offrir l'information,

l'encouragement et l'aide dont elles ont besoins. Elle peut apporter une aide précieuse aux parents lorsqu'ils doivent prendre une décision concernant l'allaitement. Sur le plan de la promotion, il faut trouver les moyens de rendre l'information culturellement accessible à tous, l'infirmier est mieux placé pour rendre l'information accessible à tous, durant la CPS.

Le tableau IX, sur la durée de l'AME, nous remarquons qu'il y a une insuffisance de connaissance sur la durée de l'AME. Il faut montrer à la femme l'importance d'allaiter jusqu'à 6 mois selon la recommandation de l'OMS. Le nouveau né a donc besoin d'une protection efficace jusqu'à ce qu'il soit capable de synthétiser lui-même ses éléments de défense que son système immunitaire soit suffisamment mature pour faire face aux différents agressions bactériennes et virales.

L'auteur précité ajoute que dans nos pays en voie de développement, l'AME permet de réduire la mortalité et la morbidité infantile liées à des infections digestives, respiratoire, si l'allaitement reste exclusif pendant cinq voir 6 mois, il confère une protection additionnelle contre les infections gastro intestinales chez l'enfant.

Le tableau X, sur la question « pourquoi on ne donne pas d'autres liquides ou d'autres aliments que le lait maternel » en moyenne 40% des femmes savent que les autres aliments ou liquides peuvent contenir des germes provenant de l'eau, des biberons ou autres ustensiles. Ces germes peuvent causer des infections chez l'enfant, d'autres femmes ajoutent que si l'enfant reçoit peut développe une allergie au lait de vache.

ELISABETH ROUSSEAU (1981) affirme qu'en allaitant intégralement le nourrisson, il reçoit au sein toute ration liquidiens qui lui est nécessaire. L'auteur ajoute que dans nos pays en voie de développement où l'hygiène est des plus précaires, on augmentait de façon significative le risque d'infection gastro intestinale. Compte tenu

de l'idée de l'auteur, nous suggérons que nos pays en voie de développement ont plus besoin de pratiquer l'AME, car on connaît les conditions d'insalubrité totale, il ya risque de contaminer l'enfant en lui donnant l'eau ou le biberon. Les femmes doivent être bien instruites sur l'AME. Pour sa part ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (1998) soutient qu'avant l'âge de 6 mois, le système immunitaire du bébé est immature, sa muqueuse intestinale est perméable aux protéines étrangères.

Selon le tableau XI (Les avantages sur l'AME), la majorité de nos enquêtés soulignent que l'AME protège l'enfant contre les infections gastro intestinales et lui protège encore les allergies du lait artificiel.

Les autres trouvent que l'AME est plus économique, parce que ce lait ne coûte rien et c'est stérile. Les femmes pensent que l'AME crée la sécurité et l'affection entre la mère et son bébé. Sa prévient la malnutrition protéino calorique. Sa promotion ou sa protection est l'une des actions, les plus importantes à mener pour prévenir la malnutrition protéino calorique.

Le tableau XII (le risque en couru en cas d'allaitement artificiel) montre que les risques en courus en cas d'allaitement artificiel montre que 80% connaissent que la diarrhée peut être causée par l'allaitement artificiel. Suivis de 70% qui connaissent que le vomissement peut être causé par l'allaitement.

## SUGGESTIONS

A travers ces quelques données nous palpions bien que le déclin de la pratique de l'AME est réel problème de santé publique qui interpelle tout professionnels de santé en particulier ceux impliqués dans les prestations destinées au couple mère-enfant.

Notre action doit comprendre deux grands volets : l'amélioration du niveau culturel des femmes pour une réception plus aisée et facile des conseils qu'on pourrait leur procurer et la formation des professionnels de santé en matière d'AME.

Le premier volet d'action qui est celui de la lutte contre l'analphabétisme de la femme est en pleine évolution dans notre pays et nous futurs professionnels de santé saluons tous les départements et des organisations non gouvernementales qui agissent dans ce sens.

En matière de formation des professionnels de santé, nous avons beaucoup à faire pour améliorer les connaissances et les compétences des professionnels pour ce qui ont des conseils des mères en matière d'AME.

Pour les études futures :

- ✓ Qu'une étude semblable soit menée dans d'autres centres de santé et hôpitaux pour relever le message d'éducation n'est donné lors de des séances de CPS.

## CONCLUSION

Notre étude avait pour titre connaissance des mères sur l'allaitement maternel exclusif.

Le but poursuivit dans cette étude est d'évaluer le niveau de connaissances des mères sur l'allaitement maternel exclusif. Pour atteindre ce but nous Fisons les objectifs suivants :

- ✓ Identifier les mères fréquentant la CPS
- ✓ Décrire leur profil
- ✓ Déterminer le niveau de leurs connaissances sur l'allaitement maternel exclusif.

Nous avons réalisé une enquête par interview au moyen d'un questionnaire guide d'interview auprès de 50 mères rencontrées occasionnellement. Sur ce, 40% des mères savent qu'on ne peut pas donner aux enfants de l'eau ou les autres liquides artificiels. Par rapport à la connaissance de l'AME, 62% en ont déjà entendu parler.

Cette étude conduit à la conclusion selon la quelle les mères qui vont à la CPS à la clinique BONDEKO n'ont pas de connaissances suffisantes sur l'allaitement maternel exclusif.

Le pourcentage total obtenu 44,5% a été jugé insatisfaisant au regard de notre critère d'acceptabilité fixe à 60% ou plus la conclusion à laquelle nous sommes arrivés confirme donc l'hypothèse du départ.



## BIBLIOGRAPHIE

1. BROQUET (2006) : Santé et enfant guide essentiel de la naissance à 11 ans
2. C. PATRICIA WIELAND LAGEWER (1989) : Soins infirmiers en
3. COLLIN (2006) : La santé de votre enfant Norvège
4. DELMAR (1985) : Ancien interne des hôpitaux de Paris, dictionnaires des termes techniques de médecine
5. ELISABETH ROUSSEAU (1981) : J'allaite mon enfant, édition
6. GAUTIER (2002) : L'allaitement maternel éd. de l'hôpital saint jeunes enfants publiée sur internet. WWW. Enfant encyclopédie justice, Québec
7. MARIE THERION (1994) : Allaitement, édition ESTEM 2001 maternité et néonatalogie, éd. Sally brooken glob
8. NAIMALANDOUR BOUAZZAOUI (2002) : l'allaitement au Maroc
9. OMS (1996) : Maternité sans risque.
10. PCIME (2007) : Prise en charge intégré des maladies de l'enfant
11. PETIT ROBERT (sd) : Dictionnaire français réussi édition Masson
12. ROSTANT DELTERTANT (1980) : la santé de vos enfants édition saint Paul, France
13. TATA (2008) : Syllabus TGS III, ISTM/Kinshasa
14. UNICEF et OMS (2011) : encyclopédie sur le développement des wactes d'un médecin enseignant édition nouvelles Rabod

**ANNEXE**

## QUESTIONNAIRE D'INTERVIEW

Nous menons une étude sur l'allaitement maternel exclusif. Notre étude se propose d'améliorer l'allaitement maternel exclusif. Ce n'est pas un examen, c'est un questionnaire d'interview auquel nous vous prions de répondre ; nous assurons que votre anonymat est respecté en ce qui concerne votre identité.

Nous vous remercions pour votre contribution

### 1. IDENTIFICATION DE L'ENQUETE

- a. Age
- b. Statut-civil
  - Marié
  - Célibataire
  - Divorcée
  - Veuve
- c. Niveau d'éducation
  - Sans niveau
  - Primaire
  - Secondaire
  - Supérieur
- d. Parité
  - Primipare
  - Multipare
- e. Profession
  - Ménagère
  - Travailleuse
  - Débrouillarde
  - Commerçante

### 2. QUESTIONNAIRE SUR L'ALLAITEMENT

- a. Quel type d'allaitement pratiquez-vous ?
  - Maternel
  - Artificiel
- b. Avez-vous déjà entendu parler de cela ?
  - Oui
  - Non
- c. Par quelle source avez-vous entendu parler de cela ?
  - Livre
  - Journal
  - Télé
  - Radio
  - Médecin
  - Infirmier
  - Autres, les quelles ?

- d. Qu'est-ce que l'AME ?
- Réponse correcte
  - Réponse incorrecte
- e. Quelle est la durée de l'AME ?
- 1 mois
  - 2 mois
  - 3 mois
  - 4 mois
  - 5 mois
  - 6 mois
- f. Pourquoi dans l'AME, on ne peut donner d'autres aliments ou liquides que le lait maternel ?
- Peuvent contenir des germes
  - Peuvent être trop dilués et entraîner la malnutrition
  - L'enfant peut avoir des difficultés à digérer le lait de vache
  - Peuvent contenir une quantité insuffisante de vitamine A
- g. Quelles sont les avantages de l'AME ?
- Favorise l'évolution de l'utérus après l'accouchement
  - Elle constitue la méthode contraceptive naturelle
  - Contient des anticorps
  - Facile à digérer
  - Protège l'enfant contre les infections
  - Favorise la relation affective
  - Meilleurs aliments complet pour l'enfant ?
- h. Quels sont les risques en cours en cas d'allaitement artificiel ?
- Diarrhée
  - Maladies infectieuses et parasitaires
  - Malnutrition
  - Constipation
  - vomissement
  - réduit la capacité de téter