



Facteurs associés à la non pratique de l'allaitement maternel exclusif de l'enfant durant les six premiers mois : cas de la Zone de santé de Kadutu

BORAUZIMA BATUMIKE Salomon¹, SHUKURU LOSSA Daniel², BASIADIKOSI MUSEKETWA David³, LUFUNGULO BAHATI Yvette¹, HARIMENSHI DEO⁴

Note : Les deux premiers auteurs ont contribué de manière égale à ce travail et sont considérés comme co-premiers auteurs.

1. Sciences Infirmières, Enseignement et Administration en Soins Infirmiers ; Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, République Démocratique du Congo
2. Sciences Infirmières, Enseignement et Administration en Soins Infirmiers ; Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyankunde à Bunia, République Démocratique du Congo

ORCID ID : <https://orcid.org/0009-0005-3190-9158>

3. Sciences Infirmières, Pédiatrie, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Nyankunde à Bunia, République Démocratique du Congo

ORCID ID : <https://orcid.org/0009-0004-5295-3513>

4. Institut National de santé Publique, Bujubura, Burundi

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.21209001>

RESUME

Introduction : L'allaitement maternel est le moyen idéal de fournir une alimentation adéquate pour la croissance et le développement du nourrisson. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs de la non-pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) chez les mères enquêtées des différentes aires de santé de la zone de santé de Kadutu.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude transversale à visée analytique réalisée auprès de 384 femmes d'enfants âgés de 6 à 23 mois de la zone de santé de KADUTU. La collecte de données a été réalisée au moyen d'un questionnaire d'enquête préétabli. L'analyse de données a été effectuée grâce au le logiciel STATA 15.

Résultats : La prévalence de l'AME est de 43,75% (IC 95% :38,85-48,65). L'âge moyen de femmes était de 28±7,46 ans. L'analyse des facteurs associés à la non-pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME) met en évidence plusieurs déterminants significatifs. Concernant la profession, les ménagères présentaient une probabilité significativement plus faible de ne pas pratiquer l'AME (OR = 0,4 ; IC 95% : [0,432-3,28]; p = 0,04) comparativement aux cultivatrices. Pour le lieu de résidence, les femmes vivant en zone rurale avaient également un risque réduit de non-AME (OR = 0,49 ; IC 95% [0,25-35,22]; p = 0,04) par rapport à celles en milieu semi-urbain. En ce qui concerne le suivi prénatal, les femmes ayant réalisé seulement une à trois consultations présentaient un risque accru de non-pratique de l'AME (OR = 1,64 ; IC 95% [1,012-3,45]; p = 0,04) comparées à celles ayant effectué au moins trois consultations. Aucun effet significatif n'a été observé pour les femmes n'ayant pas effectué de consultation prénatale. Les facteurs sociaux et relationnels se sont révélés particulièrement déterminants. Une attitude défavorable du partenaire augmentait de manière significative la probabilité de non-pratique de l'AME (OR = 2,39 ; IC95% [1,24-5,906] ; p = 0,04). De même, les femmes vivant seules étaient nettement plus à risque de ne pas pratiquer l'AME (OR = 3,04 ; IC 95% [1,12-7, 5,60]; p = 0,02). Enfin, l'absence d'éducation ou de sensibilisation (EPS) sur l'AME constituait un facteur de risque supplémentaire (OR = 1,12 ; IC 95% [1,023-4,2], p = 0,045), soulignant l'importance de l'information fournie durant la période périnatale.

Conclusion : Cette étude met en lumière la nécessité de renforcer les stratégies communautaires, le counselling prénatal et postnatal, ainsi que les interventions impliquant les partenaires et le milieu familial. Une amélioration de l'accès à l'information de qualité sur l'AME, soutenue par des politiques nationales cohérentes et des programmes de communication adaptés, demeure essentielle pour accroître durablement les taux d'AME.

Mots clés : Facteurs associés à la non pratique, Allaitement maternel exclusif, enfant de moins de 6 mois, couple mère-enfant, Zone de Santé de Kadutu

1. INTRODUCTION

L'allaitement maternel procure beaucoup d'avantages pour la santé en protégeant la mère et l'enfant. L'allaitement maternel optimal est l'une des mesures de santé préventive les plus efficaces contre les maladies diarrhéiques et la mortalité infantile. Des études indiquent que le lait maternel protège les nourrissons des maladies infectieuses et chroniques. A l'échelle mondiale, 60% des décès de nourrissons et de jeunes enfants surviennent en raison de pratiques inappropriées d'alimentation du nourrisson et de maladies infectieuses dont les deux tiers sont attribuables à des pratiques d'allaitement insuffisante (1,10).

Malgré son efficacité et son caractère très économique, l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du bébé reste une pratique insuffisante dans certaines régions du globe. On estime qu'un tiers des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde est dû à la sous-nutrition (1). A l'heure actuelle, seulement environ 39% des nourrissons dans le monde bénéficient de cette pratique pendant les six premiers mois de leur vie (2).

L'OMS estime que 1,5 millions de décès d'enfant dans le monde seraient évités grâce à un l'allaitement maternel effectif. L'allaitement optimal est tellement déterminant qu'il pourrait sauver chaque année la vie de 820 000 enfants de moins de cinq ans (2).

Le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, constitue selon l'OMS, l'aliment parfait pour le nouveau-né qui doit commencer à s'alimenter dès la première heure qui suit la naissance. L'allaitement maternel présente de nombreux avantages pour la santé de l'enfant et celle de sa mère. C'est la façon optimale de nourrir les nouveau-nés. En effet, l'allaitement maternel favorise la croissance physique et affective de l'enfant, privilégie le lien mère-enfant, renforce l'immunité de l'enfant et réduit les coûts liés à l'achat de lait artificiel et au recours aux soins (3).

D'après le rapport de l'Unicef de 2024, le taux d'allaitement exclusif chez les enfants de moins de six mois s'élevait à 36% et à 44% pour le taux d'initiation à l'allaitement. Quant-au taux d'allaitement non exclusif, il était de 56% chez les enfants de 12 à 23 mois. Les taux d'allaitement exclusif dans les pays les moins avancés et dans les pays en développement étaient respectivement de 42 et 36%. (4).

L'arrêt et l'abandon de l'allaitement pourraient intervenir suite à un certain nombre de déterminants (1). Ils peuvent se situer essentiellement au niveau de la mère et Chez les nourrissons. Au niveau de la mère, les obstacles à l'allaitement sont les douleurs aux seins et l'insuffisance de lait, telle que perçue peuvent constituer les principales barrières, tandis que. Chez les nourrissons, il s'agirait essentiellement de l'existence d'un frein de langue court et d'un faible poids (5). Ces problèmes représentent d'ailleurs les motifs de consultation les plus fréquents chez les mères. En conséquence, s'ils ne sont pas résolus à temps et de manière efficace, ils peuvent sérieusement entraver la décision de la femme à allaiter exclusivement au sein. Ce qui pourrait l'amener à abandonner l'allaitement au sein au profit de l'alimentation au biberon (5).

Au Nigeria, on estime que 15.5% des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables à une pratique inadéquate de l'allaitement maternel exclusif (6). Le choix des mères concernant le mode d'alimentation des enfants est influencé par plusieurs facteurs dont des facteurs d'ordre personnel, des facteurs propres à la famille et à la société ; parmi lesquels on retrouve les attitudes et normes médicales. En effet, il est reconnu que le soutien des professionnels de la santé (PS) peut améliorer la confiance des mères et augmenter le taux d'initiation et la durée de pratique de l'allaitement. Leurs attitudes et pratiques sont considérées comme des facteurs importants dans la promotion de l'AME (7,8,9). Les professionnels de la santé ont ainsi besoin de posséder non seulement des connaissances adéquates, mais aussi de développer des attitudes et d'adopter des pratiques positives pour promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement,

particulièrement exclusif. En effet, les professionnels de la santé constituent la source la plus fiable pour des conseils aux mères, car les mères qui estiment avoir reçu de l'aide appropriée de la part des professionnels de la santé sont plus disposées à allaiter et sur une plus longue durée(7,8,9).

La République Démocratique du Congo (RDC) fait partie de 5 pays au monde comptant un fort taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et dont la malnutrition est l'une des principales causes de ces décès dans ces pays. Selon l'enquête Démographique et de Santé menée en RDC entre 2023-2024, 9% d'enfants de moins de 5 ans étaient mal nourris (trop maigres par rapport à leur taille), 7 % sous la forme modérée et 2 % étaient sous la forme sévère. Au sein des formations sanitaires de la République Démocratique du Congo (RDC), la promotion de l'AME est déficiente mais il est possible de remédier à cette situation. Pour ce faire, des actions doivent être entreprises à divers niveaux afin d'améliorer les attitudes et pratiques des professionnels de la santé à la maternité (4,10).

Au Sud Kivu les femmes ont du mal à respecter l'allaitement exclusif recommandé par les professionnels de la santé afin d'apporter tous les nutriments et les anticorps dont l'enfant a besoin. Alors que l'OMS recommande six mois d'allaitement exclusif de lait maternel avant de l'associer à une alimentation de complément jusqu'à ce que l'enfant atteigne 2 ans, au Sud-Kivu les femmes allaitantes ont du mal à respecter les normes requises de l'allaitement exclusif.

1.1.Question de recherche

Quels sont les facteurs qui ont une influence sur la non pratique de l'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois dans la zone de santé de Kadutu?

1.2.Objectifs d'étude :

- Identifier les facteurs sociodémographiques de la mère associés la pratique abusive de l'AME dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant ;
- Identifier les facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de la mère associée à la pratique de l'allaitement maternel exclusif des enfants de moins de 6 mois ;
- Identifier les facteurs liés à l'accouchement et aux caractéristiques de l'enfant associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif dans la zone de santé de KADUTU
- Déterminer l'influence des facteurs liés au système de santé dans la pratique de l'AME des enfants de moins de six mois dans la zone de santé de KADUTU

2. METHODOLOGIE

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique

2.2. Lieu de l'étude

La présente étude s'est déroulée dans la zone de santé de Kadutu, en commune de Kadutu, en ville de Bukavu en RDC

La zone de santé de Kadutu compte une population totale de 443290 habitants et le nombre d'enfants de 6 à 24 mois est de 22.120 selon le rapport du BCZ 2023. Il compte 23 formations sanitaires étatiques. Dont 1 HGR, 1 HG, 13 CS, 9 CH.

2.3. Période de l'étude

La durée de notre étude a été de 11 mois (du 01 Décembre 2024 au 01 Novembre 2025.)

2.4. Population et échantillonnage

a) Population cible

La population cible de cette étude était constituée des couples mères-enfants dont les enfants étaient âgés entre 0-24 mois

b) Taille de l'échantillon

Les participantes à l'étude ont été déterminées par la formule de Schwartz :

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

n = effectif de l'échantillon

z = écart-réduit (1,96)

p = proportion observée ou attendue

q = 1-p

d= Marge d'erreur tolérée (exprimée en décimal, par exemple 0,05 pour une marge d'erreur de 5 %)

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois en RDC est 53 % (EDS III, 2023-2024).

Application numérique :

$n = (1,96)^2 \times 0,53 \times 0,47 \div (0,05)^2$. Ceci nous donne un échantillon minimal de 384 couples mère-enfants réparties comme suit. La taille de couple mère enfants était proportionnelle à la population de chaque aire de santé. En suite les participantes ont été sélectionnées progressivement d'une manière aléatoire simple.

Tableau 1: Répartition de la taille de l'échantillon selon les aires de santé

AIRE DE SANTE	EFFECTIFS	ECHANTILLON
BINAME	11136	29
BUHOLO II	9600	25
CECA 40	9984	26
CIMPUNDA	10368	27
CIRIRI I	18432	48
CIRIRI II	10368	27
FUNU	8064	21
LURHUMA (SOS)	16512	43
MARIA	23808	62
NYAMUGO	8448	22
NEEMA	7680	20
NYAMULAGIRA	7680	20
UZIMA	4992	13
Total	147072	384

Source : Données des rapports hebdomadaires et mensuels de la zone de santé de Kadutu.

c) Critères de sélection

1. Critères d'inclusion

- Les couples mères-enfants venues en consultation externe, à une séance de vaccination ou à une séance de Planification Familiale.
- Les mères dont les bébés avaient un âge compris entre 0-24 mois
- les mères ayant donné un consentement libre

2. Critères de non inclusion

- Les mères n'ayant jamais allaités leurs enfants
- les mères n'ayant pas consentis librement

2.5. Outil de récolte de données

Une fiche technique préalablement établie a été utilisée pour interroger les enquêtées. L'échantillonnage étant consécutif, nous avons procédé au recrutement au fur et à mesure que les femmes se présentaient à la consultation, au service de Planification ou à la vaccination.

2.6. Analyses statistiques

La saisie des données a été réalisée dans excel. L'ensemble des analyses a été réalisé à l'aide du logiciel Stata 15. Le degré de significativité retenu pour l'ensemble des analyses a été préalablement fixé à 5% ($p < 0,05$).

Les moyennes accompagnées de leur écart-type ont été utilisées pour décrire les variables quantitatives et les pourcentages pour décrire les variables catégorielles.

Des analyses bivariées ont été conduites entre notre variable dépendante qui est l'AME et nos variables indépendantes. Pour les variables qualitatives, le test du Chi² et le test de Fisher ont été utilisés en fonction des effectifs théoriques. L'analyse de la normalité des variables continues a été réalisée par le test de Shapiro-Wilk. La distribution des variables quantitatives a été comparée par le test de t de Student pour les variables suivant une distribution normale et Man Whitney pour des variables ne suivant pas une distribution normale.

Des modèles de régression logistique bivariés ont été construits pour estimer l'association existant entre la variable dépendante et les variables indépendantes.

Les analyses multivariées ont été menées à l'aide de modèle de régression logistique pour estimer les associations entre la variable dépendante et les variables indépendantes en prenant en compte les potentiels facteurs de confusion. Les co-variables associées avec un $p \leq 0,25$ en analyse bivariée ont été incluses dans le modèle initial de régression logistique. Le modèle final a été construit selon la procédure pas-à-pas descendante. A chaque étape, nous avons vérifié que la/les variable(s) retirée(s) n'était(en)t pas un facteur de confusion. Une variable était considérée comme telle si, après son retrait, la variation relative de l'OR d'au moins une des variables conservées dans le modèle était supérieure à 20 %.

2.7. Considérations éthiques

Pour la présente recherche une autorisation de la recherche a été obtenue auprès des autorités de la Direction Générale chargée de la recherche de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu (**Réf : ISTM-BKV/3000/SGR/IMM/GWB/031/2025**), qui par la suite a été présentée aux responsables administratifs de la Zone de Santé de Kadutu. C'est ce qui nous a permis de nous présenter aux enquêtés, de montrer la nécessité et l'importance de cette étude. En effet, pour obtenir les consentements libres et éclairés des enquêtés à participer à cette recherche, nous les avons rassurés du strict respect de leurs intégrités, leurs confidentialités, et de leurs anonymats.

2. RESULTATS

3.1. Facteurs Sociodémographiques de la mère

Tableau 1: Description des facteurs sociodémographiques de la mère (n= 384)

Caractéristiques Sociodémographiques de la mère	Effectif	Pourcentage
Age en années		
Moyenne±ET	28±7,46	
Age de la mère, n (%)		
<20ans	46	11.98
20-30ans	185	48.18
Plus de 30	153	39.18
Profession, n (%)		
Cultivatrice	24	6.25
Commerçant	144	37.50
Fonctionnaire	47	12.24
Ménagères	169	44.01
Niveau d'étude de la mère, n (%)		
Aucun	34	8.85
Primaire	105	27.34
Secondaire	175	45.57
Supérieur	70	18.23
Résidence, n (%)		
Semi Urbain	94	24.48
Urbain	290	75.52
Religion, n (%)		
Catholique	193	50.26
Néoapostolique	38	60.16
Protestante	153	39.84
Etat civil, n (%)		
En couple	276	71.88
Seule	108	28.12
Parité, n (%)		
≤3	221	57.55
4 et plus	163	42.45

L'âge moyen de femmes était de $28 \pm 7,46$ ans. La majorité des mères enquêtées avait un âge compris entre 20 et 30 ans avec un pourcentage de 48.18%. Les moins de 20 ans sont les moins représentées. La répartition de la population étudiée selon la religion montre que plus de 50% sont des catholiques. Quant à leur situation familiale, 71,88% des mères vivent en couple en famille et seulement 28.12% vivent seules.

Notre échantillon est essentiellement constitué des gens du milieu urbain à plus de 70%. Les niveaux d'éducation primaire et secondaire sont les plus rencontrés respectivement avec 27.34% et 45,57%. Le niveau d'éducation universitaire se rencontre dans 18.23% de notre population. La majorité des mères sont des ménagères avec 44.01%.

3.2. Les facteurs liés à l'accouchement et caractéristiques de l'enfant

Tableau 2: Description des facteurs liés à l'accouchement et aux caractéristiques de l'enfant (n=384)

Caractéristiques	Total	AME		p-value
		Oui	Non	
Lieu de naissance, n(%)				0,61*
Hopital	158(41,15)	69(43,67)	89(56,33)	
CDS	159(41,41)	73(45,91)	86(54,09)	
Au domicile	67(17,45)	26(38,81)	41(61,19)	
Mode d'accouchement, n(%)				
Basse	308(80,21)	141(45,78)	167(54,22)	0,107*
Césarienne	76(19,79)	27(35,33)	49(64,47)	
Sexe de l'enfant, n(%)				0,93*
Fille	230(59,90)	101(43,91)	129(56,09)	
Garçon	154(40,10)	67(43,51)	87(56,49)	

*Test de chi2

La répartition des enfants de notre échantillon montre que la majorité est née dans une formation sanitaire à plus de 40% et seulement 17,7% sont nés à la maison. Le mode d'accouchement était principalement la voie basse à plus de 80%. Les filles occupent une bonne place dans notre échantillon avec 59,90%. Au test de chi2, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre l'allaitement maternel exclusif et des facteurs liés à l'accouchement et aux caractéristiques de l'enfant ($p > 0.05$).

3.3. Les facteurs liés au système de santé

Tableau 3 : Description des facteurs liés au système de santé (n=384)

Caractéristiques	Total	AME		p-value
		Oui	non	
Nombre de CPN, n(%)				0,66*
>=3 CPN	67(17,45)	26(38,81)	41(61,19)	
1 à 3CPN	200(52,08)	90(45)	110(55)	
Aucune	117(30,47)	52(44,44)	65(55,56)	
Nombre de CPoN, n(%)				0,37*
Aucune	93(24,22)	37(39,78)	56(60,22)	
1 et plus	291(75,78)	131(45,02)	160(54,98)	
EPS dans la FOSA, n(%)				0,94*
Oui	221(57,55)	71(43,56)	92(56,44)	
Non	163(42,45)	97(43,89)	124(56,11)	

*Test de chi2

Les résultats de notre étude montrent une bonne utilisation des services de consultation prénatale et d'éducation pour la santé dans les FOSA a été constatée, en effet un nombre supérieur ou égale à 1 CPN a été retrouvé chez 52.08 % des enquêtées tandis que 57.55% affirment avoir reçu de l'éducation pour la santé au niveau de la formation sanitaire, par contre un sou-utilisation des services de CPoN a été signalée (24.22 % des femmes reconnaît n'avoir réalisé aucune CPoN). Au test de chi2, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre l'allaitement maternelle exclusif et des facteurs liés à l'accouchement et aux facteurs liés au système de santé (p>0.05).

3.4. Les facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de la mère/partenaire par rapport à l'AME

Tableau 4: Description des facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de la mère ou son partenaire par rapport à l'AME (n=384)

Caractéristiques	Total	AME		p-value
		oui	non	
Connaissance sur la durée de période minimale de l'AME, n(%)				0,39*
Oui	174(45,31)	72(41,38)	102(58,62)	
Non	210(54,69)	96(45,71)	114(54,29)	
Attitude du partenaire en matière d'allaitement, n(%)				0,34*

Favorable	74(19,27)	36(48,65)	38(51,35)
Défavorable	310(80,73)	132(42,58)	178(57,42)

Expérience en matière d'allaitement, n(%) 0,205*

Positive	304(79,17)	128(42,11)	176(57,89)
Negative	80(20,83)	40(50)	40(50)

*Test de chi2

La connaissance de la période minimale de l'allaitement maternel exclusif, une attitude défavorable du partenaire en matière d'allaitement maternel ainsi qu'une expérience positive ont été observés respectivement chez 45,31 % ; 80.73 % et 79.17% des enquêtées. Avec le test de chi2, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre l'AME et facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de la mère ou son partenaire (p>0.05).

3.5. Facteurs Sociodémographiques de la mère

Tableau 5 : Analyse des facteurs sociodémographiques de la mère associés à la non Pratique de l'AME

Variables explicative	La non pratique de l'AME		
	OR brut	IC 95%	p-value
Age en années	1,01	[0,98-1,04]	0,13
Age de la mère			
<20ans	1		
20-30ans	0,874	[0,314-2,43]	0,79
Plus de 30 ans	1,429	[0,45-1,27]	0,53
Profession			
Cultivatrice	1		
Commerçant	1,3	[1,24-3,47]	0,02
Fonctionnaire	0,56	[0,43-4,28]	0,23
Ménagères	0,45	[0,24-0,845]	0,001
Etat civil			
En couple	1		
Seule	7,04	[3,94-12,60]	<0,001
Niveau d'étude			
Primaire	1		
Secondaire	1,65	[0,83-2,68]	0,64
Supérieur	1,91	[1,45-13,23]	0,03

Residence

Urbain	1		
Rurale	0,78	[0,54-0,98]	0,004

Religion, n (%)

Catholique	1		
Néoapostolique	0,874	[0,796-13,85]	0,87
Protestante	1,429	[0,531-5,45]	0,28

Parité, n (%)

≤3	1		
4 et plus	2,61	[1,31-15,23]	0,45

Les valeurs de p significatives sont en gras

Après l'analyse bivariée de chacun des facteurs sociodémographiques des mères enquêtées avec la pratique de l'allaitement maternel exclusif, seuls la profession, l'état civil, le niveau d'étude la résidence étaient positivement associés à la non pratique de l'allaitement maternel exclusif, quant aux ménagères, elle s'est révélée négativement associée avec la non pratique de l'allaitement maternel exclusif (OR : 0.45 ; IC 95% [0.24-0.845];p=0.001). En effet, les femmes vivant seules étaient 7 fois susceptibles de ne pas pratiquer l'allaitement maternel exclusif que les femmes cultivatrices (OR : 7.04 ; IC 95%: [3.94- 12.60], p<0.001), En plus, vivre en milieu rurale s'est révélée négativement associée avec non la pratique de l'allaitement maternel exclusif (OR : 0.78 ; IC 95% [0.54-0.98];p=0.004).

3.6. Les facteurs liés à l'accouchement et caractéristiques de l'enfant

Tableau 6 : Analyse des facteurs liés à l'accouchement et aux caractéristiques de l'enfant associés à la non pratique de l'AME

Variables explicatives	La non pratique de l'AME		p-value
	OR	IC 95%	
Lieu d'accouchement			
Hopital	1		
CDS	0,45	[0,03-0,85]	0,042
A domicile	1,2	[0,876-0,75]	0,28
Mode d'accouchement			
Voie basse	1		
Césarienne	1,47	[0,865-3,46]	0,45
Sexe de l'enfant			

Fille	1		
Garçon	1,6	[1,32-4,75]	0,308

Les valeurs de p significatives sont en gras

Parmi les facteurs liés à l'accouchement et caractéristiques de l'enfant, une relation inversement associée à la non pratique de l'allaitement maternel exclusif a été observé avec le lieu d'accouchement. Ces résultats traduisent que les femmes qui ont accouché au centre de santé ont 55% moins de risque de ne pas allaiter exclusivement leurs bébés que les femmes qui ont accouché à l'hôpital (OR : 0,45; IC 95% : [0,03- 0,85]). Cependant, pas d'association entre l'AME et le sexe de l'enfant ($p > 0,05$).

3.7. Les facteurs liés au système de santé

Tableau 7 : Analyse des facteurs liés au système de santé associés à la non pratique de l'AME

Variables explicatives	La non pratique de l'AME		p-value
	OR	IC 95%	
Nombre de CPoN			
Aucune	2,3	[1,32-6,78]	0,03
1 et plus	1		
Nombre de CPN			
>=3 CPN	1		
1 à 3CPN	0,8	[0,67-4,71]	0,33
EPS sur l'AME			
Oui	1		
Non	1,46	[1,023-4,23]	0,09

Les valeurs de p significatives sont en gras

Une différence statistiquement significative entre la non pratique de l'allaitement maternel exclusif et le nombre de CPoN réalisées a été enregistrée, en revanche le nombre de CPN réalisées ainsi que le fait d'avoir reçu des séances d'éducation pour la santé dans une formation sanitaire se sont révélés non statistiquement associés à la non pratique de l'allaitement maternel. Ces résultats montrent que les femmes qui ont réalisés aucun de CPoN sont plus de 2 fois plus enclins à ne pas exclusivement allaiter leurs bébés par rapport aux femmes qui ont fait au moins 1 CPoN (OR : 2.3 ; IC 95% : [1,32- 6.78], $p = 0,03$).

3.8. Les facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de la mère/partenaires par rapport à l'AME

Tableau 8: Analyse des facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de la mère ou du partenaire associés à l'AME

Variables explicatives	<i>La non pratique de l'AME</i>		
	OR	IC 95%	p-value
Connaissance sur la durée de Période minimale de l'AME			
Non	1		
Oui	0,54	[0,12-0,81]	0,0 28
Attitude du partenaire en matière d'allaitement			
Favorable	1		
Défavorable	2,4	[1,33-4,52]	0,012
Expérience en matière d'allaitement			
Positive	1		
Négative	1,383	[1,11-6,21]	0,87
Connaissance sur la prévention des crévâces			
Non		[1,12-7,81]	0,98
Oui			
Connaissance des causes des abcès du sein			
Non		[1,17-8,52]	0,93
Oui			
Etre éduqué sur L'AME à la CPN			
Non		[1,13-7,41]	0,87
Oui			

Les valeurs de p significatives sont en gras

L'analyse des facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de la mère/partenaire par rapport à l'allaitement maternel exclusif a démontré une association d'une relation statistiquement significative entre l'attitude du partenaire en matière de l'allaitement maternel et la non pratique de l'allaitement maternel exclusif. En effet les femmes dont les partenaires ont une attitude défavorable à l'allaitement sont 2,4 fois plus susceptibles de ne pas pratiquer l'allaitement maternel exclusif que les femmes dont les partenaires affichent une attitude favorable à l'allaitement maternel (OR : 2.4; IC 95% : [1,33- 4.52],p=0.012). Les femmes qui connaissent la durée de la période minimale ont 46 % moins de risque de ne pas pratiquer l'allaitement maternel exclusif par rapport aux femmes qui ne connaissent pas la période minimale de l'allaitement maternel (OR : 0.54; IC 95% : [0.12- 0.81],p=0.028).

3.9. Les facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de la mère/partenaires par rapport à l'AME

Tableau 9 : Analyse multi variée des différentes variables associées à la non pratique de l'AME (n= 384)

<i>La non pratique de l'AME</i>			
Variables	OR Ajusté	IC 95%	p-value
Profession			
Cultivatrice	1		
Commerçant	3,2	[0,72-8,44]	0,17
Fonctionnaire	0,9	[0,3-3,28]	0,54
Ménagères	0,4	[0,432-3,28]	0,04
Niveau d'études			
Aucun	1		
Primaire	0,87	[0,33-2,30]	0,8
Secondaire	3,06	[0,77-5,4]	0,15
Supérieur	3,1	[0,25-35,28]	0,34
Résidence			
Semi urbain	1		
Rurale	0,494	[0,25-35,22]	0,04
Lieu de naissance			
Hop	1		
CDS	0,77	[0,45-2,27]	0,25
Au domicile	1,64	[0,34-7,51]	0,57
Nombre de CPON			
>=3 CPN	1		
1 à 3CPN	1,64	[1,012-3,45]	0,04
Aucune	2,64	[1,012-5,27]	0,5
Oui	1		
Non	0,7	[0,304-1,3]	0,62
Attitude du partenaire			
Favorable	1		
Défavorable	2,392	[1,24-5,906]	0,04
Etat civil			
En couple	1		
Seule	3,04	[1,12-7,5,60]	0,02
EPS sur l'AME			
Oui	1		
Non	1,12	[1,023-4,2]	0,045

Les valeurs de p significatives sont en gras

L'analyse des facteurs associés à la non-pratique de l'allaitement maternel exclusif révèle plusieurs déterminants significatifs d'ordre socio-démographique, comportemental et contextuel. Concernant la profession, les ménagères présentent un risque significativement plus faible de non-pratique de l'AME (OR = 0,4 ; p = 0,04) comparativement aux cultivatrices. Le niveau d'instruction n'apparaît pas comme un déterminant significatif dans ce modèle. Bien que les femmes ayant un niveau secondaire ou supérieur présentent des odds ratios élevés, ces associations ne sont pas statistiquement significatives. La résidence en milieu rural est associée à une réduction significative du risque de non-pratique de l'AME (OR = 0,49 ; p = 0,04). En revanche, le suivi prénatal constitue un déterminant important : les femmes ayant effectué moins de trois consultations prénatales présentent un risque accru de non-pratique de l'AME (OR = 1,64 ; p = 0,04). Les facteurs socio-relationnels apparaissent également déterminants. L'attitude défavorable du partenaire augmente significativement la probabilité de non-pratique de l'AME (OR = 2,39 ; p = 0,04). De même, les femmes vivant seules présentent un risque nettement plus élevé de non-pratique (OR = 3,04 ; p = 0,02). Enfin, l'absence d'éducation ou de sensibilisation sur l'AME est un facteur significativement associé à la non-pratique (OR = 1,12 ; p = 0,045).

3. DISCUSSION

4.1. La profession maternelle sur l'AME

Nos résultats montrent que les ménagères ont significativement moins de risque de ne pas pratiquer l'AME (OR = 0,4 ; p = 0,04). Ce résultat peut s'expliquer par une plus grande disponibilité temporelle, l'absence de pressions professionnelles extérieures et de contraintes de déplacement.

Les femmes actives, notamment commerçantes ou fonctionnaires, bien que non significativement associées dans ce modèle, restent susceptibles d'être exposées à des obstacles logistiques à l'allaitement, comme l'absence de pauses d'allaitement ou de conditions adaptées. Ces observations rejoignent les conclusions de Rollins et al. en 2016 (11), selon lesquelles l'emploi maternel non compatible avec l'allaitement constitue un déterminant majeur de l'arrêt précoce de l'AME. En 2023, une étude coréenne (12) met en évidence que les contextes professionnels faiblement protecteurs de la maternité diminuent la capacité d'accès à l'allaitement exclusif.

La mise en perspective suggère donc que des interventions visant à améliorer les conditions de travail des femmes, notamment dans le secteur informel, seraient essentielles pour promouvoir l'AME.

4.2. Milieu de résidence et pratiques d'AME

La résidence en milieu rural apparaît comme un facteur protecteur contre la non-pratique de l'AME (OR = 0,49 ; p = 0,04), comparée au milieu semi-urbain. Ce résultat est conforme à plusieurs études menées en Afrique subsaharienne. Mekuria et ses collaborateurs en Ethiopie en 2023 (13) ont notamment montré que les femmes vivant en milieu rural sont plus susceptibles de pratiquer l'AME, en raison d'une meilleure adhésion aux normes culturelles traditionnelles favorisant l'allaitement, d'une moindre exposition aux substituts du lait maternel et d'un mode de vie moins contraignant.

En milieu urbain ou semi-urbain, l'accès facilité aux préparations lactées, le rythme de vie, ainsi que les pressions socio-économiques peuvent expliquer des taux inférieurs d'AME (14). Dans notre contexte, ces éléments pourraient contribuer à expliquer la plus forte non-pratique observée dans les zones semi-urbaines.

4.3. Rôle des consultations prénatales

Les mères ayant effectué moins de 3 CPN présentent un risque élevé de non-pratique de l'AME (OR = 1,64 ; p = 0,04), confirmant l'importance du suivi prénatal dans la préparation à l'allaitement. Les CPN constituent en effet une occasion privilégiée pour dispenser un counselling fondé sur les recommandations de l'OMS en matière d'AME.

De nombreuses études ont montré que la participation régulière aux CPN est associée à une amélioration des pratiques d'allaitement. En 2015, une étude de Népal (15) a démontré qu'un nombre plus élevé de CPN augmente significativement la probabilité d'initiation précoce et d'AME.

De même, Berhanu et ses collaborateurs en Ethiopie soulignent que la qualité du counselling prénatal influence positivement les pratiques d'allaitement (16).

Dans notre étude, l'absence d'association avec les femmes n'ayant aucune CPN pourrait être liée au faible effectif, mais l'ensemble des résultats suggère un rôle clé du suivi prénatal dans la promotion de l'AME.

4.4. Influence du soutien social : attitude du partenaire et état civil

Deux facteurs sociaux apparaissent particulièrement déterminants : l'attitude du partenaire et la situation matrimoniale. Les femmes dont le partenaire est défavorable à l'AME ont un risque beaucoup plus élevé de ne pas pratiquer l'allaitement exclusif (OR = 2,39 ; p = 0,04). Ce résultat est cohérent avec les travaux de Susin & Giugliani en 2008 (17), qui rapportent que le soutien du père est un prédicteur majeur de la réussite de l'AME. Sherriff et al. (2014) soulignent également que l'inclusion des partenaires dans les programmes de promotion de l'allaitement améliore significativement la durée de l'AME (18).

Par ailleurs, les femmes vivant seules ont un risque très accru de non-pratique (OR = 3,04 ; p = 0,02). L'absence de soutien émotionnel, matériel ou logistique peut limiter la capacité à maintenir l'allaitement, comme rapporté par Pisacane et al. (19). Ces observations indiquent que l'allaitement maternel ne dépend pas uniquement des caractéristiques individuelles de la mère, mais aussi de son environnement social et familial.

4.5. Impact de l'éducation/sensibilisation sur l'AME

L'absence d'éducation ou de sensibilisation sur l'AME est associée à une augmentation significative du risque de non-pratique (OR = 1,12 ; p = 0,045). Ce résultat confirme l'efficacité des interventions éducatives, largement documentée dans la littérature. La revue systématique de McFadden et al. en 2017 (20) montre que les programmes de counselling, qu'ils soient individuels ou communautaires, augmentent de manière significative les taux d'AME.

De même, Sinha et al. En 2015 ont démontré que l'éducation prénatale et postnatale constitue l'une des interventions les plus efficaces pour améliorer l'initiation et la durée de l'allaitement. Le rôle des professionnels de santé lors des contacts prénatals et postnatals reste donc essentiel pour renforcer les connaissances et pratiques des mères (21).

4.6. Facteurs non associés : niveau d'éducation et lieu de naissance

Contrairement à certaines études, le niveau d'éducation n'était pas significativement associé à la non-pratique de l'AME dans ce modèle. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cet écart. D'abord, l'effet du niveau d'études sur l'allaitement est très contextuel : dans certains pays, les femmes instruites allaitent davantage, tandis que dans d'autres, elles allaitent moins en raison d'un retour plus précoce au travail ou de l'utilisation accrue de substituts lactés (22).

De plus, la non-significativité pourrait refléter une variabilité intra-groupe élevée ou des effectifs limités dans certaines catégories (ex. niveau supérieur).

Concernant le lieu de naissance (hôpital, centre de santé, domicile), aucune association significative n'a été observée. Ces résultats suggèrent que le lieu d'accouchement seul n'est

peut-être pas suffisant pour influencer les pratiques d'AME. Dans une étude réalisée par Patel et ses collaborateurs soulignent que la qualité des soins postnatals et le soutien immédiat après la naissance sont plus déterminants que le lieu en lui-même (23).

En résumé, nos résultats confirment que la non-pratique de l'AME est multifactorielle et influencée par des facteurs sociaux, économiques, comportementaux et liés au système de santé. Le rôle déterminant du soutien social, du suivi prénatal, de la sensibilisation et du contexte professionnel rejoint les recommandations internationales de l'OMS et de l'UNICEF, qui insistent sur l'importance d'une approche holistique pour promouvoir l'allaitement exclusif.

Ces résultats montrent l'importance de renforcer les stratégies d'éducation, d'impliquer les partenaires et d'améliorer les conditions de travail des femmes. Ils soulignent également la nécessité d'intégrer la promotion de l'AME dans chaque contact avec les services de santé maternelle et infantile.

Conclusion générale et recommandations

La présente étude met en évidence plusieurs déterminants significatifs associés à la non-pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME), illustrant ainsi la complexité des facteurs sociodémographiques, comportementaux et contextuels qui influencent les pratiques d'alimentation du nourrisson. Les résultats montrent que certaines catégories de femmes, notamment les ménagères et celles résidant en milieu rural, présentent une moindre probabilité de ne pas pratiquer l'Allaitement maternel exclusif, suggérant que la disponibilité temporelle et l'environnement socio-économique pourraient favoriser cette pratique. La prévalence de l'Allaitement maternel exclusif est de 43,75% (IC 95% :38,85-48,65). L'âge moyen de femmes était de $28 \pm 7,46$ ans. L'analyse des facteurs associés à la non-pratique de l'allaitement maternel exclusif (Allaitement maternel exclusif) met en évidence plusieurs déterminants significatifs telles que : Les ménagères présentaient une probabilité significativement plus faible de ne pas pratiquer l'Allaitement maternel exclusif (OR = 0,4 ; IC 95% : [0,432-3,28]; p = 0,04) comparativement aux cultivatrices. Pour le lieu de résidence, les femmes vivant en zone rurale avaient également un risque réduit de non-Allaitement maternel exclusif (OR = 0,49 ; IC 95% [0,25-35,22]; p = 0,04) par rapport à celles en milieu semi-urbain. Ceci confirme notre première hypothèse.

Les femmes ayant réalisé seulement une à trois consultations présentaient un risque accru de non-pratique de l'Allaitement maternel exclusif (OR = 1,64 ; IC 95% [1,012-3,45]; p = 0,04). Ceci confirme notre troisième hypothèse. Seule la deuxième hypothèse est infirmée.

Une attitude défavorable du partenaire augmentait de manière significative la probabilité de non-pratique de l'Allaitement maternel exclusif (OR = 2,39 ; IC95% [1,24-5,906] ;p = 0,04). De même, les femmes vivant seules étaient nettement plus à risque de ne pas pratiquer l'Allaitement maternel exclusif (OR = 3,04 ; IC 95% [1,12-7, 5,60]; p = 0,02). Enfin, l'absence d'éducation ou de sensibilisation (EPS) sur l'Allaitement maternel exclusif constituait un facteur de risque supplémentaire (OR = 1,12 ; IC 95% [1,023-4,2], p = 0,045), soulignant l'importance de l'information fournie durant la période périnatale. Ceci confirme notre quatrième hypothèse.

RECOMMANDATIONS

- **AU BCZ KADUTU :**

D'assurer l'appui technique aux agents de santé chargés de l'éducation sanitaire du couple mère-enfant lors des activités CPN et CPS.

- **AUX FOSA :**

D'intensifier l'éducation sanitaire portant sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois.

- **AUX FEMMES ALLAITANTES :**

De respecter la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois.

D'éviter le sevrage précoce.

Conflits d'intérêt : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Kalhor M, Yazdkhasti M, Simbar M, Hajian S, Kiani Z, Khorsandi B, et al. Predictors of exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2 juill 2025;20(1):52.
2. Odar Stough C, Khalsa AS, Nabors LA, Merianos AL, Peugh J. Predictors of Exclusive Breastfeeding for 6 Months in a National Sample of US Children. *Am J Health Promot AJHP.* janv 2019;33(1):48-56.
3. OMS. Allaitement maternel exclusif. Genève; 2024.
4. BONGONO E. Soutenir l'allaitement exclusif à Montréal chez des enfants de moins de six mois: Perspectives d'application en Guinée. [cité 1 oct 2024]; Disponible sur: <https://portail.usenghor-francophonie.org/memoires/san/1113/EtienneBongono.pdf>
5. Moussa Abba A, De Koninck M, Hamelin AM. Rehausser le taux d'allaitement maternel exclusif dans la communauté urbaine de Niamey, au Niger: propositions des professionnels de la santé. *Glob Health Promot.* juin 2010;17(2):62-71.
6. Elbakali M. La pratique de l'allaitement maternel au niveau des maternités: Situation actuelle et facteurs influençant: Enquête auprès de 227 mères et 61 professionnels de santé. 2011 [cité 1 oct 2024]; Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/13266>
7. Da Silva Darchen S, Girard A. Les représentations des médecins généralistes sur l'allaitement maternel: quelles sont les représentations actuelles de l'allaitement maternel chez les médecins généralistes bruxellois? [cité 1 oct 2024]; Disponible sur: <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis%3A39508>
8. Adedemy D, Bagnan-Tossa L, Noudamadjo A, Agossou J, Hounhakou P. fréquence et facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois à l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune (homel) de cotonou. *J Société Biol Clin.* 2014;21:38-44.
9. Iliyasu Z, Galadanci HS, Emokpae P, Amole TG, Nass N, Aliyu MH. Predictors of Exclusive Breastfeeding Among Health Care Workers in Urban Kano, Nigeria. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* juill 2019;48(4):433-44.
10. Mukuku O, NUMBI OL, Tshibanda K, Mutombo AM, Lubala TK. Les Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement au sein avant l'âge de 12 mois dans le village de Tshamalale, République Démocratique du Congo. *Rev Infirm Congo.* 2017;1(1):17-26.
11. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet Lond Engl.* 30 janv 2016;387(10017):475-90.

12. Lee JS, Shin JI, Kim S, Choi YS, Shin YH, Hwang J, et al. Breastfeeding and impact on childhood hospital admissions: a nationwide birth cohort in South Korea. *Nat Commun.* 20 sept 2023;14(1):5819.
13. Biset G, Dagnaw K, Abebaw N. A systematic review and meta-analysis of colostrum avoidance practice among breastfeeding mothers in Ethiopia, December 2021. *J Neonatal Nurs.* 1 févr 2023;29(1):33-42.
14. Tadesse F, Alemayehu Y, Shine S, Asresahegn H, Tadesse T. Exclusive breastfeeding and maternal employment among mothers of infants from three to five months old in the Fafan zone, Somali regional state of Ethiopia: a comparative cross-sectional study. *BMC Public Health.* 29 juill 2019;19(1):1015.
15. Acharya P. The effect of mother's educational status on early initiation of breastfeeding: further analysis of three consecutive Nepal Demographic and Health Surveys | *BMC Public Health* [Internet]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-015-2405-y>
16. Gessese GT, Woldeamanuel BT, Demie TG, Diriba Biratu T, Handebo S. Breastfeeding performance index and associated factors among children aged 0–6 months in Ethiopia: Analysis of the 2019 Ethiopia Mini Demographic and Health Survey. *Front Nutr.* 2022;9:970737.
17. Rosane Odeh Susin L, Regina Justo Giugliani E. Inclusion of Fathers in an Intervention to Promote Breastfeeding: Impact on Breastfeeding Rates. *J Hum Lact.* nov 2008;24(4):386-92.
18. Sherriff N, Panton C, Hall V. A new model of father support to promote breastfeeding. *Community Pract J Community Pract Health Visit Assoc.* mai 2014;87(5):20-4.
19. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics.* 2005;116(4):e494-8.
20. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 3 déc 2025];(2). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub5/abstract>
21. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* déc 2015;104(S467):114-34.
22. Ekubay M, Berhe A, Yisma E. Initiation of breastfeeding within one hour of birth among mothers with infants younger than or equal to 6 months of age attending public health institutions in Addis Ababa, Ethiopia. *Int Breastfeed J.* déc 2018;13(1):4.
23. Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, Esamai F, Krebs NF, Goudar SS, et al. Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: A prospective cohort study. *Reprod Health.* déc 2015;12(S2):S10.