

Déterminants de l'allaitement maternel exclusif au CSBII d'Ambohitsoa, Antananarivo : étude cas-témoins

Determining the choice of exclusive breastfeeding at CSBII Ambohitsoa , Antananarivo: Case control study

N.Z.R. Andriamifidison (1)*, L. Ravaoarisoa (1,2), F.M. Randriatsarafara (1), A.M. Razafintsoa (1), E.J. Rakotonirina (1,2) , L. Ramangasoavina (3), R. Andrianasolo (1,2)

(1) Département Santé Publique, Faculté de Médecine Antananarivo, Madagascar

(2) Institut National de Santé Publique et Communautaire, Antananarivo, Madagascar

(3) Département Médecine, Faculté de Médecine Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction. Le lait maternel couvre totalement les besoins nutritionnels du nourrisson. Cette étude vise donc à identifier les facteurs déterminants du choix de l'allaitement maternel exclusif au CSBII d'Ambohitsoa.

Patients et méthodes. Il s'agit d'une étude cas-témoins dont les cas sont définis comme les femmes allaitantes pratiquant l'allaitement maternel exclusif, et les témoins sont constituées par les femmes allaitantes ne pratiquant pas l'allaitement maternel exclusif, dont deux témoins pour un cas.

Résultats. La pratique de l'allaitement maternel exclusif est déterminée significativement par le sexe masculin du bébé (OR=2,9[1,01-4,76]), le niveau d'instruction élevée (OR=3,68[1,14-11,86]), la sensibilisation sur l'allaitement maternel exclusif (OR=8,31[2,33-29,63]), la connaissance en matière d'allaitement maternel exclusif (OR=26,46[3,43-203,88]), ainsi que la bonne attitude sur l'allaitement maternel exclusif (OR=46[14,36-150,06]).

Conclusion. En effet, si les autorités concernées et les personnels de santé prennent en compte ces différentes variables, l'amélioration de la pratique de l'allaitement maternel exclusif par toutes les femmes malgaches semble envisageable.

Mots-clés : allaitement maternel exclusif, étude cas-témoins, CSBII Ambohitsoa, Antananarivo

Abstract

Introduction. This study aims to identify the determinants of the choice of exclusive breastfeeding at CSBII Ambohitsoa.

Patients and methods. This is a case-control study in which cases are defined as breastfeeding women practicing exclusive breastfeeding, and witnesses are made by breastfeeding women not practicing exclusive breastfeeding, two witnesses for a case.

Results. The practice of exclusive breastfeeding practice is significantly determined by the male sex of the baby (OR = 2.9 [1.01 to 4.76]), higher of education (OR = 3.68 [1.14 to 11.86]), awareness of the exclusive breastfeeding (OR = 8.31 [2.33 to 29.63]), knowledge in the field of exclusive breastfeeding (OR = 26.46 [3.43 to 203.88]) and the right attitude on the exclusive breastfeeding (OR = 46 [14.36 to 150.06]).

Conclusion. Indeed, if the relevant authorities and health workers take into account these variables, improving the practice of exclusive breastfeeding by all Malagasy women seems possible.

Key words: exclusive breastfeeding, case control study, CSBII Ambohitsoa, Antananarivo

Introduction

Parmi les méthodes naturelles de lutte contre la malnutrition par défaut, la prévention reste la plus efficace. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande fortement la pratique de l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de vie et de le poursuivre jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus [1]. L'allaitement exclusif au sein constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant de la façon qui convient le mieux par sa croissance et son bon développement ; il exerce en outre une influence biologique et affective sans pareil sur l'état de santé de la mère et de l'enfant [2].

Malgré les indéniables qualités nutritionnelles et en

dépit de la protection immunitaire qu'il apporte aux bébés, le taux de l'allaitement maternel exclusif reste bas dans l'ensemble du monde. En Belgique, près de 80% des jeunes mères choisissent d'allaiter après l'accouchement, mais un mois plus tard, 30% des femmes allaitaient encore, tandis que les autres procédaient à l'introduction précoce des aliments. En Angleterre, où l'allaitement maternel est prévalent, le taux d'allaitement maternel exclusif reste relativement bas car 60% des bébés sont nourris au biberon, six semaines seulement après la naissance [3].

Dans les pays en développement, le taux d'allaitement maternel ont quasiment stagné. En République Démocratique du Congo, à l'occasion du 20^{ème} anniversaire de la semaine de l'allaitement maternel, l'UNICEF a

publié des statistiques inquiétantes sur le taux de femmes qui le pratique. La moyenne nationale est estimée à 37% au regard des résultats rendus publics par l'enquête MICS 2010 qui montre de graves lacunes au sujet de l'allaitement maternel dans le pays [4]. Au Cameroun, le taux d'AME de 0 à 6 mois est en baisse. Il est passé de 24% en 2004, en 20% en 2011 selon EDS MICS 2011 [5]. En outre, en Afrique, la pratique de l'allaitement est remise en question par le SIDA, car le taux des mères séropositives augmente. En effet, on a considéré l'infection au VIH comme une contre indication formelle à l'allaitement maternel [6].

A Madagascar, la pratique de l'allaitement maternel exclusif est fréquente sans être générale puisqu'elle concerne 70% des enfants de moins de deux mois et 58% de deux à trois mois. La proportion d'enfants exclusivement allaités diminue de manière rapide avec l'âge puisque parmi ceux de quatre à six mois, près de sept ou dix reçoivent déjà autre chose que le lait maternel dont 44% des aliments de complément [7].

Les conséquences qui découlent de cette faible pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons sont les nombreux décès qu'on enregistre chaque année. Selon les estimations, chaque jour, 3500 vies pourraient être sauvées dans le monde, si tous les nourrissons sont exclusivement nourris au sein durant les premiers mois de la vie [8]. Du point de vue santé publique, l'allaitement maternel fait baisser la mortalité et la morbidité des enfants [9]. Bien que l'allaitement maternel exclusif soit une pratique naturelle et séculaire, il semble loin d'être pratiqué comme il se doit. Ainsi, l'objectif de cette étude consiste à identifier les déterminants de la pratique de l'allaitement maternel exclusif, afin de renforcer et orienter les messages éducatifs dans le CSB II d'Ambohitsoa.

Matériels et méthodes

L'étude a été réalisée au CSBII d'Ambohitsoa, une des formations sanitaires du service de Santé de District d'Antananarivo Renivohitra. Le CSBII d'Ambohitsoa est situé à l'Est de la capitale de Madagascar, Antananarivo, faisant partie du 2^{ème} arrondissement, siégeant à Ankazolava. Cette étude a été effectuée du 01 juillet 2015 au 24 Mars 2016. Il s'agit d'une étude cas-témoins dont les cas sont définis comme les femmes allaitantes de bébé inférieur à 6 mois pratiquant l'AME au moment de l'enquête et les témoins sont définies comme les femmes allaitantes de bébé inférieur à six mois ne pratiquant pas l'AME au moment de l'enquête.

Pour chaque cas, 2 témoins ont été pris de manière aléatoire. Pour les cas et les témoins, les femmes allaitantes ayant des problèmes psychologiques, sourdes et muettes ont été exclues. Chaque femme a été interviewée à l'aide d'un questionnaire standard. Les paramètres évalués sont représentés par les caractéristiques générales des femmes, les antécédents gynéco-obstétricaux et les événements autour de l'AME.

L'Odds Ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95% (IC95%) constituent la principale mesure d'association utilisée pour évaluer la relation entre les facteurs déterminants et l'AME. La participation à l'étude a été volontaire. La confidentialité, le secret professionnel et les droits humains ont été respectés ainsi que l'anonymat des questionnaires.

Résultats

Pendant la période étudiée, le nombre total de femmes recrutées était de 108, dont 36 cas et 72 témoins. L'âge moyen des cas ($25,08 \pm 5,7$ ans) ne différait pas statistiquement à celui des témoins ($25,5 \pm 5,8$ ans). L'analyse affirmait que la majorité des femmes (cas : 94,4%, témoins : 91,7%) était mariée. Concernant la profession, la proportion des femmes sans travail s'avérait élevée aussi bien chez le cas (58,3%) que chez les témoins (38,9%). En outre, il a été observé que la proportion des femmes selon le niveau d'instruction reste quasiment le même. Le tableau I montrait le profil sociodémographique des femmes. Il était observé que l'âge n'avait pas influencé la pratique de l'AME (OR=0,87[0,24-3,07]) ; le fait d'être marié était associé à la pratique de l'AME (OR=1,54[0,29-8,07]), de façon non significative ; le fait d'être sans travail était associé à la pratique de l'AME, mais cette association s'avérait non significative (OR=2,25[0,7-4,5]) et le fait d'avoir un niveau d'instruction élevé influençait de façon significative la pratique de l'AME (OR=3,68[1,14-11,86]).

Le tableau II montre les antécédents gynéco-obstétricaux des femmes. Il a été mis en évidence que l'accouchement par voie basse était associé à la pratique de l'AME (OR=5,0[0,60-41,11]) ; l'accouchement au centre de santé avait déterminé mais de manière non significative la pratique de l'AME (OR=2,2[0,80-6,03]).

Le tableau III montre la répartition des femmes selon l'environnement autour de l'AME. Les femmes avaient tendance à pratiquer l'AME quand le bébé est un garçon (OR=2,09[1,01-4,76]) ; le fait d'avoir reçu des sensibilisations sur l'AME déterminait la pratique de l'AME

Tableau I. Répartition des femmes selon le profil socio-économique (n=108).

Age (ans)	Cas (n= 36)	Témoins (n=72)	OR (IC=95%)	p
<18	4 (11,1%)	9 (12,5%)	0,87[0,24-3,07]	NS
18 – 35	29 (80,6%)	57 (79,2%)	1	
>36	3 (8,3%)	6 (8,3%)	0,98 [0,24-4,2]	NS
Situation Matrimoniale				
Mariée	34 (94,4%)	66 (91,7%)	1,54 [0,29-8,07]	
Célibataire	2 (5,6%)	6 (8,3%)	1	NS
Profession				
Sans travail	21 (58,3%)	28 (38,9%)	2,25 [0,7- 4,5]	NS
Secteur primaire	2 (5,6%)	6 (8,3%)	1	
Secteur secondaire	5 (13,9%)	16 (22,2%)	0,9 [0,13-8,62]	NS
Secteur tertiaire	8 (22,2%)	22 (30,6%)	1,09[0,15-9,22]	NS
Niveau d'instruction				
Bas	7 (19,4%)	8 (11,1%)	2,4[0,76-7,4]	NS
Elevé	8 (22,2%)	6 (8,3%)	3,68[1,14-11,86]	0,02
Moyen	21 (58,3%)	58 (80,6%)	1	

Tableau II. Répartition des femmes selon les antécédents gynéco-obstétriques (n=108).

Mode d'accouchement	Cas (n= 36)	Témoins (n=72)	OR (IC=95%)	p
Voie basse	35 (97,2%)	63 (87,5%)	5,0 [0,60-41,11]	0,05
Césarienne	1 (2,8%)	9 (12,5%)	1	
Parité				
Multipare	2 (5,6%)	10 (13,9%)	0,46[0,09-2,3]	NS
Paucipare	15 (41,7%)	35 (48,6%)	1	
Primipare	19 (52,8%)	27 (37,5%)	1,64[0,7-3,8]	NS
Lieu d'accouchement				
Centre de santé	30 (83,3%)	50 (69,4%)	2,2 [0,80-6,03]	NS
A domicile	6 (16,7%)	22 (30,6%)	1	

(OR=8,31[2,33-29,63]) et la bonne connaissance en matière d'AME a déterminé avec une association statistiquement très significative la pratique d'AME (OR=26,46[3,43-203,88]).

En outre, il a été observé pour les témoins que 1,4% des raisons de la non pratique de l'AME a été le fait que la femme a subi une opération césarienne, 1,4% a été l'engorgement mammaire et l'insuffisance de lait maternel (insuffisance de montée laiteuse). Toutefois, pour les 72 témoins, il a été observé que 22,2% des femmes ont donné du café et 2,8% ont introduits du café-bière à leur bébé pour les protéger contre la convulsion.

Discussion

Cette étude cas témoins réalisée au CSBII d'Ambohitsoa a permis de détecter les facteurs déterminants du choix des femmes sur l'allaitement maternel exclu-

sif.

Cette étude a permis de visualiser que l'âge n'a pas influencé la pratique de l'AME. Ce constat a été vérifié par Mathur [10], elle a trouvé qu'il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre la pratique de l'AME et l'âge de la mère. Alors qu'une étude réalisée en France en 2005 par Crost et Kaminski [11] lors d'une enquête nationale a montré une prévalence élevée de l'AME chez les femmes de 35 ans et plus. Ce résultat pourrait être dû à un manque de puissance de notre étude.

Bien que la différence ne s'avère pas significative, il a été observé que le fait d'être marié est associé à la pratique de l'AME. Alphonse [3] au cours de son étude au Centre de santé de Gitwe en 2006 a également retrouvé un résultat identique montrant que les femmes mariées (80%) ont été surtout celles qui ont pratiqué exclusivement l'AME. Un résultat qui pourrait être dû au soutien psychologique et l'encouragement du père.

Tableau III. Répartition des femmes selon l'environnement autour de l'AME (n=108).

Sensibilisation	Cas (n= 36)	Témoins (n=72)	OR (IC=95%)	p
Oui	33 (91,7%)	41 (56,9%)	8,31 [2,33-29,63]	0,00001
Non	3 (8,3%)	31 (43,1%)	1	
Sexe du bébé				
Masculin	23(63,9%)	33 (45,8%)	2,09[0,91-4,76]	0,04
Féminin	13 (36,1%)	39 (54,2%)	1	
Connaissance				
Bonne	35 (97,2%)	41 (56,9%)	26,4[3,43-203,88]	0,0001
Mauvaise	1 (2,8%)	26(36,1%)	1	

Pourtant, Faycal [2] en 2011 à Yaoundé a fait remarquer que la situation matrimoniale n'a pas eu d'impact statistiquement significatif sur la pratique de l'AME jusqu'à six mois.

D'après notre étude, il a été observé que le niveau d'instruction élevé a une influence significative sur la pratique de l'AME. Dans une étude réalisée en Nigéria en 2009, Uchendu *et al* [12] ont avancé la même constatation que le niveau d'éducation plus élevé a été un facteur associé positivement à la pratique de l'AME. En outre, Slama *et al* [13] ont soulevé dans leur étude que le bas niveau d'instruction, ainsi que la scolarisation faible ont été des facteurs diminuant la pratique de l'AME. Ce constat ne correspond pas à celui retrouvé par Faycal [2] qui a établi que le fait d'avoir un niveau d'étude supérieur a été négativement corrélé à cette pratique. Cependant, Benoit *et al* [14] à Bruxelles en 2012 ont trouvé que le niveau d'étude n'a pas d'influence sur la pratique de l'AME.

La présente étude a permis de visualiser de manière non significative que les femmes sans travail ont été celles qui ont allaité le plus leur bébé (58,3%). Traoré *et al* [15] ont également montré dans leur étude réalisée dans un milieu urbain au Burkina Faso que la pratique de l'AME a été fonction de la profession de la mère, et ils ont trouvé que les femmes ménagères dans 81,6% de cas ont allaité le plus également leur bébé. Ceci pourrait s'expliquer par la disponibilité des femmes sans activité professionnelle à s'occuper plus de leur bébé.

D'après notre série, l'accouchement par voie basse est associé à la pratique significative de l'AME. Ce constat correspond à celui retrouvé par Benoit et son équipe [14] en 2012, qui ont souligné que l'accouchement par voie basse a influencé de manière significative la pratique de l'AME. D'après Crost et Kaminski [11], les modalités d'accouchement tels que le déclenchement du travail et l'opération césarienne, ont diminué le taux de la pratique de l'AME.

D'après cette analyse, la primiparité a influencé la pratique de l'AME mais de manière non significative. Ce constat diffère de celui retrouvé par Slama *et al* [12] qui ont observé une baisse du taux de la pratique de l'AME chez les primipares.

Il ressort de notre étude que l'accouchement au centre de santé a influencé la pratique de l'AME. Ceci est sans doute le résultat d'une bonne information sur les avantages de l'AME par le personnel de santé au cours de l'accouchement. Par ailleurs, l'accouchement au centre de santé est toujours recommandé pour le bien être de la mère et surtout du bébé [16].

Cette étude a permis d'identifier que les femmes ont tendance à pratiquer l'AME quand le bébé est un garçon, avec une différence qui s'avère significative entre les deux sexes. Ceci pourrait trouver son explication dans l'importance et la valeur qu'occupe encore le genre masculin dans la société malgache. Traoré *et al* [15] au Burkina Faso ont aussi remarqué la même constatation, que la pratique de l'AME s'avère plus élevée chez les garçons.

Comme dans plusieurs études, nous avons remarqué que les femmes ayant reçu des sensibilisations sur l'AME ont 8 fois de chance de pratiquer l'AME, avec une association statistiquement très significative. Il paraît évident que le fait d'être informé incite positivement les femmes allaitantes d'opter pour la pratique de l'AME. Selon Anthony [4], le manque d'information sur l'AME auprès des mères a figuré parmi les principaux freins à la pratique de l'AME. Crost et Kaminski [11] lors d'une enquête nationale en France, ont remarqué que les campagnes médiatiques nationales ou locales n'ont pas influencé directement la pratique de l'AME, et que seules les annonces télévisées répétées semblent avoir eu une influence sur la pratique de l'AME.

La présente étude a révélé que la bonne connaissance en matière d'AME a déterminé avec une association très significative la pratique de l'AME. L'interprétation de ce résultat se concorde avec l'étude réalisé par Ga-

lapeau [17] sur la connaissance, l'attitude et la pratique des mères sur l'AME au Centre Hospitalier Universitaire en Estrie qui a souligné que les femmes qui ont connu les avantages de l'AME ont été les plus susceptibles de choisir sa pratique.

Conclusion

L'allaitement maternel exclusif est le fait pour une mère de nourrir uniquement le bébé par son propre lait. Le lait maternel couvre totalement les besoins nutritionnels du nourrisson et représente l'un des meilleurs investissements dans la survie de l'enfant. Ainsi, la malnutrition aigüe sévère qui est liée à la mauvaise pratique de l'allaitement maternel exclusif semble directement ou indirectement, l'une des principales causes de décès des nourrissons dans les pays en développement tel que Madagascar.

Au terme de notre étude, il a été vérifié que le niveau d'instruction, le mode d'accouchement, le lieu d'accouchement, la sensibilisation sur l'AME, le sexe du bébé, les connaissances en matière d'allaitement maternel exclusif ont été significativement associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Enfin, l'amélioration de la pratique de l'allaitement maternel exclusif par toutes les femmes malgaches semble être envisageable si les autorités concernées et les personnels de santé attachent beaucoup d'importance à la valeur de chacune des variables étudiées dans cette étude.

Références

1. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Library catal. WHO. 2003.
2. Ball TM, Wright. Health care of formula feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999; 103(4): 870-6.
3. OMS-UNICEF. L'allaitement maternel exclusif sauve des vies. Destination santé. OMS-UNICEF. 12 Octobre 2007.
4. Marcel B, Sylvestre T, Anthony L. République Démocratique du Congo: Moins de 40% de femmes pratique l'allaitement maternel. *Oeil Afrique*. Août 2012.
5. Habibou B. Le défi de l'Allaitement Maternel Exclusif. *Slate Afrique*. 2012.
6. Dop MC. L'allaitement maternel en Afrique: l'évolution favorable sera-t-elle remise en question par l'épidémie de Sida? *Cahier Santé* 2002; 12: 64-72.
7. Rakotonirina SC. Allaitement et nutrition in Razafimanjato JR: Enquête Démographique et de Santé. Marco International INC. Avril 2010: 179-82.
8. Fanello S. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né: une enquête auprès de 308 femmes. *Arch Ped* 2003;10(1): 19-24.
9. Ndlend A, Wamba G, Same Eboko C. Alimentation du Nourrisson de 0 à 36 mois en milieu urbain camerounais. *Méd Afr Noire* 2007; 44(1): 47-51.
10. Mathur GP, Chitranski S, Mathur S, *et al.* Lactation failure. *Indian Pediatr* 2002; 29(12): 1541-4.
11. Crost M et Kaminski M. L'allaitement à la maternité en France. Enquête Nationale périnatale. *Arch Pédiatr* 1998; 5(12): 1316-26.
12. Uchendu UO, Ikefuna AN, Emodi IJ. Factors associated with exclusive breastfeeding among mothers seen at the University of Nigeria Teaching Hospital. *SAJCH* 2009; 3(1): 14-9.
13. Slama B, Ayari L, Ouzini F, *et al.* Allaitement maternel. *East Méditer Health J* 2010; 16(6): 630-5.
14. Benoit S, Catherine L, Caroline G, Katia C: Taux d'allaitement maternel à la maternité et à un mois. Bruxelles ADELFI. Sept 2012.
15. Traoré A, Tall FR, Sanou I, *et al.* Allaitement en milieu urbain au Burkina Faso. Recherche médicale: Publications pédiatriques. 1999. Disponible dans: <http://www.chu-rouen.fr/chnpo/Annales/Pubped5.htm>
16. Renfrew MJ, Woolridge MW, Mc Gill HR. Enabling women to breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice. London: The Stationery office. 2000.
17. Galipeau. Etude menée en Estrie auprès des mères ayant accouchées au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke sur la connaissance, attitude et pratique sur l'allaitement maternel exclusif. *Fait d'alimentation*. Québec. 2007.