

Université D'Oran

Faculté Des Sciences Sociales

Département De Démographie

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE magister

Spécialité : démographie

Option : production et analyse quantitative des données

L'abandon de l'allaitement maternel et son impact sur la santé de l'enfant

Enquête réalisée auprès de centres de protection maternelle et infantile (PMI) dans la commune d'Oran 2010

Directeur de recherche :

M.DELEND Aissa
Souad

Présenté par :

Mme AOUICHAT Samia

Membres du jury

M.Abdelkrim FODIL	Maitre de conférences à l'université d'Oran.	Président
M.Aissa DELEND A	Professeur à l'université d'Oran.	Encadreur
M.Tayeb LOUADI	Maitre de conférences à l'université d'Oran.	Examinateur
M.Mohammed KOUIDRI	Maitre de conférences à l'université d'Oran.	Examinateur

Année universitaire :2011/2012

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

À la mémoire de l'inoubliable défunte mère,

À mes deux adorables enfants, Aya et Nadir et à mon mari,

Mes enseignants de démographie,

Mes amis, en particulier Talbaoui et mes proches,

À ceux qui m'ont aidée à la réalisation de cette modeste recherche.

Remerciements

*Ma gratitude va tout d'abord au directeur de recherche DR :
DELEMDA. A pour sa patience, son grand cœur et sa grande compétence,
cet ouvrage n'aurait pas vu le jour sans son contrôle et son attention donnés
tout au long de la réalisation de ce modeste travail.*

Mes plus grands remerciements s'adressent à mes professeurs :

Monsieur FODI L. K. le président de ma soutenance.

Monsieur LOUADI. T. l'examineur de ce travail.

Monsieur KOUODRI. M. l'examineur de cet ouvrage.

*Remerciements, bien sur, aux médecins et agents de santé dans les centres
de protection maternelle et infantile pour leur soutien et assistance, sans
oublier de remercier les nombreuses personnes qui ont contribué au succès de
ce travail.*

TABLE DES MATIERES

TITRE	Page
Préface	
Introduction générale.....	01
Chapitre 1 : Méthodologie de recherche, et sources de données utilisées.....	07
Section 01 : Méthodologie de recherche.....	07
1)-Contexte de l'étude	07
2)-Choix de l'étude.....	08
3)-Problématique.....	09
4)-Hypothèses de l'étude	11
5)-Objectifs de l'étude	11
Section 0 2 : Sources de données utilisées.....	
1)- sources de données	12
1.1)-Documentation	12
1.2)- Enquête allaitement maternel (2008/2009)	12
2) - Situation et diverses enquêtes nationales réalisées sur l'allaitement en Algérie	12
2.1)-Enquête sur la malnutrition (protéino-énergétique) 1975.....	13
2.2)-Enquête nationale sur la mortalité et la morbidité infantile (1985/1989).....	13
2.3)-Enquête nationale santé 1990	13
2.4)-Enquête algérienne sur la sante de la mère et de l'enfant (EASME 1992)	14
2.5)-Enquête MDG Algérie 1995	14
2.6)-Enquête sur la sante de la famille (EASF 2002).....	14
2.7)-Enquête nationale a indicateurs multiples EDG : (MICS3 Algérie 2006).....	15
2.8)-Enquête CAP sur l'allaitement maternel 2010	16
3) -Thèses de doctorat sur l'allaitement maternel	18
3.1)-Profil des déshydratations aigues 1974	18
3.2)-Devenir nutritionnel de l'enfant algérien de 0 à 36 mois 1983.....	18
3.3)-La diarrhée du jeune enfant 1985	18
4)-Divers travaux sur l'allaitement à Oran	19
4.1)-Les risques du sevrage à Oran 2006/2008	19
4.2)-Enquête CAP sur l'allaitement maternel chez le personnel féminin de L'EHS/ Canastel 2009	12
Section 03 : Cadre conceptuel.....	22
1)- Définition des différents concepts.....	22
Conclusion du premier chapitre	25
Chapitre 02 : Cadre théorique.....	26
Section 0 1 : Allaitement maternel.....	26
1)-Pourquoi allaiter	26
2)- Avantages de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant et celle de la mère.....	26
3)- Contre-indications à l'allaitement maternel	28

4)- Différences point de vue biochimique entre l'allaitement maternel et l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons.....	29
5)-Importance de l'allaitement exclusif et de sa durée	30
6)- Les organismes internationaux conseillent de privilégier l'allaitement exclusif.....	31
7)- Les facteurs associés à la décision d'allaiter et à la durée de l'allaitement.....	32
8)- La décision d'allaiter	32
9)-La poursuite de l'allaitement	33
10)-Le soutien social.....	33
11)- Les normes culturelles	33
12)- Féminisme et allaitement.....	34
13)-Travail et allaitement	35
14)-Les services de santé renforcent le support de l'allaitement	35
15)-Des interventions et des initiatives favorables à l'allaitement maternel	37
16)- Protection, promotion et soutien de l'allaitement	37
17)-Allaitement optimal	38
18)-Conduite pratique et techniques de l'allaitement	38
19) - Les techniques de l'allaitement	38
20)- Règles d'or	39
21) --Bonne hygiène des seins	39
22)-Les difficultés de l'allaitement maternel	39
23)- Le bébé refuse le sein	40
24)- L'insuffisance du lait de la mère	40
25)- Comment augmenter la production de lait	40
26)- Le lait au sein est léger	40
27)-Le bébé pleure tout le temps	40
28)-Le bébé dort beaucoup et ne réclame pas le sein	41
29)-Les seins trop petits et ne produisent pas de lait	41
30)-Diversification alimentaire	41
31)-Sevrage	41
32)-Situations particulières à l'allaitement.....	42
32.1)- Au bébé	42
a)- Les petits poids de naissance et les prématurés	42
b)- Les jumeaux à terme	42
c)- Le bébé porteur d'une fente labio-palatine	42
d)- Le bébé malade	42
e)- L'ictère physiologique sans gravité	42
f)- L'allaitement maternel et les selles du bébé	42
32.2)- A la mère	43
a)- Mère et malnutrition	43
b)- Mère césarisée	43
32.3)-Mère, maladies ou infections	43
a)-Une femme atteinte d'une hépatite virale peut-elle allaiter son bébé	43
b)-Une femme séropositive peut-elle allaiter	44
c)-La transmission du VIH par l'introduction précoce d'autres aliments	44
d)-Que conseillent les experts	45
32.4)-L'allaitement maternel et grossesse	45
32.5)-L'allaitement maternel et ramadhan	45
32.6)-L'allaitement maternel et médicaments	45

32.7)-Femme qui ne produit pas suffisamment de lait	46
32.8)-L'alimentation de la femme allaitante	46
32.9)-l'allaitement maternel et contraception	46
32.10)-Assurer l'allaitement en situation d'urgence	49
Section 02 : Evolution, Stratégies, Principes et Objectifs mondial de la pratique de l'allaitement maternel.....	50
1)-Evolution mondiale de l'allaitement maternel	50
2)- Les stratégies	57
2.1)-Stratégie 1	57
2.2)-Stratégie 2	57
2.3)-Stratégie 3	58
2.4)-Stratégie 4	61
2.5)-Stratégie 5	62
3)- Les principes de la stratégie	62
3.1)-Premier principe	62
3.2)- Deuxième principe	64
4)-Les objectifs de la stratégie mondiale de mai 2002.....	64
4.1)-Les objectifs spécifiques de la stratégie sont les suivants.....	64
4.2)-L'objectif principal de la stratégie	65
4.3)-Les objectifs de la stratégie mondiale d'ici à 2015	65
5)- Des défis restent à relever.....	65
Conclusion du deuxième chapitre	66
Chapitre 03 : Présentation de la commune d'Oran, méthodologie et analyse de l'enquête.....	67
Section 01 : Présentation de la commune d'Oran.....	67
1)- Situation géographique de la commune d'Oran	67
2)- Caractéristiques démographiques de la commune d'Oran	67
3)- Dimension spatiale de la commune d'Oran	67
4)- Caractéristiques socio-économiques	68
4.1)- Port d'Oran	68
4.2)- Pole administratif	68
Section 02 : Méthodologie de l'enquête.....	68
1)-Pré-enquête	68
2)- Présentation du questionnaire	68
3)- Pré-test du questionnaire	71
4)-Difficultés rencontrées	71
A)-Plan théorique	71
B)-Plan pratique	72
5)-Champ d'observation	72
6)- Méthode de sondage et tirage de l'échantillon	72
6.1)-Méthode de sondage	73
6.2)-Choix des PMI	73
6.3)-Méthode de jacques Bernouilli	74
6.4)- Calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour.....	76
6.5)- Calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine	76
6.6)- Calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés durant le mois.....	76

6.7)- Calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois	77
6.8)- Calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine	77
6.9)- Calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois.....	78
7)- Etablissement hospitalier spécialisé en gynécologie obstétrique de Hai LOUZ...	79
7.1)- Calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour	79
7.2)- Calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine.....	79
7.3)- Calcul de la proportion d'enfants en tous âges confondus vaccinée durant le mois.....	79
7.4)- Calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois.....	79
7.5)- Calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine.....	79
7.6)- Calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois.....	79
7.7)- Calcul de la proportion des enfants de 18 mois à enquêter dans le centre de PMI	79
8)- Etablissement hospitalier spécialisé en gynécologie obstétrique des Pins.....	79
8.1)- Calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour	79
8.2)- Calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine.....	79
8.3)- Calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés durant le mois	80
8.4)- Calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois.....	80
8.5)- Calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine	80
8.6)- Calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois.....	80
8.7)- Calcul de la proportion des enfants de 18 mois à enquêter dans le centre de PMI	80
Section 03 : Analyse de l'enquête	81
A)-Analyse descriptive	81
1)- Caractéristiques de l'habitat et du ménage.....	81
2)- Caractéristiques démographiques de la population étudiée (mères).....	86
3)- Caractéristiques démographiques du mari.....	91
4)- Caractéristiques concernant la vie génésique de la mère.....	92
5)- Les visites prénatales et le rôle de l'information médicale en matière d'allaitement au sein.....	96
6)- Connaissances et pratiques d'allaitement maternel après l'accouchement.....	102
7)- La contraception et les pratiques d'allaitement au sein.....	130
8)-Travail professionnel de la femme et l'allaitement.....	135
9)- Opinions.....	139
B)- Analyse approfondie.....	145
1)- Test du Khi-deux de Pearson (X ²)	145
2)- Coefficient de contingence.....	149
3)- Test de STUDENT (LE TEST T).....	152
4)- ANOVA.....	158
Conclusion du troisième chapitre.....	165
Conclusion générale	166
Recommandations.....	178

Annexe 1 : Abréviations utilisées.....
Annexe 2 : Listes des tableaux et graphiques.....
Annexe 3 : Tableaux statistiques.....
Références bibliographiques.....
Résumé en Français.....
Résumé en arabe

Avant-propos

Allaitement, aperçu historique jusqu'au XIX^{ème} siècle

Pendant des millénaires jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, l'allaitement maternel seul a permis la survie du genre humain. Quand la mère faisait défaut, son unique recours était sans doute la nourrice mercenaire venant de la campagne.

Pour ce qui de la l'allaitement maternel, les auteurs de l'antiquité notamment les médecins jusqu'au ceux du XIX^{ème} siècle, s'opposaient aux relations sexuelles durant toute la période de l'allaitement, aux quelles croyaient quelles sont la cause responsable du retour des règles qui est un facteur important indiquant que l'infertilité postpartum est terminée, l'ovulation peut recommencer bientôt, et le risque d'une nouvelle grossesse est possible.

Les médecins des siècles précédents, avaient de diverses opinions sur les raisons de l'interdit sexuelles durant l'allaitement, et les plus réputés traitaient les multiples problèmes que l'allaitement a connu comme s'ensuivent : GALIEN (131-200) donne un précepte absolu : « j'ordonne à toutes les femmes qui allaitent des bébés de s'abstenir complètement des rapports sexuels ». SORANOS D'EPHESE: « les rapports sexuels gâtent le lait ou en tarissent la source ». Il existe une relation étroite entre les mamelles et la matrice de la femme, conformément à la théorie d'Hippocrate selon laquelle le Sang s'oriente soit vers la matrice, soit vers les mamelles, et le lait n'est autre chose que du Sang blanchi. Pour GALIEN, SORANOS et Hippocrate : « une conception ne peut se produire sans menstruation, et la reprise des relations sexuelles stimule le retour rapide des règles, et durant la menstruation, la Sang s'évacue et ne peut plus se transformer en lait ». D'autre part avec la reprise des règles, la fécondité est rétablie, le risque de devenir enceinte est possible, il y aurait compétition entre le nourrisson et le fœtus, puisque c'est le même Sang blanchi ou non qui nourrit l'enfant au sein ou dans la matrice : « le meilleur du Sang va au fœtus qui draine continuellement sa propre nourriture..... Pendant ce temps le Sang de la femme enceinte diminue et s'appauvrit naturellement, dès lors le lait des seins n'est pas seulement en moindre quantité, il est aussi de qualité inférieure ». Le souci constant d'éviter une grossesse qui forcerait de sevrer le nourrisson parait donc un des motifs les plus importants de l'interdit sexuel. Cependant la

continence au fil des temps, était préjudiciable à la vie du couple, notamment au mari qui perdrait entièrement ses droits conjugaux, il est appelé de vivre en fraternité avec la conjointe durant l'allaitement, la dette conjugale est revendiquée, l'épouse lui doit l'obéissance, si non reconstituer une relation outre conjugale est en évidence, la seule issue pour satisfaire l'époux, c'est d'interrompre l'allaitement et se faire remplacer par une nourrice apte de subir la continence, et avant de l'engager à allaiter, le problème du choix de la nourrice se pose chez les auteurs, il s'agit de bien la sélectionner, de la former, et de la séparer durant toute la période de l'allaitement de son mari, en contrepartie de la rémunérer selon la qualité de soin et de service donnés. En cet effet, AMBROISE PARE (1517-1590) a exigé comme d'autres de mettre la nourrice en garde selon lui, la nourrice qui est libre de rencontrer son mari, le coït trouble son Sang, et par conséquent le lait engendre une mauvaise odeur, et l'enfant le refuse. Le seigneur de cholières (1509-1592) dans une réunion d'amis discutent du problème : « à savoir si vous oserez toucher à votre femme lorsqu'elle donne la mamelle à votre enfant voilà deux ans qu'il faut retrancher. Le mari dont la femme vient d'accoucher est sceptique », «Or quant à la rigueur on m'y voudrait forcer j'aimerais mieux que ma femme ne fut jamais nourrice ».

Cependant, HENRI-ESTIENNE (1528-1598), reproche les mêmes femmes qui négligent les deux devoirs de mère : « des mères meurtrières, qui abandonnent leurs enfants aux premières nourrices » et « des préservatifs qui les gardent de devenir grosses ». LOUISE BOURGEOIS (1563-1696), sage femme de marie Médicis pense que le retour des femmes avec leur mari, c'est un vrai venin que leur lait aux enfants. Au XVII^{ème} siècle RESTIF de la Bretonne, favorise l'allaitement prolongé et exige que « le mari et la femme vivront pendant l'allaitement en frère et sœur ». Pour CLAUDE QUILLET (1602-1661) croyait que le caractère se transmet de la nourrice à l'enfant par le lait, le choix de la nourrice est donc de première importance, dit des nourrissons qu' « en suçant un mauvais lait, ils changent, pour ainsi dire, de nature ». Alors que certains médecins admettent les rapports sexuels durant l'allaitement pourvu qu'on en use modérément, c'est un argument médical venant à l'appui du conseil de modération qui substitue peu à peu au précepte d'abstinence totale, ils pensent que la continence trop stricte serait mauvaise pour le moral de la nourrice, et cela pourrait gâter le lait. C'est l'avis de LAURANT JOUBERT (1529-1583) qui s'oppose à la coutume, il se borne à prêcher la modération.

GUILLAUME BOUCHET (1513-1593) a un avis différent, il distingue soigneusement entre le cas de la mère qui devrait toujours nourrir, de celui de la nourrice étrangère qui se peut être

qu'un mal nécessaire dit « d'autant que l'enfant est mieux nourri du pire lait de sa mère, que du meilleur d'une autre nourrice... ». En outre, l'évolution des idées au cours des siècles, a permis aux auteurs de développer et d'expliquer sans ambiguïté les théories des croyances dérivées de l'antiquité, qui étaient la plupart du temps formelles et fausses par exemple aucune mention trouvée sur l'effet physiologique avant PHILIPPE HECQUET (1661-1737), qui compare la matrice à une terre qui doit se reposer, afin de ne pas s'épuiser, il dit que c'est une loi de la nature que les femmes qui nourrissent deviennent très rarement enceintes ». Ensuite THEOPHILE de BORDEU (1722-1776) donne une explication conforme à la théorie ancienne d'une sympathie entre les mamelles et la matrice. « ...ainsi, l'enfant doit en tétant tenir les mamelles en haleine, faute de cette cause habituelle d'irritation, la nature revient au travail journalier des règles ». En 1718, PIERRE DIONIS, reprend les idées de Joubert en ajoutant : tout comme l'homme, la femme émettait sa semence pendant le coït, au contraire, si elle n'est pas évacuée la semence se mêle au lait et le gâte. La curieuse opinion D'ETTMULLER professeur à Leipzig, au XVII^{ème} siècle, il conseille la chasteté, car : « les émotions de l'amour font que le lait tourne dans l'estomac de l'enfant, et cela fait naître chez lui pour la vie une aversion pour le fromage ». Pour DEPARCIEUX en 1746, est l'un des premiers à montrer les avantages affectifs, physiologiques et politiques de l'allaitement, il va même jusqu'à le réclamer obligatoire ou tout au moins strictement contrôlé, il demande une « exacte police » qui veillerait à faire remplir aux mères le plus cher de tous les devoirs. Pour ANGE GOUDAR (1720-1791) : « tandis que tant de femmes de paysans et de laboureurs allaitent les enfants des villes, elles n'en font point elles-mêmes ». Et l'ABBE JOUBERT SOURY (1741-1785) enseigne aux étudiants en chimie et en médecine que « la pratique d'allaiter l'enfant est utile à la santé de la mère, qui, au lieu de devenir enceinte tous les ans, ne le devient le plus souvent que tous les deux ans ». C'est la raison pour laquelle il oblige les mères à nourrir leur enfant jusqu'à l'âge de deux ans, et l'état s'en charge de punir celles qui ne s'acquitteraient pas cette obligation, et de récompenser d'une allocation mensuelle celles qui la remplissent convenablement. BUFFON, insiste sur la qualité de lait de la nourrice, à cause du danger d'infection de villages entiers par le virus vénérien, il voit que si le lait de la suppléante ne convient pas il faut absolument en changer, si non les enfants languissent et périssent en fort peu de temps.

Le D^R GILIBERT : préconise un original système de surveillance médicale par abonnement pour les mères et les nourrices pendant la grossesse, puis il a institué un bureau spécialisé de magistrats chargé de l'examen physique et moral des nourrices. Ce bureau engagerait deux ou

trois médecins à visiter trimestriellement les enfants et à composer des instructions familières pour les nourrices. Les curés, chirurgiens, et notaires des villages seraient tenus de faire un compte rendu mensuel de l'état des enfants.

Pour Le D^R Gaultier de claubry, est de l'avis de Deparcieux, pense si les femmes nourrissaient en toute circonstance, « il périrait bien moins d'enfant », et ajoute-t-il « il en naitrait peut être davantage ». Au XVIII^{ème} siècle quand se répand le souci de limiter les naissances les femmes abandonnent les deux maternités simultanément. ROUSSEAU (1712-1778) condamne le recours aux nourrices, et cri : « non contentes d'avoir cessé d'allaiter leurs enfants, les femmes cessent d'en vouloir faire, la conséquence est naturelle. Dès que l'état de mère est onéreux, on trouve bientôt le moyen de s'en délivrer tout à fait ». DESESSARTS (1729-1811) soutient avec opiniâtreté la thèse de l'interdit sexuel, il voit à l'acte vénérien de graves inconvénients.

Au XIX^{ème} siècle, l'interdit existe dans les pratiques des populations, mais on a souvent l'impression d'une question de convenance morale, plutôt que de santé physique. Pour l'épouse qui donne le sein dit MOYER (né 1814) « il est plus convenable de ne pas subir les approches du mari ». L'idée d'une stérilité, au moins partielle, durant l'allaitement a fait son apparition, et il semble moins impératif d'éviter une nouvelle grossesse, par une continence peut être superflue. La notion que le coït gâte le lait n'a pas entièrement disparu. Par exemple BOSSU (1809-1898) admet les relations sexuelles avec la femme qui allaite « pour vu qu'elle mette assez d'intervalle entre l'instant des rapports et celui de l'allaitement ». La nourrice de LOUIS XIV fut congédiée brutalement pour avoir été aperçue en conversation avec son mari sur une terrasse du château. Il semble bien que la continence sexuelle continue à être imposée aux nourrices mercenaires jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle. D'après le dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Cependant, la pratique de l'allaitement maternel prolongé, et son influence sur la croissance ou non des populations humaines, a fait l'objet de nombreux débats chez les auteurs du XVIII^{ème} siècle, même bien avant, et qui d'après leurs diverses discussions se contredisaient d'avis certains affirment que la nécessité de peupler l'état dispense la mère de nourrir ses enfants, par exemple WILLIAM PETTY en Angleterre (1623-1687) émet l'idée que l'allaitement prolongé est un obstacle à une rapide propagation de l'espace humaine. Ainsi le docteur CHARLES Vandermonde (1727-1762) est en faveur de l'allaitement artificiel car : « cette coutume de faire allaiter les enfants par les femmes mène sensiblement à la

diminution de l'espèce.... La crainte ou l'on est de supprimer le lait, empêche l'époux d'user du mariage, et par ce moyen on dépeuple l'état. On voit assez fréquemment des femmes qui après avoir allaité sont long temps sans concevoir..... ».

Et pour PONCET de la GRAVE (1725-1803), sur les femmes des champs qui nourrissent des enfants étrangers et « portent conséquemment, dans le mariage, un célibat infiniment dépeuplateur ». D'autres auteurs, par contre comme BALLEXSERD, insistent sur les chances accrues de survie des enfants nourris, et élevés par leur mère, ce serait un moyen sur de peupler le monde d'un plus grand nombre de bons et robustes citoyens ».

DESESSARTS convient que « celles qui nourrissent point accouchent plus fréquemment, mais cette fréquence même est une des causes principales de la dépopulation ». Car « ce n'est pas le nombre des enfants nés chaque année qui intéresse un état, mais le nombre de ceux qui vivent ».

Pour DEPARCIEU et ROUSSEAU, concluent que l'allaitement maternel à lui seul déclenche la repopulation. Egalement des substituts au lait de femme sont trouvés, comme le lait animal, conseillé dès 1738 de préférence, même, au lait maternel par un auteur comme Moreau de St-Elier, et dès 1749 par Buffon, suivi de L.-S Mercier : ainsi du lait de chèvre ou d'ânesse chaud, ou du lait de vache coupé pour moitié d'eau, comme le suggère le médecin allemand Hufeland, qui conseille cependant de faire allaiter l'enfant par sa mère au moins les 15 ou 30 premiers jours. L'un des plus chauds partisans de l'allaitement animal est Piarron de Chamousset, qui forge tout un plan de remplacement de l'allaitement maternel et mercenaire par le lait animal – à condition de couper celui-ci, les premiers mois, avec des décoctions ou infusions appropriées. Ce procédé, qui reviendrait beaucoup moins cher que les mois de nourrice, soulagerait une multitude de modestes artisans, qui « ne craindront plus le nombre d'enfants.... ». Il augmenterait d'autre part directement le nombre des hommes.

Au XIXème siècle quand les théories de Malthus se répandent en France, un anglais excentrique, LOUDON, préconise l'allaitement prolongé pour réduire l'accroissement démographique et les problèmes économiques qu'en résulte

Introduction générale :

En 1970, le recul de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement est démontré par de nombreuses études, d'autres pendant la même période révèlent que l'allaitement artificiel a eu des conséquences désastreuses pour les nouveau-nés. Les facteurs qui sont en causes, c'est l'incapacité des mères du tiers-monde de remplir les conditions appropriées d'une alimentation artificielle sans danger, l'urbanisation croissante et l'éclatement des structures familiales, plus l'irruption massive des fabricants et la propagande erronée de leurs produits infantiles dans les marchés de ces pays. Les médecins vont réagir différemment de leurs confrères du XIX^{ème} siècle. Au lieu de chercher une solution dans l'amélioration des laits artificiels et des conditions d'hygiène, ils vont prôner le retour à l'allaitement maternel. C'est qu'en trois quarts de siècle que les chercheurs, comprennent de manière plus claire les propriétés incomparables du lait maternel. Dans les années 50, le professeur PAUL-GYORGY a découvert le lactobacillus bifidus, une bactérie qui protège les intestins des nouveau-nés nourris au lait maternel contre plusieurs types de bactéries et de parasites.

Au début des années 60, le professeur LARS-HANSEN a montré la présence dans le lait maternel d'un autre agent protecteur, l'immunoglobuline A. A la fin des années 60, ces recherches sur les propriétés immunologiques du lait maternel se multiplient. Au milieu des années 70, des centaines d'études sont publiées, et la présence de nouveaux agents protecteurs, comme l'interféron, est démontrée. Or tous ces agents anti-infectieux sont en général absents du lait de vache et des laits industriels. Non seulement le biberon présente donc des risques d'infection absents du lait maternel, mais encore celui-ci comporte des agents protecteurs absents du lait artificiel. C'est ce qu'ignoraient les médecins du XIX^{ème} siècle et ce qui explique aussi que les enfants nourris au biberon aient des taux de morbidité supérieurs aux enfants nourris au sein. Devant les ravages du biberon un retour à l'allaitement maternel s'avère la meilleure et la plus simple des solutions.

En 1975 une action en faveur de l'alimentation au sein et contre l'allaitement artificiel va être menée à trois niveaux : par certains gouvernements du tiers-monde qui instaurent des programmes d'encouragement à l'allaitement maternel, par les pédiatres dans leurs publications spécialisées qui affrontent de front l'allaitement artificiel lui-même et qui affirment que le biberon est le « tueur des bébés » et en dernier par un dialogue avec les

ANNEXE21

fabricants dans le cadre d'arrêter de promouvoir leurs produits dans des communautés qui ne peuvent pas s'en servir adéquatement, d'utiliser des vendeuses déguisées en infirmières, de distribuer des échantillons gratuits et des petits cadeaux qui persuadent les mères de renoncer à l'allaitement maternel. Cette offensive irrévocable marque le déclenchement de la lutte contre le lait pour nourrissons et contre les fabricants, appuyée par une coalition des militants américains, des suisses, des britanniques, des scandinaves, des hollandais, des allemands, un groupe révolutionnaire de pédiatres du tiers-monde, même la majorité des églises protestantes et orthodoxes des Etats-Unis, lancent un appel de secours et de soutien au système des nations-unies (ONU), à l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le fonds des nations-unies pour l'enfance (UNICEF), qui à leurs tour se rencontrent avec des experts spécialistes en alimentation infantile de diverses régions du monde ; la controverse de la réunion conteste le poids critique du massacre de la question de dix-millions de cas de marasme et de diarrhée liés chaque année à l'allaitement au biberon, dont trois millions sont des cas mortels, la raison pour laquelle, les manifestations dans le monde qui demandent de renoncer à toute promotion en faveur du lait infantile responsable d'un infanticide collectif dans les pays du tiers-monde prennent de l'ampleur, les organismes scientifiques devant ce drame décident avec vigueur de boycotter les fabricants par un code de conduite en 1981 adressé à leurs mauvaises stratégies commerciales.

En 1983, les ventes de lait pour nourrissons dépassent deux milliards de dollars dans le tiers-monde, en 1984 le code de l'assemblée mondiale de la santé (AMS) marque un revers, et une grande déception, ce code contribue à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées. Les fabricants consacrent entre 20 à 40 millions de dollars par an pour défendre leurs produits en matière de nutrition infantile, accusent la révolte internationale comme une attaque indirecte contre le système économique du monde libre, la progression des ventes de lait pour nourrissons dans le tiers-monde se justifie par l'augmentation du nombre des naissances, la croissance des revenus et le nombre grandissant de femmes qui occupent des emplois et qui refusent d'allaiter au sein, ce qui rend aussi le boycott impossible de la commercialisation des laits pour nourrissons, le grand besoin de cette commercialisation des bébés aux mères mortes en couches ou incapables d'allaiter pour des raisons physiologiques qui égal à 1 ou 2% ou

ANNEXE21

encore aux nourrissons d'orphelinats, des camps de réfugiés, de guerre ou de catastrophisme, tous privés du lait maternel et par d'autres cas de force majeure.

Les fabricants continuent à violer le règlement du code de l'OMS et de s'accaparer sans scrupule sur les marchés du tiers-monde, l'allaitement au biberon se poursuit d'avantage, l'augmentation en million des décès des bébés dans le monde victimes chaque année des laits de substitution inadaptés à leurs besoins nutritifs devient une véritable tragédie silencieuse. Au début des années 90 plusieurs réunions urgentes internationales se tiennent auxquelles participent des représentants de presque tous les gouvernements, tous les organismes pertinents des nations-unies, notamment l'organisation mondiale de la santé (OMS), le fonds des nations-unies pour l'enfance (UNICEF), le fonds des nations-unies pour la population (FNUAP), l'UNESCO, le programme des nations-unies pour le développement (PNUD) et la banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), ainsi que un grand nombre d'organisations non gouvernementales (ONG), et d'après leurs propres investigations en nutrition infantile, appuyées par d'autres recherches pédiatriques dans le monde auxquelles témoignent avec rigueur que l'allaitement artificiel en majeure partie est la source de décès, de morbidité, et de malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants pour en conclure que le biberon est la principale cause des problèmes de la santé publique. Et devant la supériorité indéniable de l'allaitement maternel : remède miracle comme l'avouent les médecins et les nutritionnistes du monde, tous se mettent d'accord sur un plan d'action, qui se compose de plusieurs programmes et d'objectifs à atteindre, des mesures spécifiques à prendre aux niveaux national et international en vue d'assurer la survie, la protection et le développement de l'enfant entre 1990 à 2000.

L'allaitement maternel est un des principaux objectifs du plan, que l'OMS et l'UNICEF s'intéressent à l'améliorer et le maintenir, car il constitue la pierre angulaire de protection, de survie et de développement des enfants d'aujourd'hui étant des hommes de demain, les organisations du monde s'appliquent à bonifier leur sort à répondre à leurs besoins les plus essentiels, les aider à s'épanouir pleinement principalement les trois premières années de leur vie, pour obtenir plus tard une espèce qualifiée susceptible de contribuer au futur développement de leur société, à l'avenir du monde, et à celui de l'humanité, ils considèrent que l'allaitement au sein est le moyen le plus efficace pour surmonter les formes les plus pernicieuses de maladies diarrhéiques, de morbidité, et de malnutrition, qui sont responsables de près de la moitié des décès des jeunes enfants, plus de 20 millions d'enfants souffrent de malnutrition grave, 150 souffrent d'insuffisance pondérale et 500.000 de décès des jeunes

ANNEXE21

femmes en couches. Pour ces raisons l'OMS et l'Unicef en septembre 1990 à New-York, ont demandé aux gouvernements, organisations internationales, institutions d'assistance bilatérale, organisations non-gouvernementales, secteurs de la société concernés, et donateurs de formuler leurs propres programmes d'actions en vue de protéger, promouvoir et supporter l'allaitement pour améliorer la nutrition et la survie des nouveau-nés. Cet appel à l'action, dénommé « déclaration Innocenté » a déclenché de nombreuses réalisations positives au cours des années 1990 :

- Appliquer le présent plan d'action pour réaliser les principaux objectifs, de la déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant entre 1990 et l'an 2000.
- En 1991, l'OMS et l'Unicef ont établi l'initiative hôpitaux amis des bébés, pour encourager les maternités à promouvoir des pratiques d'allaitement optimales.
- Appliquer la déclaration mondiale est le plan d'action pour l'alimentation (FAO/OMS 1992).
- Les divers pays se sont efforcés à mieux appliquer le code international de 1981 sur la promotion des substituts de lait maternel, qui en limite la commercialisation illicite par les fabricants.

Cependant, au cours des dernières années 90, le support des gouvernements et des donateurs pour un allaitement optimal a subi un déclin. La raison principale est peut-être due au fait que la crise du sida a attiré l'attention sur la transmission du virus d'immunodéficience humaine (VIH) par le lait maternel, sans rappeler les risques que courent les enfants lorsqu'ils ne sont pas nourris au sein. Le fait que l'on croit à tort que toutes les mères séropositives pour le VIH vont transmettre ce virus à leurs bébés en les nourrissant au sein a dissimulé les avantages au point de vue santé et survie offerts par l'allaitement.

Simultanément, d'autres fabricants de formules lactées ont continué à faire des publicités illicites qui peuvent décourager l'allaitement. Entre les années 2000 et 2002 l'OMS et l'Unicef, préoccupés par le déclin de l'engagement national et international envers l'allaitement, ont développé une stratégie globale pour l'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants. Cette stratégie demande aux gouvernements nationaux, la société civile, aux services de soins de santé, aux communautés, aux donateurs internationaux de renforcer l'engagement, de revitaliser les efforts déployés pour l'allaitement, et d'appliquer les enseignements tirés des succès du passé, de modifier et d'actualiser les politiques

ANNEXE21

gouvernementales qui peuvent reconnaître de manière explicite les avantages de l'allaitement pour la santé publique, afin de mieux aider les femmes à allaiter de manière optimale, et de leur permettre de le faire jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

Quant à l'Algérie, au cours de la première décennie de l'indépendance, certaines études réalisées ont révélé que l'allaitement au sein est l'élément de base de l'alimentation du nourrisson algérien, la majorité des femmes allaitent et pendant des périodes plus longues, il est prédominé dans les régions rurales, puis urbaines.

Mais face aux transformations socio-économiques vécues fin des années 70, parmi lesquelles :

- L'urbanisation croissante.
- La majorité des femmes travaillent à l'extérieur.
- L'émancipation de la femme algérienne, notamment dans les grandes villes.
- La diffusion incontrôlable des substituts de lait maternel en gammes très variées et vendues par l'intermédiaire des pharmacies, supermarché, même dans les plus petits magasins d'alimentation ;
- L'emploi des techniques publicitaires persuasives et la promotion intense des laits artificiels.

Sont des facteurs considérés comme responsables de la chute de la pratique de l'allaitement au sein.

En 1990 et plus, l'assemblée mondiale de la santé (AMS) a diffusé un plan d'action plus de nombreuses initiatives, au niveau international, national, régional et local ont pour objectifs d'aider tous les pays, les organisations internationales, les organisations non gouvernementales et tous les secteurs de la société civile à formuler leurs propres programmes d'action en fonction de leurs besoins, de leurs possibilités sociales et de leurs mandats respectifs, pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel qui sont une priorité de santé publique mondiale, au moment où l'application du plan d'action réussira à améliorer un peu partout dans le monde, les pratiques et les taux d'allaitement (initiation, exclusivité et durée), ces derniers, ont remarquablement diminué en Algérie, une bonne proportion de femmes abandonne l'allaitement au sein au cours des trois premiers mois pour différentes raisons, de plus, très peu d'entre elles se limitent à un allaitement maternel exclusif selon les données de la dernière enquête sur la santé de la mère et de l'enfant (MICS₃ Algérie 2006), les taux sont donc inférieurs aux recommandations de l'OMS. Actuellement, face à cette dégradation qui caractérise la pratique de l'allaitement à l'échelle nationale, le gouvernement algérien, l'Unicef, le ministère de la santé, et tous les partis intéressés, après avoir pris conscience des implications néfastes de l'abandon prépondérant de l'allaitement

ANNEXE21

au sein tant sur le plan de la santé que sur le plan social pour les femmes, les enfants, la communauté, l'environnement, et la société dans son ensemble, s'en chargent de fournir aux autorités sanitaires nationales des informations scientifiques actualisées visant à élaborer une véritable stratégie nationale, basée sur des campagnes de sensibilisation au niveau de la population générale et des professionnels de santé qui peuvent en toute connaissance de cause convaincre les femmes algériennes de l'importance d'allaiter de manière optimale et plus longtemps.

CHAPITRE I

Chapitre 1 : Méthodologie de recherche, et sources de données utilisées.

Section1 : Méthodologie de recherche.

1)-Contexte de l'étude :

L'Algérie est un des pays signataires des conventions internationales de la déclaration du millénaire qui s'est tenue en septembre 2000 et du plan d'action de la campagne « un monde digne des enfants » adopté lors de la session spéciale des nations-unies sur l'enfance en 2002. Ces deux engagements s'appuient sur les promesses faites par la communauté internationale laquelle fait partie d'un ensemble qui a pour devoir et pour rôle de s'assurer de l'application des décisions et des objectifs de développement recommandés à tous les pays lors du sommet mondial pour l'enfance, en septembre 1990, en leur offrant des stratégies adoptées à leur situation particulière des actions, et des mesures de suivi à adopter à divers niveaux et domaines parmi lesquels, l'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants, qui est un objectif prioritaire du développement national, consiste à veiller à ce qu'une alimentation adéquate soit fournie juste après la naissance du bébé, à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement exclusif et pendant des périodes plus longues, à veiller sur la diversification pour qu'elle soit commencée à temps, à contrôler les pratiques d'alimentation complémentaires et à exercer une surveillance nutritionnelle pour prémunir la santé des jeunes enfants des formes les plus pernicieuses de malnutrition, de réduire considérablement les maladies infantiles qui leur association conduit à la mortalité.

Malgré l'engagement de l'Algérie envers l'allaitement par sa signature de ces accords international, ses taux de l'allaitement maternel sont inférieurs à ce que recommande l'OMS. Au cours de cette dernière décennie selon les résultats obtenus du rapport préliminaire de l'enquête nationale à indicateurs multiples MICS3 Algérie 2006⁽¹⁾, montrent que :

- La première mise au sein moins d'une heure est de 49.5%.
- Le Taux d'allaitement exclusif des enfants de moins de 6mois est de 6.9%.
- Le taux d'allaitement continu au sein est de 46.5%.
- Le taux d'alimentation complémentaire commencé à temps est de 39%.

Quant à la situation de l'allaitement maternel à Oran, et après avoir interviewé plusieurs médecins de diverses spécialités et d'autres chercheurs dans la santé infantile de différents lieux de santé qui sont les suivants :

- L'hôpital de CANASTEL avec docteur TERKI, spécialiste des maladies infectieuses des enfants, docteur LOUNIS, spécialiste en épidémiologie et médecine préventive.
- L'hôpital Hai- Es-Sabah, professeur CHAFI spécialiste en gynécologie obstétrique.
- La maternité de point-du jour, docteur BENBRAHIM, responsable de la santé maternelle et infantile et de l'application des directifs de l'hôpital ami des bébés.
- La clinique saint-michel (plateau), professeurs BOUDRAA et TOUHAMI et leur groupe de recherche en pédiatrie et les maladies chroniques.

¹ Suivi de la situation des enfants et des femmes, Rapport préliminaire.

CHPITRE : 01

- La faculté de médecine, laboratoire bio statistique, professeur MOKHTARI, enseignant des études supérieures, spécialiste des statistiques épidémiologiques et quelques pédiatres privés : docteur BENMANSOUR 35, rue de Mostaganem, et docteur TALEB BEN DIAB groupe de l'âtre Mirouchou.

Tous par l'appui de leurs propres observations et études effectuées au cours de ces dernières années, sont unanimes que les pratiques d'allaitement ne sont pas appliquées de manière optimale, connaissent une baisse vertigineuse au point de devenir un phénomène à problème majeur de la santé publique, pour de nombreuses raisons les plus importantes :

- Pénétration incontrôlable des substituts de lait maternel encourage le recours large des femmes à une alimentation artificielle inadéquate en raison d'usage facile.
- La vie urbaine, et l'éclatement des structures familiales privent des jeunes mères d'une expérience précieuse transmise à travers les âges.
- La reprise de l'activité professionnelle des femmes après leurs accouchements, leur séparation de leurs bébés rend la continuation de l'allaitement difficile.
- La majorité des femmes ne connaissent pas les avantages de l'allaitement au point de vue santé, ont une image incorrecte due aux croyances de longues dates malgré qu'elles ont acquis un certain niveau d'éducation, leurs connaissances en matière d'allaitement restent insuffisantes et erroné.

D'autre part, des entretiens effectués avec des femmes de différents milieux socio-économiques et culturels, provenant des quartiers privilégiés et défavorisés, sur si les services de soins de santé fréquentés, les prestataires de soins qui s'occupent de leur santé au cours de leur grossesse pendant leur séjour aux centres d'accouchement, et durant leurs soins postnatals, vous ont-ils prodigués des infirmations médicaux en matière d'allaitement, pour vous aider à supporter et réaliser de meilleures pratiques d'allaitement, malheureusement les réponses des femmes confirment que le seul souci des prestataires pendant les soins prénatals est de surveiller l'évolution de la grossesse et de gérer rarement ses éventuels problèmes, à l'accouchement, ils se confinent de sauver la vie de la mère et celle du nouveau-né et durant les visites postnatales, le sujet d'allaitement est complétement négligé.

2)-Choix de l'étude :

Depuis les années 80 et jusqu'à l'heure actuelle, le sujet de l'allaitement maternel exige une attention particulière dans la préoccupation de l'assemblée générale des nations-unies, il est un des objectifs prioritaires de la stratégie internationale, il s'avère en retard dans son rôle et son développement dans plusieurs pays notamment ceux qui sont en voie de développement.

Ces dernières années, des efforts sont effectués à son propos, pour qu'il soit amélioré et appliqué selon la nouvelle recommandation de la santé mondiale.

Actuellement la santé néonatale, la protection de la mère et de l'enfant, figurent parmi les dossiers importants inscrits dans la politique de la santé publique, dans laquelle, l'Algérie a donné priorité aux activités stratégiques ont pour objet d'actualiser et renseigner les femmes sur l'allaitement maternel, d'encourager la modification des politiques, des procédures et des

CHPITRE : 01

pratiques dans les hôpitaux et autres établissements de soins de santé, de former le personnel de santé pour prendre plus de conscience de l'importance d'allaitement maternel de ses objectifs et ses bénéfices interminables, pour avoir et assurer également une qualité de communication entre les femmes et les prestataires de soins qui vont à leur tour prodiguer à celles-ci les meilleurs avantages possibles, les bonnes méthodes d'allaitement qui les aident à allaiter de manière optimale et plus longtemps.

Malheureusement en réalité, la préparation prénatale des femmes à l'allaitement, l'information fiable après la naissance du bébé, les conseils médicaux et appropriés en matière d'allaitement lors leur séjour aux centres d'accouchement et pendant les soins postnatals sont complètement absents.

A l'heure ou l'allaitement au sein connaît un remarquable regain de faveur dans les pays développés grâce aux travaux de recherche dans ce domaine, et aux campagnes de sensibilisation de la population générale effectuées par de nombreuses associations internationales, et par l'application des stratégies efficaces qui protègent et encouragent l'allaitement, son déclin tend à s'accélérer et ne cesse pas de susciter de graves problèmes de la santé publique en Algérie et dans beaucoup d'autres pays en voie de développement.

3)-Problématique :

Au début de l'indépendance 1962 les travaux portant sur la survie et le développement de l'enfant algérien sont peu ou pas étudiés, d'ailleurs de nombreuses études en matière d'allaitement, malnutrition et d'autres sujets sont introuvables et les acteurs de premiers plans ont disparu.

Depuis 1970 jusqu'à 1989 plusieurs enquêtes sont effectuées comme l'enquête nationale des statistiques de population de 1970 (ENSP), l'enquête nationale algérienne sur la fécondité de 1986 (ENAF), et celle sur la mortalité et la morbidité infantile de 1989 (MMI), dans ces dernières, les objectifs se confinent à décrire les conséquences médicales, et étudier l'évolution de certains paramètres liés à l'alimentation de l'enfant en particulier l'allaitement.

A partir des années 90, ont débuté les enquêtes en grappes, à indicateurs multiples (MICS), se sont poursuivies avec « PAP.CHILD » enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant de 1992 (EASME), enquête « MDG Algérie de 1995 » et enquête algérienne sur la santé de la famille 2002 (EASF), ces enquêtes ont pour but d'évaluer des activités de plusieurs programmes, sont les premières qui ont consacré une étude relativement approfondie sur l'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants, notamment l'allaitement.

Malheureusement, dans ces enquêtes, plusieurs points en question ont été omis, pas de renseignements donnés sur la préparation physiologique, psychologique et technique aux femmes sur l'allaitement pendant les visites prénatales, aucune information sur les conditions de préparation des biberons, les règles élémentaires de leur stérilisation, les ustensiles employés et mal lavés, l'hygiène et la source d'eau utilisée surtout dans la dilution du lait en poudre, aucune instruction sur les conditions et le temps appropriés de la conservation de lait au sein et celui des nourrissons, l'absence de mention sur le soutien des époux, l'attitude et le devoir de l'entourage de l'allaitante durant toute la période de l'allaitement. D'après les

CHPITRE : 01

entretiens réalisés avec quelques pédiatres est spécialistes, lesquels témoignent que l'insuffisance d'informations correctes, manque de contact et de dialogue efficace entre les femmes et les prestataires de santé en matière d'allaitement, l'absence de prévention des dangers liés à l'usage méconnu de l'ensemble des points cités ci-dessus, tous ces faits semblent être les principales causes des problèmes de santé infantile. D'autre part, d'une décennie à l'autre, les études réalisées en Algérie auprès des femmes révèlent qu'elles sont nombreuses à donner le sein à leurs bébés dès la naissance, mais le phénomène le plus inquiétant leur abandon de plus en plus précoce de l'allaitement au sein au cours des trois premiers mois, cette désaffection est surtout observée dans les grandes villes, comme si ces femmes n'ont plus de lait ou l'allaitement maternel n'est plus le mode compatible à leur nouvelle vie, autrement dit, à leur situation socio-économique et culturelle actuelle.

C'est à partir de ces témoignages, l'abandon de l'allaitement maternel prend de l'ampleur à Oran, la question à la quelle ce travail a le souci de l'examiner de manière attentive afin de pouvoir déterminer les raisons qui sont en causes, la question de l'étude peut-être posée de la manière suivante :

Pourquoi les oranaises n'arrivent pas à allaiter leurs bébés exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie, et à partir de cet âge (6 mois) peuvent et doivent le continuer avec une nourriture complémentaire jusqu'à l'âge de deux ans ou plus selon la dernière recommandation de l'organisation mondiale de la santé ?

Pourtant la religion islamique, recommande aux femmes de prolonger la durée de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans, la phrase (FIKRA) tirée du coran portant sur l'allaitement est plus que révélatrice, extraite de sorath El-Bakara, verset (ayah 233, traduction du coran en langue française), le sens interprété du verset veut dire « Et les mères, qui veulent donner un allaitement complet, allaiteront leurs bébés deux ans complet... » car à cet âge que l'enfant aura complètement fini sa dentition, qui lui permettra finalement une alimentation diversifiée et solide. La durée de deux ans, est le temps qu'il faut pour que le cerveau du nouveau-né se développe, seul le lait maternel peut lui offrir et de manière adéquate les calories et les apports nécessaires des trois sources : les hydrates de carbone (sucre) les lipides (graisses) et les protéines pour garantir une croissance et un fonctionnement cérébral harmonieux au delà des deux ans.

La réalisation de ce travail, permettra de connaître les raisons explicatives de l'incapacité des oranaises d'allaiter de manière optimale, et pendant des périodes plus longues à travers leurs connaissances, attitudes et pratiques d'allaitement et les conséquences possibles sur le bien être de leurs enfants, ainsi que la santé publique.

4)-Hypothèses de l'étude :

Quelques hypothèses retenues vont aider à éclaircir les facteurs explicatifs de l'abandon de l'allaitement.

- Manque de connaissances des femmes sur les avantages de l'allaitement maternel plus la promotion du lait pour nourrisson, l'urbanisation croissante, et l'éclatement des structures familiales sont les causes parmi d'autres qui ont décliné l'allaitement maternel.
- Les attitudes négatives, et le désintéressement des prestataires de soins de santé, de préparer, informer les femmes sur l'allaitement pendant des visites prénatales, et de leur conseiller à le supporter plus longtemps après leurs accouchements et durant leurs soins postnatals.
- L'activité professionnelle des femmes, est un moyen favorisant un sevrage tôt qui rend la continuation de l'allaitement impossible.
- L'absence de soutien des personnes de l'entourage de la mère allaitante, en particulier l'époux, ce qui l'incite à abandonner précocement l'allaitement.

5)-Objectifs de l'étude :

L'étude de base s'est fixée les principaux objectifs :

- Apprécier le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques des femmes vis-à-vis l'allaitement.
- Contrôler le rôle des maternités, des services de soins de santé, l'information médicale et voir leurs politiques en matière d'allaitement.
- Vérifier les raisons des femmes favorisant leur abandon précoce de l'allaitement au sein.
- Identifier le devoir, le degré d'influence et de soutien de mari et des personnes proches de la femme allaitante sur ses pratiques d'allaitement.

Section 2 : Sources de données utilisées.

1)- sources de données utilisées :

Il est impératif, par la pertinence du sujet de recueillir un maximum d'informations en utilisant deux types de sources de données qui sont :

1.1)-Documentation :

Elle est d'ordre théorique, c'est une source de données qui existe déjà sur le sujet étudié, repose sur la collecte des informations par le biais de plusieurs ouvrages et documents, de divers centres de documentation universitaires et autres tels que :

- Centre d'études maghrébines en Algérie-Oran-es-sénia (CEMA).
- Centre de documentation de la faculté de médecine-Oran.
- Institut national des sciences médicales-Oran.
- Direction de la santé de la population d'Oran(DSP).
- Hôpital Canastel d'Oran.
- Polyclinique SAINT MICHEL-plateau- Oran.
- Documentation par internet.
- Interviews divers chercheurs, médecins en pédiatrie et autres spécialités.

1.2)- Enquête allaitement maternel (2009/2010) :

Elle a porté sur un échantillon de 153 femmes rencontrées dans des centres de protection maternelle et infantile, venues pour vacciner leurs enfants âgés de 18 mois. La réalisation de cette étude est basée sur :

- Elaboration d'un questionnaire.
- Choix raisonné des PMI (centre de protection maternelle et infantile).
- Enquête pilote.
- Tirage de l'échantillon.
- L'enquête.
- Exploitation des données.
- Résultats.

2) - Situation et diverses enquêtes nationales réalisées sur l'allaitement en Algérie :

Toutes les recherches effectuées en Algérie, à travers les années sur l'allaitement maternel affirment que les femmes nourrissent de moins en moins longtemps au sein. Certes sont nombreuses à donner le sein à leurs bébés juste après leur naissance, mais plus de la moitié l'abandonnent au cours des trois premiers mois pour de diverses raisons. Ce qui est déplorable, toutes les études démontrent et de manière alarmante que sont minoritaires celles qui offrent un allaitement optimal. Quant aux travaux réalisés portant sur la survie et le développement de l'enfant algérien sont multiples, mais seulement les recherches fin des années 80 et plus qui se sont intéressées de manière pointilleuse à l'étude de l'alimentation chez l'enfant, plus particulièrement l'allaitement maternel. Parmi ces recherches :

CHPITRE : 01

2.1)-Enquête sur la malnutrition (protéino-énergétique) 1975:

Les objectifs de l'enquête sont d'établir la prévalence de la malnutrition protéino-énergétique (MPC) des différents groupes de population et de mettre en évidence les facteurs de risque. L'enquête nationale s'est déroulée du 1 février au 31 mars 1975, dans 30 secteurs sanitaires, suite à un tirage aléatoire. Les variables étudiées sont le poids, la taille, le périmètre crânien, d'autres sont d'ordre socio-économiques et nutritionnelles. Les résultats de l'enquête montrent pour l'allaitement maternel que 89,9% des enfants de moins de 3 mois et 81% des enfants âgés de 3 à 9 mois bénéficient de l'allaitement au sein. Par ailleurs, à la naissance 5,10% d'enfants seulement sont nourris au biberon et 16,22% sont sevrés entre 0 et 6 mois. La médiane pour l'âge du sevrage se situe à 18 mois.

2.2)-Enquête nationale sur la mortalité et la morbidité infantile (1985/1989) :

A pour rôle de mettre en œuvre un programme entre 1985/1989, période pendant laquelle, l'objectif principal était la réduction de la mortalité infantile de 50% sans que celle-ci ne dépasse 80 pour mille dans une quelconque région du pays. C'est une enquête transversale à un seul passage. L'échantillon est de 25442 ménages ordinaires constitué de 30437 familles nucléaires qui comptaient 31443 survivants de moins de 5ans, 1502 décès du même âge et 1351 enfants âgés de moins d'un an survenus entre 1985 et 1988. Les résultats obtenus concernant la nutrition de l'enfant, 64,5% des survivants de moins de 2 ans reçoivent un allaitement au sein dont 38,6% d'allaitement maternel exclusif et 25,9% d'allaitement mixte. L'allaitement au sein exclusif est de 82,6% pour les moins d'un mois et de 17,4% pour ceux qui sont âgés entre 18 et 24 mois pour les deux sexes, 73% des enfants âgés de 2 à 11 mois bénéficient d'une alimentation diversifiée et 55,7% de ceux qui sont âgés entre 3 et 5 mois. Cette diversification est plus élevée chez les mères instruites, dans les zones agglomérées et dans le nord du pays.

2.3)-Enquête nationale santé (1990) :

Réalisée par l'institut national de santé publique en collaboration avec l'office national des statistiques dans le but d'établir des indicateurs sur l'état de santé de la population algérienne. Elle a pour objectifs déterminer par des enquêtes périodiques sur un échantillon de la population l'incidence des épisodes aigus au cours d'une période de 15 jours, la prévalence de certaines affections chroniques, la fréquence des causes de décès au cours d'une année, la fréquence et les motifs de consultation au cours d'une période de 3 mois, les facteurs liés à la morbidité, à la mortalité et à l'utilisation des services de santé. Il s'agit d'une enquête transversale par interview, réalisée en quatre périodes au cours de l'année 1990, sur un échantillon de 12041 ménages tirés par un sondage aléatoire au niveau de tous les secteurs sanitaires du pays. En effet, 70% des ménages résidaient en zone agglomérée et 30% en zone éparsée. Le nombre total d'individus est de 93680. Par ailleurs 11078 femmes en âge de procréer et mariées au moment de l'enquête ont été interviewées, 350 décès ont été enregistrés. Les résultats de l'enquête révèlent que l'allaitement au sein a concerné 93,4% des enfants. Sa durée moyenne est de 12,3 mois. L'âge moyen de la diversification alimentaire est de 7 mois (6,7mois en zone urbaine et 7,5 mois en zone rurale). 80% des enfants ont reçu une alimentation diversifiée à 10 mois.

CHPITRE : 01

2.4)-Enquête algérienne sur la sante de la mère et de l'enfant (EASME 1992) :

Réalisée avec la collaboration du ministère de la santé et de la population, de l'office national des statistiques et du projet arabe pour le développement de l'enfant (PAP CHILD). Elle a consisté en la collecte d'informations sur la mortalité infantile, la morbidité et les facteurs agissant sur la santé de l'enfant, les facteurs environnementaux, l'accès aux soins, la prévention, l'état nutritionnel et la santé de la mère. Le nombre de ménages enquêtés s'élève à 6133 comprenant 5626 femmes mariées et de la tranche d'âge (15 - 54 ans) et 5092 enfants âgés de moins de 5 ans. Les résultats obtenus montrent que l'allaitement au sein reste une pratique assez répandue. En effet, de 1987 à 1992, 91% des enfants ont été allaités. Trois nourrissons sur cinq (3/5) ont été allaités dans les 6 premières heures après la naissance et 50% ont été allaités plus de 9,9 mois (durée médiane). Par ailleurs la durée d'allaitement est plus longue en milieu rural qu'en milieu urbain (11,6 mois contre 5,8 mois). 50% des enfants sont nourris avec un autre lait à partir de l'âge de 2,8 mois.

2.5)-Enquête MDG Algérie 1995 :

Il s'agit d'une enquête nationale par sondage, sur les objectifs de la mi-décennie (MID DECADE GOALS = MDG ALGERIE) est une enquête de type MULTIPLE INDICATORS CLUSTER SURVEY (MICS), qui a pour but d'évaluer, à mi-parcours, le degré d'atteinte des objectifs du sommet mondial de l'enfance (NEW-YORK), réalisée en octobre 1995, auprès de 5145 ménages dont 53% en milieu urbain et 47% en milieu rural et comprenant 6008 mères et 13619 enfants de 0 à 14 ans, dont 32% de moins de 5 ans. Les résultats de l'enquête dans le tableau suivant, montrent que la situation de l'allaitement maternel dans les villes d'Algérie est :

Tableau n° 1 : Principaux indicateurs de l'enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie « MDG ALGERIE 1995 ».

Villes	Sein exclusif avant 04 mois (%)	Sein plus alimentation à 06 mois (%)
CNSTANTINE	63	37
ALGER	52	26
ORAN	24	19
SUD	46	41

Source : Un quart de siècle d'études sur la survie de l'enfant Algérien 1970-1995, p 32.

Alors que, la proportion des enfants nourris exclusivement au sein avant l'âge de 4 mois pour l'Algérie entière est de 48%.

2.6)-Enquête sur la sante de la famille(EASF2002) :

Réalisée en 2002, avec la collaboration du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, de l'office national des statistiques et la direction du projet de la ligue des états arabes, a pour objectifs de disposer des informations nécessaires en mesure de permettre aux décideurs des pays arabes d'analyser et d'évaluer les données afin de pouvoir planifier et de suivre les programmes et les diverses politiques de santé de la population. Il s'agit d'un sondage stratifié de deux degrés, le nombre des unités primaires ou districts est de 510, le nombre des unités secondaires ou ménages est de 40 par district et 20400 pour

CHPITRE : 01

l'échantillon élargi. La taille de l'échantillon des personnes âgées (60 et plus) est de 4343 et celle des jeunes (15 à 29 ans) est de 5440. Le plan de sondage a été élaboré d'une manière à disposer des informations au niveau des 4 grandes régions sanitaires qui sont : la région sanitaire (centre : 11 wilayas), la région sanitaire (ouest : 11 wilayas), la région sanitaire (est : 14 wilayas), et la région sanitaire (sud : 12 wilayas). Le tirage a donc été fait au sein de chaque région sanitaire, la base de sondage est constituée par l'ensemble des ménages ordinaires et collectifs lors du recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 1998. Les résultats de l'enquête montrent que l'allaitement au sein reste une pratique relativement répandue en Algérie. En effet 93% des enfants nés au cours des deux dernières années précédant l'enquête sont allaités au sein. 55% des enfants sont mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance, 56,5% des enfants sont nourris au sein au moment de l'enquête. Il y a seulement 4% des enfants sont allaités exclusivement au sein. 60% des enfants sont nourris au biberon. La durée médiane de l'allaitement varie selon le niveau d'instruction de la mère, elle est de 4,2% mois pour ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire et plus, et de 19,1% mois pour les enfants dont la mère est analphabète. L'introduction des aliments de complément se fait d'une manière très précoce. En effet 21,3% des enfants âgés de moins de 4 mois ont pris des tisanes la veille de l'interview, 15,5% ont consommé de l'eau sucrée. 6,2% des enfants ont pris du yaourt et 3,5% ont pris des aliments préparés à la maison. L'enquête a montré également que 59,5% des mères ont donné l'allaitement mixte à leurs enfants âgés entre 2 et 11 mois. Ainsi que 50% des enfants ont été sevrés de manière soudaine et 47,4% ont connu un sevrage progressif. Les raisons de non allaitement maternel concernent 41,1% des mères, 38,9% du milieu urbain et 43,3% de celles de la zone rurale.

2.7)-Enquête nationale a indicateurs multiples EDG : (MICS₃ Algérie 2006) :

L'échantillon tiré a été constitué dans le but de permettre de faire des estimations basées sur un grand nombre d'indicateurs concernant la situation des enfants et des femmes au niveau national et régional, en zones urbaine et rurale, et ce pour quatre régions sanitaires de l'Algérie (centre, est, ouest et sud). La base de sondage est constituée par l'ensemble des ménages ordinaires et collectifs recensés lors du recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 1998. Il s'agit d'un sondage stratifié à deux degrés au sein de chaque sous région, la taille de l'échantillon de l'enquête MICS3 a été calculée en fonction d'une représentativité nationale, régionale et selon les strates urbaine et rurale. Au total 29478 ménages, répartis uniformément à travers les 17 sous régions, ont été retenus, soit 1734 ménages par sous région. Les résultats de l'enquête en matière d'allaitement à l'échelle nationale et régionale sont :

- ✓ La première mise au sein moins d'une heure à l'échelle nationale est de 49,5%, à l'ouest est de 54,2%.
- ✓ Le taux d'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois est de 6,9%, à l'ouest est de 3,8%.
- ✓ Le taux d'allaitement continu au sein est de 46,5% et est de 27,7% à l'ouest.
- ✓ Le taux d'alimentation complémentaire commencé à temps est de 39% et de 26,7% à l'ouest.

2.8)-Enquête CAP sur l'allaitement maternel (2010) :

Le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, en collaboration avec L'INSP et L'UNICEF, prévoit de mener pour la première fois des campagnes de sensibilisation au niveau de la population générale (à l'échelle nationale) et des professionnels de santé. Les objectifs de l'enquête sont d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes algériennes vis -à- vis de l'allaitement maternel exclusif et d'estimer la prévalence de ce dernier. C'est une enquête nationale, qui s'est déroulée dans 46 wilayas, (parmi lesquelles : Oran), a touché 209 communes, 251 districts et 12098 ménages. Le travail (plan de sondage) est effectué sur 1/10 de la base de sondage (4168 districts). Tirage de l'échantillon des ménages à partir de ces 4168 districts, qui ont constitué la base de sondage. La taille de l'échantillon est calculée en tenant compte des résultats de l'enquête MCS3 / 2006, en partant de l'hypothèse (dernier recensement) que dans 18% des ménages, il existe au moins une femme allaitante, l'enquête a porté sur 12000 ménages répartis à travers 251 districts au niveau du territoire national, 6465 ménages répondant aux critères d'inclusion ont été retenus, au total 6668 femmes ont été enquêtées. La méthode de sondage utilisée est à deux degrés :

Premier degré : tirage des districts échantillons.

Deuxième degré : tirage des ménages échantillons.

Population d'étude auprès des ménages :

- Femmes ayant un enfant de moins de 2 ans, enceintes ou non.
- Femmes enceintes sans enfant.

Population d'étude auprès des professionnels de santé :

- (Secteur public et secteur privé) Sage femmes et accoucheuses rurale, des infirmiers (ères), puéricultrices et diététiciennes, exerçant dans une unité PMI.
- Médecins généralistes prenant en charge les femmes enceintes et les nourrissons de moins de 2 ans, des pédiatres et des Obstétriciens.

Au total, 4168 districts dont 2573 en zone agglomérée chef lieu, 621 districts en zone agglomérée secondaire et 974 districts en zone épars. Parmi ces 4168 districts, tirage de 251 districts de manière proportionnelle, soit :

154 districts en zone agglomérée chef lieu.

37 districts en zone agglomérée secondaire.

60 districts en zone épars.

Echantillons des ménages :

Tirage du tiers des ménages répondant aux critères d'inclusion qui composent chaque district échantillon.

CHPITRE : 01

Echantillon des personnels de santé :

Composé de tous les professionnels de santé, répondant aux critères d'inclusion, qui exercent dans les districts retenus dans l'enquête ménages. Les résultats de l'enquête montrent à l'échelle nationale :

70% des femmes ont des connaissances sur l'allaitement maternel.

67,9% des femmes ont des connaissances sur la durée de l'allaitement maternel exclusif (6 mois).

46,5% des femmes ont des connaissances sur le délai de la mise au sein (moins d'une heure).

82,3% ont des connaissances sur le rythme d'allaitement à la demande, alors que seulement :

12,1% ont la connaissance d'allaiter toutes les 2 heures.

92% des femmes enquêtées connaissent la technique de la mise au sein.

10,2% des femmes n'ont pas des connaissances sur les avantages de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant.

41,9% des femmes n'ont pas des connaissances sur les avantages de L'AM sur la santé de la mère, et 47,4% affirment qu'il protège contre certaines maladies.

94,7% des femmes savent que le lait industriel ne peut remplacer le lait maternel.

80% des femmes savent que le lait de vache n'a pas les mêmes qualités que le lait maternel.

9,7% seulement des femmes enquêtées savent que le lait maternel peut-être conservé.

164 femmes (3% des cas) parmi celles qui allaitent ou qui ont allaité ont conservé leur lait.

37,8% des femmes pensent que l'alimentation d'une femme allaitante doit-être différente en quantité et qualité.

45,2% des femmes ont des connaissances sur l'âge (6 mois) de la diversification alimentaire du nourrisson.

75,8% des femmes ont introduit l'allaitement mixte avant les trois premiers mois à cause de la reprise professionnelle.

25,8% des femmes ont donné un allaitement maternel exclusif jusqu'à 4 mois.

12% des femmes ont donné un allaitement au sein exclusif jusqu'à 6 mois.

Age au sevrage est inférieur à 6 mois dans plus de la moitié des cas.

- Dans près de 2/3 des cas, la femme a été préparée à l'allaitement maternel durant la grossesse.
- Préparation faite par la mère ou belle mère, plus rarement par le personnel de santé ou d'autres personnes de son entourage.
- Encouragement par le personnel de santé dans 17,9% des cas.
- Préparation par le personnel de santé dans 33,9% des cas.

D'après les résultats préliminaires (janvier 2010), l'enquête nationale sur l'allaitement maternel auprès des ménages et des professionnels de santé a conclu que les femmes ainsi que

CHPITRE : 01

les prestataires de soins de santé ont toujours des connaissances insuffisantes en matière de l'allaitement maternel.⁽¹⁾

3) -Thèses de doctorat sur l'allaitement maternel :

Les recherches de ce type sont relativement nombreuses, les plus rencontrées sont :

3.1)-Profil des déshydratations aiguës 1974 :

Thèse de doctorat en médecine faculté mixte de pharmacie, université d'Alger, 1974 présentée par : LARABA A. L'auteur tente à travers cette étude de situer la déshydratation aiguë au sein de la population d'étude au niveau de la région d'Ouargla et d'en préciser sa gravité. 115 nourrissons hospitalisés pour déshydratation aiguë dans le service de pédiatrie de l'hôpital de : Ouargla durant une période s'étalant sur 20 mois à partir de 1971 font l'objet de cette étude. Deux d'études ont été effectuées :

- Une étude rétrospective durant l'année 1972 portant sur 63 nourrissons déshydratés.
- Une étude prospective pour l'année 1973 et qui a 52 nourrissons déshydratés.

Le degré de la déshydratation a été apprécié grâce à des critères cliniques et biologiques. Deux procédés de déshydratation différents ont été utilisés. Les résultats obtenus indiquent que sur les 115 nourrissons hospitalisés, 47,8% sont des garçons et 52,2% sont des filles. La fréquence de la déshydratation est élevée entre 1 et 12 mois soit 87,3% en 1972 et 84,6% en 1973 par rapport à l'ensemble des enfants. Suivant le type d'alimentation, 24,3% des nourrissons sont allaités artificiellement et 23,4% soumis à un allaitement mixte.

3.2)-Devenir nutritionnel de l'enfant algérien de 0 à 36 mois 1983 :

Thèse de doctorat en sciences médicales, université d'Alger présentée par : BELATECHE F. L'objectif de ce travail est l'étude de l'évolution au cours de ces sept années de (1973 à 1981), de l'aspect qualitatif de l'alimentation du jeune enfant dans son environnement et de certains caractères anthropométriques simple, ainsi que l'étude de l'évolution de la prévalence du rachitisme. La population de l'étude sont des enfants âgés de 0 à 36 mois, d'un secteur urbain de la région d'Alger (EL MADANIA). Deux enquêtes transversales ont intéressé 639 enfants ; l'une s'est déroulée en septembre 1973, intéressant 300 enfants, l'autre en février 1981, intéressant 339 enfants. Les résultats des deux enquêtes révèlent que la durée moyenne de l'allaitement est de 6,1 mois en 1981 contre 7,8 mois en 1973. De plus, 41% des enfants sont allaités au-delà d'un an en 1973, alors qu'en 1981, 14,3% des enfants le sont. Pour la diversification de l'alimentation du jeune enfant, 14,3% des enfants reçoivent une alimentation lacto-farineuse en 1973, contre 2,3% en 1981.

3.3)-La diarrhée du jeune enfant 1985 :

Thèse de doctorat en sciences médicales présentée par : BELKHENCHIR D : étude épidémiologique, clinique et biologique. Les objectifs consistent à calculer de l'incidence de la maladie diarrhéique chez l'enfant de 0 à 2 ans, calculer le taux de mortalité par diarrhée,

¹ Enquête CAP sur l'allaitement maternelle 2010 :(première enquête nationale sur les connaissances, attitudes et pratiques auprès des femmes et des professionnels de santé).

- les enquêtes nationales et les thèses de doctorat sont de sources :

* Un quart de siècle d'études sur la survie de l'enfant algérien 1970-1995, UNICEF-OMS

* l'enfant algérien, produit par le fonds des nations-unies pour l'enfance (UNICEF) en Algérie -1993

CHPITRE : 01

préciser les facteurs intervenant dans le déterminisme de la diarrhée aiguë, préciser le profil de l'enfant sur le plan social, clinique et biologique, déterminer les caractéristiques de la diarrhée elle-même, étudier ces variations saisonnières, élaborer une stratégie de lutte contre la maladie diarrhéique tant sur le plan préventif que thérapeutique. C'est une étude prospective s'étalant du 30/05/1982 au 30/05/1983. L'échantillon est constitué de 423 enfants âgés de 0 à 2 ans et habitant les districts dépendant des unités de base de Zeralda centre et beni-messous centre (Alger). Les nourrissons, tirés au sort aléatoirement, sont divisés en 2 groupes selon l'âge. La population d'étude est représentée par 315 nourrissons qui n'ont fait l'objet d'aucune attention particulière de la part de l'équipe de santé, en dehors du fait de noter tout incident diarrhéique et procéder aux prélèvements de sang et des selles. Les résultats affirment que l'allaitement maternel protège contre la diarrhée, alors que l'allaitement artificiel est corrélé à cette incidence. La fréquence de la diarrhée chez le nourrisson nourris exclusivement au sein est de 27,3%. Elle est significativement plus élevée (48,4%) chez les nourrissons nourris au lait artificiel exclusif et à l'allaitement mixte.

4)-Divers travaux sur l'allaitement à Oran :

Quelques auteurs de bonne volonté, de diverses spécialités à Oran ont effectué des recherches sur l'allaitement maternel, les résultats de ces dernières affirment que celui-ci est aussi loin d'être pratiqué de manière optimale, ce qui a suscité une grande agitation de la part de ces Personnes intéressées au sort de l'aspect qualitatif de l'allaitement maternel. Actuellement ces auteurs s'inquiètent sur si la situation de l'allaitement maternel va s'aggraver et les incidences sur la santé mère-enfant seront inestimables et difficile à éradiquer. Malgré qu'il y ait des travaux d'allaitement en nombre assez conséquent, l'accès à la consultation n'était que pour quelques uns, mais les études de qualité sont celles qui ont fait des enquêtes de premiers cris d'alarme visant à réanimer en urgence l'allaitement maternel afin de pouvoir garantir une meilleure santé publique à Oran qui sont :

4.1)-Les risques du sevrage à Oran 2006/2008 :

C'est un travail collectif d'un groupe de pédiatres : K.BOUZIANE-NEDJADI, G. BOUDRAA, M.TOUHAMI, service de pédiatrie clinique de saint Michel plateau Oran. C'est un travail sur le sevrage et la diarrhée du sevrage, a pour objet : observer et décrire les interrelations entre l'alimentation, maladies infectieuses, essentiellement la diarrhée et l'état nutritionnel, la période de sevrage faisant l'objet d'une attention particulière. La population d'étude se constitue de 234 nouveau-nés, circonscrite à Oran, au quartier du plateau, de condition moyenne. Il s'agit d'une étude longitudinale (suivi de cohortes), à passages répétés (méthode de panel) pour une période de 02 ans de 2006 à 2008, tous les 21 jours, les prestataires de santé rendent des visites à domicile pour observer et décrire : les événements infectieux intercurrents, modifications de l'alimentation, croissance staturo-pondérale et l'étude de la flore colique en fonction du type d'allaitement. Les résultats de la recherche révèlent que les bébés dont les mères exercent une activité professionnelle sont sevrés à 05 semaines et les bébés dont les mères sont inoccupées sont sevrés à 08 semaines.

La même équipe a effectué dans la même période, une enquête transversale dans 03 centres de vaccinations d'Oran, mois : octobre-novembre 2006, pour un échantillon de 2000 enfants à vacciner âgés entre 01-18 mois. Les résultats obtenus montrent que 98% des bébés

CHPITRE : 01

à la naissance sont allaités au sein, moins de la moitié 42% continuent à être allaités au sein jusqu' à 6 mois, 30% seulement sont nourris au sein à l'âge de 12 mois et que 20% des enfants de 18 mois bénéficient de l'allaitement au sein et l'introduction des aliments de complément se fait à 2 mois. Les deux études ont conclu que : la durée moyenne de l'allaitement maternel à Oran est en dessous des recommandations de L'OMS et le sevrage précoce augmente l'incidence de la diarrhée et les infections respiratoires aiguës(IRA).⁽¹⁾

4.2)- Enquête CAP sur l'allaitement maternel chez le personnel féminin de L'EHS/ Canastel (2009) :

Réalisée par DR K.LOUNIS et DR N. NAIT. BAHLOUL. L'objectif de la recherche a pour évaluer le niveau de connaissances concernant l'allaitement maternel et mesurer sa fréquence et l'importance de sa pratique chez le personnel féminin de L'EHS. CANASTEL. Il s'agit d'une étude CAP (connaissances, attitudes, et pratiques). La taille de l'échantillon est (n=79) femmes prises au hasard de tous les services d'EHS. Canastel, la population enquêtée est âgée entre (20 - 45 ans) de situation familiale : 62% des femmes mariées, 36% des femmes célibataires, 2% des femmes veuves et 1% femme divorcée. De catégorie socioprofessionnelle : 51% du corps paramédical, 24% des médecins et 25% des administratives plus d'autres catégories. Les résultats obtenus sont :

2% des femmes pensent que la durée de l'allaitement maternel préconisée par L' OMS est à 1 mois.

5% des femmes pensent qu'elle est à 3 mois.

57% des femmes du personnel pensent qu'elle est à 6 mois.

36% pensent que la durée recommandée de l'allaitement au sein par L'OMS est à 2 ans.

78% des femmes connaissent le délai de la mise au sein (moins d'une heure).

62% des femmes pensent que les infections sont parmi les contres indications à l'allaitement maternel.

26% des femmes pensent que les médicaments sont parmi les contres indications à l'allaitement maternel.

12% pensent que les maladies chroniques sont parmi les contres indications à l'allaitement au sein.

41% des femmes du personnel ont allaité au sein.

59% des femmes du personnel n'ont pas allaité au sein.

Les femmes de la classe d'âge (20 – 24 ans) n'ont pas allaité au sein.

Les femmes de la classe d'âge (25 - 29 ans) ont allaité au sein jusqu'à l'âge de 2 mois.

¹ Les risques du sevrage à Oran. Intérêt des pré et probiotiques, K. Bouziane-Nedjadi, G. Boudraa, M.Touhami, Service de Pédiatrie « C » - CHU Oran, avril 2008

CHPITRE : 01

Les femmes de la classe d'âge (30 – 34 ans) ont allaité au sein jusqu'à l'âge de 12 mois.

Les femmes de la classe d'âge (35 – 39 ans) ont allaité jusqu'à l'âge de 6 mois.

Les femmes de la classe d'âge (40 – 45 ans) ont allaité jusqu'à l'âge de 2 mois.

Conclusion générale de l'étude est :

41% des mamans enquêtées disent avoir allaité leurs enfants (avec une durée moyenne de 7⁺ 1 mois) ce taux est faible, il mérite d'être corrigé par :

- ✓ Programme de formation et de sensibilisation en direction du personnel de la santé et des étudiants pour la promotion de l'allaitement maternel, en considérant l'ensemble de son environnement familial et en abordant les différents facteurs socio-économiques et culturels.
- ✓ Rappelons enfin qu'il faut contribuer au développement de l'initiative : hôpitaux amis des bébés. ⁽¹⁾

¹ Enquête CAP sur l'allaitement maternel chez le personnel féminin de l'EHS CANASTEL, Dr. K. LOUNIS- Dr. N. NAIT BAH, 2009.

Section 03 : Cadre conceptuel.

1)- Définition des différents concepts :

Dans cette section, l'étude va donner la définition exacte des principaux concepts clés que la recherche a utilisé, parmi ces derniers :

Allaitement exclusif :

Signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux ; le lait maternel exprimé est également accepté).

Allaitement optimal :

L'OMS et L'UNICEF ont établi trois principes pour un allaitement optimal :

- 1)- Commencer à nourrir le nouveau-né au sein dès que possible.
- 2)- Allaiter exclusivement (sans autres aliments solides ou liquides), jusqu'à ce que le bébé ait six mois.
- 3)- A partir de l'âge de six mois, allaiter avec des aliments complémentaires (donner des aliments appropriés pour cet âge, en plus du lait maternel) jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

Allaitement au sein ou prédominant :

Signifie que le lait maternel est la principale source de nourriture, ce qui inclut le lait exprimé; il permet l'eau, les liquides à base d'eau et les jus de fruits, de même que les médicaments et les gouttes de vitamines ou de sels minéraux, mais n'inclut pas les préparations commerciales pour nourrissons (laits artificiels) ou les liquides à base d'aliments.

Allaitement mixte :

Signifie que l'on nourrit l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts du lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou d'autres aliments.

Allaitement artificiel :

Signifie que l'enfant est nourri avec des préparations commerciales pour nourrissons ou du lait de vache sans être du tout allaité au sein ou recevoir de lait humain.

Préparation commerciale pour nourrissons :

Désigne le lait artificiel ou le lait industriel (l'expression « lait maternisé » est à éviter).

Allaitement idéal :

De six mois à au moins deux ans les nourrissons ont besoin d'autres aliments que le lait maternel. Les parents doivent commencer progressivement à donner aux bébés des denrées

CHPITRE : 01

liquides, semi-solides puis solides, et leur variété peut augmenter peu à peu. Cependant, la mère doit continuer à allaiter fréquemment le bébé sur demande, et donne à celui-ci des quantités de plus en plus importantes d'autres aliments après chaque tétée.

Substitut du lait maternel :

Désigne tout aliment commercialisé ou présenté d'une quelconque manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.

Montée laiteuse :

Celle-ci est « automatique » après l'accouchement chez toute femme. Elle est déclenchée par une hormone appelée la prolactine dont l'action est possible dès la chute des hormones de la grossesse. La montée laiteuse peut mettre quelques jours à être complète ; pendant ce temps, les seins produisent du colostrum ou premier lait.

Colostrum :

Il a presque la texture d'un gel, le contenant est unique, chaud et souple, le lait de début de tétée est aqueux et le lait de fin de tétée est crémeux. Pendant environ les trois premiers jours de sa vie, le bébé allaité reçoit du colostrum, dont la quantité et la composition diffèrent du lait mature. En moyenne, la quantité de colostrum ingérée dans les 24 premières heures de vie n'est que de 37 ml ; cette quantité peut toutefois varier de 7 à 123 ml (Hartmann, 1987). Le colostrum constitue la première immunisation du bébé, par son contenu en immunoglobulines et autres facteurs de protection.

Sevrage :

Le sevrage est l'arrêt de l'allaitement au sein ; mais il ne doit pas être brutal et l'on a donc généralement une période où la part du lait maternel est de plus en plus réduite. Le sevrage ne peut être possible qu'avec la diversification alimentaire et il peut s'envisager de trois manières :

- Imposé par le tarissement de la lactation ou la survenue d'une affection grave.
- Décidé par la mère après une période minimale de six mois.
- « Demandé » par l'enfant lui-même qui se désintéresse à l'allaitement tout en acceptant fort bien les autres aliments. Ce type de sevrage est considéré le plus naturel « idéal » car cette période coïncide souvent avec le renforcement de la dentition ; l'enfant est alors apte à la nourriture solide et à l'arrêt de la prise de lait maternel.

Diversification alimentaire :

Introduction dans les repas de l'enfant d'aliments solides ou liquides autres que le lait maternel ou le lait industriel pour bébé.

CHPITRE : 01

Méthode d'aménorrhée due à l'allaitement :

Cette méthode est efficace et temporaire et peut être utilisée à condition que les trois critères suivants soient tenus :

- Les règles de la mère n'ont pas recommencé « en période d'aménorrhée ».
- Le bébé bénéficie d'un allaitement complet ou quasi-complet et fréquent, de jour comme de nuit, et
- Le bébé a moins de six mois.

Le label « Hôpitaux amis des bébés » :

Pour obtenir le "Label" un rapport favorable d'un inspecteur international, de trois membres du comité "I.H.A.B", un membre O.M.S / U.N.I.C.E.F. est essentiel. A cet effet, les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés doivent satisfaire à un certain nombre de critères d'admissibilité:

- A)- Autoévaluation (le service juge lui-même ses pratiques en remplissant le questionnaire d'autoévaluation afin de savoir où l'équipe se situe par rapport aux dix conditions.
- B)- Projet de service (élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action concernant les changements nécessaires pour atteindre les standards minimums).
- C)- Déclaration de mise en route vers le label (déclaration non obligatoire qui formalise l'engagement vers le label).
- D)- Attribution du label ou (le certificat d'engagement après évaluation). Suivi et réévaluation (le label est attribué pour une durée de 4 ans au terme de laquelle l'établissement demande une réévaluation pour conserver son statut. Il est demandé aux équipes de s'assurer que leurs pratiques continuent à répondre à des normes élevées.

Centres de protection maternelle et infantile « PMI » :

Dans ces centres de « PMI » la santé de la mère et celle de l'enfant sont prises en charge en reposant sur quelques axes principaux :

La surveillance des grossesses,

La prévention de l'anémie,

La lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle,

La lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle,

La sensibilisation à l'espacement des naissances.

La surveillance de la croissance et le développement des jeunes enfants,

CHPITRE : 01

La prévention contre la morbidité et la mortalité infantile,

La vaccination des bébés et des jeunes enfants,.....

Conclusion du premier chapitre :

Les études disponibles tirent une sonnette d'alarme face à cette dégradation qui caractérise la pratique de l'allaitement maternel à l'échelle nationale :

- Depuis 1962, toutes les enquêtes effectuées pour estimer la prévalence de l'allaitement maternel ont un caractère régional ou individuel.
- En 1975, pour la première fois une enquête a été réalisée à l'échelle nationale, sur la malnutrition : « protéino-énergétique » de l'enfant Algérien, cette étude a permis de vérifier la situation de l'allaitement maternel et de le déclarer comme élément de base de l'alimentation du nourrisson Algérien.
- En effet, 89,9% des enfants âgés de moins de 3 mois et 81% des enfants âgés de 6 à 9 mois ont bénéficié de l'allaitement maternel.
- Cependant, 5,10% seulement des enfants sevrés à la naissance, et 16,22% entre 0 et 6 mois.
- La médiane pour l'âge du sevrage était à 18 mois.
- En 1995, une enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie « MDG ALGERIE », montre que la proportion de nourrissons âgés entre 6 à 9 mois nourris au sein avec complément d'aliment a chuté à 54% pour atteindre 38% en 2000 selon l'enquête « MICS2 », et se maintenir à 39% en 2006 selon l'enquête « MICS3 », alors qu'elle était de 81% en 1975. L'allaitement maternel exclusif à 4 mois qui était de 56% en 1995, est passé respectivement à 15,9% et à 10,4% selon les résultats de l'enquête « MICS 2 » 2000 et « MICS 3 ». D'une décennie à l'autre les données quantitatives des enquêtes nationales révèlent que les femmes allaitent de moins en moins longtemps. En effet, même si elles sont majoritaires à allaiter leurs bébés dès la naissance, plus de la moitié abandonnent l'allaitement au sein au cours des 3 premiers mois pour diverses raisons. De plus, les femmes qui offrent un allaitement maternel exclusif sont minoritaires selon la dernière enquête « MICS 3 » 2006, sont à peine 10%. Il apparaît donc clairement que l'allaitement maternel qui est reconnu comme étant l'alimentation de choix pour un nouveau-né, malgré ses qualités nutritionnelles et immunologiques certaines pour le développement et la survie de l'enfant Algérien, a subi au cours de ces 3 dernières décennies un recul de pratique très important.

CHAPITRE II

Chapitre 2 : Cadre théorique

Section 1 : Allaitement maternel

1)-Pourquoi allaiter ?

Nombreuses sont les personnes qui s'interrogent sur l'allaitement maternel. Il est maintenant reconnu que c'est le mode d'alimentation par excellence pour tous les nourrissons et largement accepté partout dans le monde, même dans les sociétés les plus industrialisées, puisque les connaissances des bénéfices du lait maternel se précisent de jour en jour qui ont trait à la santé de la mère, à la santé et développement intellectuel et physique de l'enfant ainsi que pour les familles et au bien-être de la société, tous ces avantages sont de plus en plus confirmés par la littérature sur le sujet, ce qui a soulevé un mouvement mondial qui a pour objectif de protéger, soutenir et faire la promotion de l'allaitement maternel, en proposant des stratégies internationales visant à ce que toutes les femmes du monde aient la possibilité d'allaiter et de prendre une décision éclairée à ce sujet après avoir reçu une information complète et à ce que les familles reçoivent le soutien et l'encouragement appropriés dans un milieu qui favorise vivement l'allaitement au sein.

2)-Avantages de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant et celle de la mère :

L'allaitement est la manière la plus saine et la plus sûre de nourrir la plupart des bébés. Le lait maternel est complet dans sa composition nutritionnelle. Il comprend une combinaison de graisses, de protéines, d'hydrates de carbone et d'autres nutriments et de facteurs de croissance essentiels qui permettent de répondre intégralement aux besoins nutritionnels des nouveau-nés et des enfants. Le lait maternel est parmi les principaux piliers et axes des programmes de lutte contre la morbidité, mortalité maternelle, périnatale et infantile. De nombreuses études récentes dans le monde ont constaté un meilleur développement de santé chez les enfants nourris au sein, et affirment qu'il est actuellement l'aliment idéal et sans égal pour la santé de la mère et de l'enfant par les avantages suivants :

1 – La composition du lait maternel :

Protéines solubles, spécifiques, digestes, lipides livrés avec leurs enzymes, hydrates de carbone, en quantité suffisante, sous forme de lactose qui est plus facile à digérer, essentiels pour le développement cérébral, sels minéraux, rapport phosphore / calcium adéquat, biodisponibilité adaptée aux besoins du nourrisson (Fe +, Na +, K +, Cl -). Les vitamines nécessaires pour les 06 premiers mois sont apportées par le lait maternel sauf pour la vitamine D, ou il faut supplémenter le nourrisson à 1 mois à 6 mois. L'eau est apportée en quantité suffisante.

Facteurs de protection du nouveau-né : le colostrum est riche en immunoglobulines IgA, lactoferrine une enzyme, aide à l'absorption du fer, lysosomes, lymphocytes, facteurs bifidus inhibant la croissance bactérienne et protégeant contre l'infection.

2 – Le lait maternel contient un modulateur spécifique permettant une croissance normale, optimale et un développement sain.

3 – Le lait maternel diminue le risque d'allergies, par la spécificité de ses protéines.

4 –Le bébé a besoin de trois : chaleur, nourriture et contact physique, sont tous comblés par l'allaitement au sein et aide à éliminer la bilirubine.

CHAPITRE : 02

- 5 – Renforce l'immunité du bébé, les anticorps passent de la mère à son bébé dans le lait.
- 6 – Le bébé digère mieux le lait de sa mère.
- 7 – Lors d'une gastro-entérite, la mère passe les anticorps au bébé dans son lait.
- 8 – Les tétées fréquentes assurent la disponibilité de lait en quantité et qualité, diminuent les risques de jaunisse.
- 9 – Bon exercice pour la mâchoire du bébé.
- 10 – Le lait maternel protège contre les caries dentaires.
- 11 – L'allaitement réduit le risque de mortalité pendant la première enfance (moins d'un an).
- 12 – L'allaitement protège contre les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, gastro-intestinales, la pneumonie, et les infections de l'oreille moyenne.
- 13 – L'allaitement peut aider à réduire la susceptibilité aux maladies chroniques ultérieures, comme le diabète type 2 et l'asthme, réduire l'apparition de certains cancers chez les enfants, comme la leucémie et les lymphomes.
- 14 – Diminue l'obésité plus tard.
- 15 – L'allaitement maintient une bonne santé cardiovasculaire à l'âge adulte (cholestérol, hypertension, et diabète type 1...)
- 16 – Adapté aux besoins du bébé prématuré.
- 17 – Le lait maternel seul, contient certains acides gras polyinsaturés à longue chaîne, qui sont essentiels au développement du cerveau et de la vision.
- 18 – Le lait au sein a un effet protecteur contre le syndrome de mort subite du nourrisson.
- 19 – Aide les enfants nés avec une insuffisance de poids d'avoir une croissance plus rapide et de rattraper plus rapidement leur poids normal.
- 20 – Assure un bon développement intellectuel et cognitif chez les allaités.
- 21 – Les bébés se calment et s'endorment facilement au sein, sont plus intelligents que les bébés alimentés aux biberons.

L'allaitement maternel est bénéfique pour la mère aussi :

A – Ces bénéfices se produisent parce que l'ocytocine, une hormone libérée dans le corps lorsqu'une femme allaite dans l'heure qui suit la naissance, stimule les contractions utérines, ces dernières aident à :

B – Expulser le placenta et diminuer l'hémorragie puerpérale.

C – Accélérer l'involution (retour précoce de l'utérus à sa taille normale).

D – Être un moyen efficace de contraception au cours des six premiers mois à condition qu'il soit exclusif, avec aménorrhée et tétées nocturnes fréquentes.

E – Tarder le retour des menstruations.

F – Freiner les fonctions ovulaires et réduire les risques d'une nouvelle grossesse à moins de 2%.

CHAPITRE : 02

G – Réduire les risques de cancer du sein en pré ménopause, cancer épithélial de l’ovaire ainsi que les risques d’ostéoporose.

H – Assurer une meilleure santé des os, une densité osseuse plus élevée chez les femmes qui ont allaité.

I – Diminuer le risque de fracture de hanche plus tard chez les femmes qui ont allaité pendant de plus longues périodes.

J – Réduire chez la femme, le niveau d’hormones sécrétées en réponse au stress, comme le cortisol et l’Acth, qui à leurs tour ont pour diminuer l’anxiété associée aux soins donner à l’enfant, pour conserver l’énergie nécessaire à la production du lait, et d’augmenter la réponse immunitaire durant la période du post- partum.

K – Aider la femme qui allaite à perdre des kilos après la grossesse.

L – Protéger contre l’arthrite rhumatoïde.

L’allaitement maternel entraîne également d’autres bénéfices :

- Le lait maternel est prêt à l’emploi et sans manipulation.
- Le lait maternel est disponible 24/24 heures.
- Le lait maternel facilite et renforce les liens affectifs entre la mère et son enfant (langage sans parole).
- Toujours prêt, gratuit et en bonne température.
- Ne tache pas les vêtements.
- Economise l’énergie de la mère, de kilowatt et le temps (rien à préparer, mélanger, chauffer, et laver).
- Permet de voyager plus facilement.
- Ecologique : pratique naturelle, contribue à réduire l’émission des gaz, l’utilisation des matériaux d’emballages non biodégradables.

3)-Contre-indications à l’allaitement maternel :

Sont rares. En fait, l’allaitement est contre-indiqué dans le cas des nourrissons souffrant de galactosémie congénitale (rare), l’intolérance au lactose (exceptionnelle), la psychose maternelle grave, et de mères atteintes du VIH dans les pays industrialisés. Une étude récente permet cependant de croire qu’un allaitement exclusif pendant les premiers mois pourrait protéger l’enfant contre la transmission du VIH de la mère (Coutsoudis et autres, 1999). Des recherches actuellement en cours pourraient confirmer cette hypothèse aux conséquences des plus importantes, particulièrement pour les pays où la population n’a pas accès aux médicaments recommandés. Dans le cas des mères qui consomment des drogues illégales ou font un abus d’alcool, il faudra procéder à une évaluation individuelle afin de déterminer si elles peuvent allaiter. Il est rare, cependant, que l’usage de médicaments soit une contre-indication à l’allaitement maternel de façon temporaire ou définitive (American Academy of Pediatrics, 1997).

4)-Différences point de vue biochimique entre l'allaitement maternel et l'alimentation avec des préparations commerciales pour nourrissons :

Le lait maternel est unique, vivant, adapté à l'enfant selon son âge et selon le moment de la tétée. Bien que les fabricants des laits artificiels tentent de mettre dans les préparations commerciales pour nourrissons les mêmes quantités de nutriments (dont les protéines, les gras et les sucres) que celles contenues dans le lait au sein, la qualité des éléments de base n'est pas la même (ex. : acides aminés, acides gras). Le lait maternel compte de multiples constituants qu'il est impossible d'inclure dans la préparation commerciale pour nourrissons. Au terme de comparaison de la composition biochimique entre le lait de femme et les laits artificiels, il s'avère que : le lait de femme contient trois fois moins de protéines que le lait de vache tout simplement parce qu'un enfant grossit trois fois moins vite qu'un veau. Quand un enfant est nourri au lait de vache, à un excès en protéines, son foie et ses reins sont obligés de travailler plus et deviennent gros que normalement. Malgré que les industriels se sont attachés à baisser le taux de protéines dans les nouveaux laits, ces dernières resteront étrangères susceptibles d'être mal supportées par certains nourrissons (allergiques aux protéines du lait de vache). Les glucides ce sont des éléments nécessaires à la vie énergétique du corps. Le galactose est le sucre le plus important pour le développement du cerveau, celui-ci chez l'être humain se développant plus vite que celui du veau, le lait de femme est deux fois plus riche que le lait de vache en galactose. Cette différence tend à être corrigée dans les « laits adaptés ». Les lipides ce sont des éléments énergétiques, surtout les graisses dites « désaturées » sont importantes pour le tissu cérébral. Le lait de femme, qui doit assurer une bonne croissance du cerveau du bébé, en est pourvu ; à l'inverse le lait de vache n'en a pratiquement pas. Ce point a fait aussi l'objet de l'attention de l'industrie laitière. Un autre type de graisses, le cholestérol considéré comme une « mauvaise » graisse car il joue un rôle dans la genèse de certaines maladies or, il y a plus de cholestérol dans le lait de mère que dans le lait de vache. Il permet à l'organisme du bébé d'apprendre à reconnaître ce produit et de synthétiser une enzyme qui lui permettra par la suite d'attaquer les excès de mauvais cholestérol toute sa vie. A l'inverse, un enfant nourri à un lait pauvre en cholestérol (même les laits humanisés) se défendra moins par la suite contre les excès de ce produit dans son alimentation d'adulte. Cependant, il y a beaucoup plus de chlorure de sodium dans le lait de vache que dans le lait de femme, et les excès de sel ont un rôle néfaste sur le développement des organismes du bébé. Il y a trois fois plus de calcium dans le lait de vache que dans le lait de femme, les nourrissons alimentés au lait de vache ont besoin de plus de vitamine D (intervenant dans l'utilisation du calcium) que ceux nourris au lait de femme pour éviter le rachitisme. Quant aux hormones, le lait de femme contient un certain nombre de produits appelés hormones, qui jouent divers rôles dans le fonctionnement de l'organisme. Jusqu'à présent, même les laits dits « maternisés » n'ont pu tenir compte de ces substances. Le lait de vache doit être pasteurisé et débarrassé de ces germes pour être prêt à la consommation, tandis que le lait de mère est adapté indemne de tout germe. De plus, le lait maternel apporte un certain nombre d'éléments aidant l'enfant à se défendre contre les agressions microbiennes de son environnement. ⁽¹⁾ Parmi ces éléments **le colostrum** : a presque la texture d'un gel, le contenant est unique, chaud et souple, le lait de début de tétée est aqueux et le lait de fin de tétée est crémeux. Pendant environ les trois premiers jours de sa vie, le bébé allaité reçoit du colostrum,

¹ L'allaitement maternel, SI AHMED S.R, entreprise nationale du livre, Algérie 1989.

dont la quantité et la composition diffèrent du lait mature. En moyenne, la quantité de colostrum ingérée dans les 24 premières heures de vie n'est que de 37 ml ; cette quantité peut toutefois varier de 7 à 123 ml (Hartmann, 1987). Le colostrum constitue la première immunisation du bébé, par son contenu en immunoglobulines et autres facteurs de protection. La composition des préparations commerciales pour nourrissons est quant à elle uniforme du début à la fin du biberon, d'une heure à l'autre et d'une journée à l'autre. **Les substances protectrices (anticorps) :** La mère a la faculté de les transmettre de son sang vers celui de l'enfant pendant la grossesse puis par son lait. Les anticorps contribuent activement à la protection du bébé contre les infections, comme les immunoglobulines IgA, le protègent des micro-organismes susceptibles de provoquer une infection dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie, et des facteurs de défense de l'hôte, comme la lactoferrine, offrent une protection spécifique contre des bactéries pathogènes (ex. : *Escherichia coli*). En plus de fournir les éléments essentiels à la croissance et à la protection immunologique du nouveau-né, le lait maternel pourrait également entraîner par sa composition unique, une sorte de programmation biologique pour la protection à long terme contre certaines maladies (Barker et autres, 1989; Cunningham et autres, 1991). Le lait change de goût selon l'alimentation de la mère (Mennella, 1995). Le lait maternel est une source d'alimentation sécuritaire et pratique car il est toujours prêt, gratuit, à la bonne température, peu importe la situation et le lieu où l'on se trouve (ex : inondations ou pannes d'électricité). Il représente une source alimentaire sûre, assurée, sans danger, nutritionnellement complète. L'appui actif de tous les secteurs de la société incitera un plus grand nombre de mères à allaiter, et à allaiter plus longtemps ; il incitera aussi plus d'institutions publiques à être reconnues comme "amies des bébés" et améliorera la sécurité alimentaire, la nutrition, la santé et le développement de nos nourrissons. L'alimentation artificielle constituée de préparations commerciales pour nourrissons est pourtant une pratique courante dans notre société, bien qu'elle augmente les risques de maladies chez l'enfant pour plusieurs raisons. D'une part, nombre de substances, comme les anticorps, ne peuvent être reproduites et ajoutées dans ces préparations. D'autre part, Walker (1993) déclare que ces préparations industrielles sont douteuses et dangereuses à cause d'erreurs de mesure ou d'ingrédients, et peuvent contenir des contaminants chimiques ou bactériens. Des risques supplémentaires proviennent d'erreurs potentielles, de la part des utilisateurs, dans la préparation des produits vendus sous forme concentrée.⁽¹⁾

5)-Importance de l'allaitement exclusif et de sa durée :

Les études des dernières années montrent que les effets de l'allaitement maternel sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant sont souvent liés à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement : plus ces deux dernières sont importantes, plus l'effet (ou la réponse) est aussi important. Une étude américaine a ainsi montré que plus l'enfant recevait de lait maternel pendant les six premiers mois de vie, moins il risquait de souffrir d'une otite ou de diarrhée (Scariati et autres, 1997). Une autre étude rapporte un risque deux fois plus élevé d'otite chez les enfants de 6 mois non allaités, comparés à ceux qui ont été allaités exclusivement pendant six mois, alors que les enfants qui ont reçu un allaitement mixte présentent une différence moins marquée avec les enfants non allaités (Duffy et autres, 1997). Par ailleurs, un effet relié à la durée et à l'exclusivité a également été observé dans une étude danoise (Vestergaard et autres,

¹ L'allaitement maternel, LIGNES DIRECTRICES, OMS, Septembre 2001

1999) dont les résultats permettent de croire que plus les enfants sont allaités longtemps de façon exclusive, plus leurs capacités motrices et langagières sont développées. Une étude australienne rapporte de son côté une réduction du risque d'apparition de l'asthme chez l'enfant si on lui procure un allaitement exclusif jusqu'à au moins 4 mois (Oddy et autres, 1999). Quant au risque de développer une anémie ou une carence en fer, il est relativement faible chez les enfants allaités. Bien que le fer soit présent en faible quantité dans le lait maternel, il a une grande biodisponibilité et son taux d'absorption est élevé tant que l'allaitement est exclusif. Ainsi, l'absorption du fer se fait moins bien lorsque le lait humain est en contact avec d'autres aliments dans l'intestin grêle (Saarinen et Siimes, 1979). Plusieurs études ont aussi démontré que, même dans les pays chauds, le niveau d'hydratation des enfants allaités exclusivement était adéquat, qu'ils soient de poids normal (Sachdev et autres, 1991 ; Ashraf et autres, 1993) ou de faible poids (Cohen et autres, 2000). Des suppléments d'eau sont donc inutiles et même déconseillés puisqu'ils peuvent diminuer l'apport de lait maternel chez l'enfant (Sachdev et autres, 1991). De même, plusieurs avantages de l'allaitement maternel pour la mère sont liés à sa durée et à son exclusivité. L'effet contraceptif (WHO, 1998 ; WHO, 1999) et la diminution du risque de cancer du sein en pré-ménopause en sont des exemples (Newcomb et autres, 1994 ; Labbok, 1999).

6)-Les organismes internationaux conseillent de privilégier l'allaitement exclusif pendant six mois :

L'Académie américaine de pédiatrie et l'UNICEF recommandent déjà depuis plusieurs années que l'allaitement soit exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant. L'OMS a réalisé en 2001 une consultation auprès d'un groupe d'experts sur la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif. Les recommandations de ce groupe (OMS, 2001), qui s'appliquent aux populations mondiales, ont été entérinées par la récente Assemblée mondiale de la Santé : elles concluent aussi qu'il faut prolonger la durée de l'allaitement exclusif à six mois par rapport à l'ancienne plage de quatre à six mois. Les raisons de cette nouvelle recommandation incluent des effets protecteurs marqués contre les infections gastro-intestinales chez les nourrissons ainsi que l'aménorrhée secondaire à la lactation prolongée et la perte de poids postpartum accrue chez les mères. On craignait que cette recommandation provoque une carence en fer, d'autres carences en micronutriments et une diminution de la croissance chez les nourrissons susceptibles. Ces craintes concernaient les populations dans lesquelles l'alimentation maternelle était douteuse et où les nourrissons présentaient de fortes carences de fer, de Zinc et de vitamine A. Cependant, on estime que l'augmentation mondiale de 8% de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois a permis d'éviter 1000.000 de cas de mortalité infantile, de réduire de 600.000 cas des troubles de la fertilité et d'épargner aux pays des milliards de dollars de préparations lactées inutiles. Des experts en nutrition avouent que des recherches approfondies effectuées sur l'alimentation des nourrissons, aucun dommage démontré à propos de la nouvelle recommandation, et la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois va offrir aux futures générations quelque soit leur situation socio-économique, le meilleur développement, qui soit sur les plans : physique, psychologique, affectif et cognitif. Par ailleurs, il faut tenir compte du besoin de fournir un soutien social et nutritionnel suffisant aux femmes allaitantes. ⁽¹⁾

¹ American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 115(2), February 2005, pp. 496-506.

7)- Les facteurs associés à la décision d'allaiter et à la durée de l'allaitement :

Les mères et les pères considèrent que le type d'alimentation de leur nouveau-né provient d'un choix : le sein ou le biberon. La majorité des parents d'aujourd'hui ont été nourris au biberon et les compagnies qui commercialisent les laits artificiels leur présentent souvent le produit comme une préparation presque équivalente au lait humain, « presque comme le lait de maman », « plus proche du lait maternel qu'elle ne l'a jamais été », etc. Or, si elles veulent prendre une décision éclairée, les femmes et les familles doivent recevoir une information juste et suffisante, basée sur des recherches scientifiques valides. Elles doivent aussi être au fait des exigences liées à l'allaitement, des problèmes qui peuvent survenir pendant cette période et des façons d'y remédier. La décision de ne pas allaiter n'est pas facilement réversible : lorsqu'une mère a commencé à nourrir son enfant avec des préparations commerciales, il lui est fort difficile de changer pour le sein, et ce, même en cas de problème avec l'utilisation des préparations.

8)- La décision d'allaiter :

La décision d'allaiter et de poursuivre l'allaitement procède de plusieurs facteurs. En ce qui concerne les facteurs d'ordre sociodémographique, on constate que dans les pays industrialisés, les mères issues des classes moyenne et supérieure, qui ont un degré de scolarité assez élevé, qui sont mariées et qui ne fument pas, sont plus nombreuses à décider d'allaiter (Bergman et autres, 1993 ; Gilbert et Lepage, 1996 ; O'Leary et autres, 1997). Des facteurs psychosociaux liés à la mère, tels que ses connaissances sur l'allaitement, son attitude envers ce mode d'alimentation et son degré de confiance en elle, semblent aussi associés à l'intention d'allaiter, à la durée anticipée de l'allaitement et au degré de motivation. La décision d'allaiter est prise tôt pendant la grossesse, et souvent dès avant la conception (Bergman et autres, 1993 ; Lepage et Moisan, 1998). Le soutien social est également associé à la décision d'allaiter. Une enquête rapporte que les mères qui ont décidé d'allaiter sont celles qui avaient reçu plus de soutien de type informatif (Matich et Sims, 1992). Le conjoint joue également un rôle important. Il peut influencer la décision de la future mère et être une source de soutien dès la première tétée et tout au long de la période d'allaitement. Les pères doivent être informés des avantages de l'allaitement et des risques associés à l'utilisation des préparations commerciales. Il est important de corriger les croyances parfois erronées qu'ils entretiennent à l'égard de l'allaitement ou le fait qu'ils le perçoivent comme une barrière à l'établissement de la relation avec leur nouveau-né (Giugliani et autres, 1994 ; BrombergBar-Yam et Darby, 1997). Dans une enquête américaine, les pères ayant déjà eu un enfant allaité, ceux ayant participé à des rencontres prénatales et ceux ayant reçu de l'information sur l'allaitement de la part des professionnels de la santé ont démontré plus de connaissances sur l'allaitement (Giugliani et autres, 1994). Les femmes dont le conjoint approuve l'allaitement ont quant à elles plus de chances de commencer et de poursuivre l'allaitement (Littman et autres, 1994). Donc pour influencer la décision d'allaiter, il est important de prendre les critères cités ci-après en considération en moment d'élaborer des programmes d'actions locaux et d'analyser leur impact qui sont : l'âge de la mère, mode de vie, expérience précédente d'allaitement, niveau d'études, emploi, classe sociale, origine culturelle et ethnique, opinion à l'égard de l'allaitement, statut marital, taille et soutien de la famille, modèles de référence, âge gestationnel, poids de naissance, santé du nouveau-né, et le mode d'accouchement.

9)-La poursuite de l'allaitement :

Certains facteurs peuvent également influencer sur la durée de l'allaitement. Par exemple, les femmes ayant pris leur décision tôt pendant la grossesse auraient plus de chances d'atteindre leur objectif quant à la durée d'allaitement (O. Campo et autres, 1992 ; Losch et autres, 1995). D'autre part, si la femme est bien informée, préparée et encouragée, la confiance en sa capacité d'allaiter augmentera, ce qui contribuera à sa motivation, qui pourra à son tour influencer sur la durée de l'allaitement (O.Campo et autres,1992 ; Quarles et autres, 1994). La poursuite de l'allaitement dépend également des : soins prénatals prodigués, accompagnement pendant l'accouchement et dans les jours suivants, soins postnatals, soutien des professionnels et aux activités bénévoles qui reposent sur l'information correcte et scientifique, l'éducation sanitaire appropriée, et la communication permanente avec le personnel qualifié.

10)-Le soutien social :

Selon une étude de Reamer et Sugarman publiée en 1987, 74 % des femmes qui allaitent plus d'un an disent que la stigmatisation sociale et l'attitude négative de la société en général, en ce qui concerne l'allaitement prolongé sont les principales difficultés qu'elles ont dû affronter. La plupart de ces facteurs reflètent les normes culturelles et sociales auxquelles les mères, les pères et leurs familles sont exposés. La raison pour laquelle, les stratégies qui supportent les mères qui allaitent doivent inclure des personnes de l'entourage, préalablement informées sur l'importance inestimable de l'allaitement qui peuvent conseiller et influencer les mères à donner le sein à leurs enfants, principalement sont les époux, les mères, belles mères, d'autres membres de la famille, les amis, les membres de groupes de support pour l'allaitement de la communauté, les médias, les associations et leurs activités bénévoles en matière d'allaitement, plus, certainement les prestataires et les établissements de soins, ainsi que les lois et politiques gouvernementales. Les encouragements offerts par tous ces partis de la société, influent sur la durée de l'allaitement (Matich et Sims, 1992 ;Giugliani et autres, 1994 ; Littman et autres, 1994 ; Gilbert et Lepage, 1996). Le soutien offert aux mères qui rencontrent des problèmes d'allaitement doit être accentué, encourager surtout La pratique de l'allaitement, chez les enfants qui ont commencé à prendre des solides (06 mois et plus), cette dernière a largement été laissée de côté par les femmes, et même la recherche se fait rare sur le sujet. ⁽¹⁾

11)- Les normes culturelles :

Les représentations, imaginaires et réelles, de l'alimentation infantile dans le contexte culturel humain : le biberon, symbole de l'alimentation du nouveau-né, apparaît dans de divers livres, des posters placardés dans les lieux publics, même sur les murs de plusieurs établissements de santé aussi les plus concernés par la protection de la santé de la mère et de l'enfant(PMI), dans les cabinets médicaux privés, sur même les jouets des enfants, l'image du bébé nourri au biberon est également véhiculée dans les publicités et les émissions de télévision. Une expérience faite auprès de 75 élèves de niveau primaire par le Comité d'encouragement à l'allaitement maternel des Cantons de l'Est, canada, en 1996, est assez éloquente à ce sujet : 70 des enfants participant à l'expérience ont dessiné un bébé alimenté au biberon quand on leur a donné comme consigne de dessiner un nouveau-né en train d'être alimenté. Donner le biberon

¹ Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action, Européen Commission juin 2004

reste le geste auquel on pense le plus souvent pour avoir une certaine liberté aux mamans et intéresser les pères aux soins à apporter aux nouveau-nés, alors que ceux-ci ont un rôle beaucoup plus large à jouer. L'allaitement est également influencé par des facteurs qui relèvent de l'environnement social. La présence de modèles pour les femmes qui allaitent, l'acceptation de l'allaitement en public et de l'allaitement des jeunes enfants, ainsi que l'abolition de la publicité des compagnies de substituts du lait maternel, sont autant d'éléments qui contribuent à rendre le milieu plus favorable à l'allaitement maternel. Malgré que les femmes dans le monde vivant dans de divers environnements, ont une appartenance culturelle différente, ont donc souvent des croyances et des comportements différents, mais en matière de santé, elles doivent se concerter sur une seule conception et culture, notamment en matière d'allaitement, pour une raison de fond qui est le bien-être des enfants et de l'humanité.

12)- Féminisme et allaitement :

Le sujet de l'allaitement est toujours abordé sous les angles de la nutrition, de la santé ou même de l'anthropologie, mais rarement comme une préoccupation féministe. Contrairement à ce qui s'est passé dans certains pays, bon nombre des dirigeantes des mouvements féministes norvégiens étaient aussi pour la promotion de l'allaitement, en vertu du fait que : Oui, les femmes veulent les mêmes possibilités de travail et de salaire, mais elles veulent aussi le droit de jouir de toutes les potentialités biologiques de leur corps, et entre autres le droit d'allaiter leurs enfants sans en être empêchées par les routines et les pressions sociales. Certains courants féministes voient l'allaitement maternel comme un obstacle à l'autonomie des femmes. L'argument invoqué que l'allaitement prolongé nuit à la socialisation de l'enfant en le rendant trop dépendant de la mère. Rien n'indique dans les faits que cette crainte soit justifiée. Au contraire, l'allaitement favorise une expérience enrichissante qui donne à la mère un sentiment de maîtrise sur sa vie et sur les soins de son enfant. D'apprécier pleinement la complicité qui se développe entre elle et son enfant et le plaisir de satisfaire ses besoins en toute simplicité, en tout lieu et à tout moment. L'allaitement réussi dans un contexte familial augmente l'assistance du conjoint et sa participation aux travaux domestiques (Van Esterik, 1994). D'ailleurs, si un discours populaire durant les années 60 et 70 a prôné l'égalité à tout prix, sous tous ses aspects, et assimile la grossesse et l'allaitement à des contraintes à l'épanouissement et à la réalisation, de nouvelles tendances du mouvement féministe recherchent au contraire des compromis qui prennent en considération la condition féminine dans sa totalité. Ces nouvelles tendances nous rappellent en somme qu'il ne faut pas confondre égalité des sexes et identité des sexes : « Un autre préjugé fait aussi des ravages : « l'allaitement artificiel, c'est mieux car il met à égalité le père et la mère ». À égalité... Cette phrase confond une fois de plus égalité des sexes et identité des sexes. Plus personne ne conteste l'égalité salariale, légale, financière, scolaire, matrimoniale ou professionnelle. Mais il reste, hélas, beaucoup de confusions identitaires. (Bayot, 1998, p. 20). La grossesse, l'accouchement et l'allaitement font partie intégrante de la spécificité féminine et ne peuvent être occultés. Dans l'intérêt de tous, l'allaitement est une suite physiologique à la fécondation, la grossesse et l'accouchement. Plusieurs personnes sont préoccupées par la culpabilité que peuvent ressentir les femmes qui ont décidé de recourir à l'alimentation artificielle. Il est important d'assurer à toutes les femmes et à leur famille un environnement facilitant une décision éclairée, libre et consciente. C'est pourquoi il faut leur transmettre une information pertinente et complète sur l'allaitement maternel, avec ses avantages pour la santé de

la mère et pour la santé et le développement de l'enfant, mais il ne s'agit surtout pas de blâmer ou de pénaliser celles qui décideraient d'agir autrement.

13)-Travail et allaitement :

Des études menées dans le monde entier ont indiqué que les femmes qui reprennent leur emploi à plein temps lorsque leurs bébés sont jeunes sont moins enclines à continuer à les nourrir exclusivement au sein, et ont tendance à les allaiter pendant moins longtemps. Les femmes disent souvent qu'il est difficile voire impossible de continuer à allaiter, surtout de manière exclusive, pendant qu'elles sont au travail par exemple : "à Guatemala City les femmes qui n'étaient pas employées étaient de 3,2 fois de plus à même d'allaiter exclusivement au sein que les femmes qui ont un travail". L'allaitement au sein est le droit de chaque femme qui travaille, mais de nombreux employeurs ne veulent pas prendre en charge les frais à court terme qui permettent d'offrir une indemnité aux mères qui allaitent. Ils ne tiennent pas compte des économies à long terme, c'est-à-dire éviter l'absentéisme des employées. Un fait certain : comme les nouveau-nés nourris au sein ont moins de fièvres et moins de maladies graves, les employées qui ont allaité sont absentes moins souvent pour prendre soin de leurs enfants malades. Comme un nombre de plus en plus élevé de femmes travaillent, l'allaitement sur le lieu de travail est devenu un problème important. Les gouvernements peuvent promouvoir la santé publique et la condition des femmes en encourageant les entreprises à améliorer les possibilités d'allaitement sur le lieu de travail. Ils peuvent pousser les employeurs à donner aux employées des pauses pour allaiter, sans perte de salaire, et à fournir des endroits propres et sans danger au lieu de travail pour permettre aux femmes d'extraire et de conserver le lait maternel. Les gouvernements peuvent également négocier avec les entreprises pour assurer que celles-ci permettent un congé de maternité assez long pour assurer un allaitement optimal, et qu'elles offrent des indemnités médicales qui incluent les soins prénatals et postnatals. Une politique d'allaitement en milieu de travail peut être l'application de ce devoir d'accommodement. Elle doit comprendre trois éléments : le temps (horaire flexible, pause), l'espace et la proximité (garderie en milieu de travail ou local confortable pour exprimer le lait, réfrigérateur pour entreposer le lait exprimé), et le soutien.⁽¹⁾

14)-Les services de santé renforcent le support de l'allaitement :

Les services de soins offrent un point de contact utile pour les futures mères et celles qui allaitent. Pour aider les mères à réaliser les meilleures pratiques d'allaitement possibles, les hôpitaux et autres établissements de soins peuvent :

A)- Changer de politiques et de procédures :

Les prestataires de soins peuvent informer les femmes sur l'allaitement au cours de leur grossesse, comme, par exemple, pendant les visites prénatales et dans les cours de préparation à l'accouchement. Les renseignements fournis au cours de la grossesse sur l'allaitement immédiat et exclusif aident les mères à commencer à allaiter plus tôt et à nourrir le bébé exclusivement au sein pendant plus longtemps. Les hôpitaux et centres d'accouchement peuvent également supporter l'allaitement immédiatement après la naissance d'un bébé. La cohabitation par

¹ L'allaitement maternel, LIGNE DIRECTRICES, OMS, Septembre 2001

exemple, c'est-à-dire le fait de placer les nouveau-nés avec leur mère pendant le séjour à l'hôpital, encourage un contact précoce entre mère et nouveau-né, ainsi que l'allaitement. ⁽¹⁾

B)-Formation du personnel de soins :

De manière générale, la formation pour les prestataires de soins avant et pendant le service a souvent négligé le sujet d'allaitement, et la conséquence d'être mal informé, le prestataire hospitalier peut mal réagir, par exemple nourrir un nouveau-né au biberon sans avoir demandé l'approbation de la mère. D'autres conseillent la mère de donner de la nourriture complémentaire à son bébé, avant l'âge de six mois. Actuellement les choses ont changé, les prestataires de soins qui s'occupent des femmes dans les établissements de santé et dans les communautés (comme les sages-femmes et le personnel dédié à la promotion de la santé au niveau de la communauté), doivent suivre une formation portant sur les bonnes méthodes d'allaitement. Ils peuvent conseiller aux femmes comment allaiter de manière optimale, les prévenir des dangers liés au fait de donner d'autres liquides que le colostrum au nouveau-né, et de lui donner des aliments supplémentaires avant six mois, ils peuvent également leur montrer comment prendre soin de leurs seins et comment remédier aux sensations gênantes ou aux difficultés rencontrées lors de l'allaitement. Les prestataires peuvent par ailleurs suivre une formation sur la manière de conseiller un allaitement optimal, incluant le fait qu'il ne faut jamais exercer de pression sur les femmes, ni les y obliger ou les mettre dans l'embarras selon leur décision d'allaiter ou non, ou combien. La modification de ces pratiques peut améliorer les pratiques d'allaitement d'une mère. Dans une étude effectuée aux philippines par exemple, plus de femmes ont nourri leur bébé exclusivement au sein et pendant plus longtemps lorsque le personnel de soins n'a pas donné de substituts de lait maternel aux nouveau-nés. De même, une étude menée dans un hôpital à l'Istanbul a révélé que 66% des nouveau-nés nourris au sein par leur mère à l'hôpital sont exclusivement nourris au sein à l'âge de quatre mois, et que le pourcentage de nouveau-nés qui ont reçu des formules lactées à l'hôpital, soit à 32%. Un Groupe d'études international recommande actuellement, aux médecins de faire un examen médical minutieux, en prénatal et postnatal en matière d'allaitement maternel et d'adopter des mesures périnatales qui favorisent l'allaitement. Il s'agit d'une recommandation pour laquelle l'établissement de santé dispose de données suffisantes, assez pour que le médecin s'intéresse expressément à cette mesure dans le cadre d'un examen médical périodique. ⁽²⁾

C)- Extension des services de santé dans les communautés :

De nombreuses mères quittent un lieu d'accouchement, sont mal informées, donnent des aliments et des liquides supplémentaires trop tôt aux nouveau-nés, au lieu de continuer à les nourrir exclusivement au sein. Dans ce cas, les prestataires de soins de la communauté, doivent effectuer un suivi afin de prodiguer des renseignements adéquats et un support continu, pour gérer les problèmes éventuels, ou pour diriger la mère vers le service approprié. Peuvent également se rendre au domicile des mères pour les rassurer, leur confirmer qu'elles allaitent correctement, d'une manière qui nourrit efficacement le nouveau-né, et que l'allaitement est assez fréquent pour maintenir leur production de lait. Les mères peuvent se rendre dans des établissements de santé maternelle et infantile, pour qu'elles soient mieux aidées en matière

¹ INFO-population reports, série L, N° 14 problèmes mondiaux de santé

² Même source

d'allaitement. Dans de nombreux pays, les programmes indiquent que le fait d'étendre les services de santé dans les communautés aide plus de femmes à allaiter exclusivement, et ce pendant longtemps. Une analyse de 20 études effectuées dans 10 pays, soit au Bangladesh, au Brésil, en Iran, au Mexique, au Nigéria, et dans 5 pays développés, a révélé que les niveaux et les durées d'un allaitement exclusif, et de tout allaitement, ont augmenté de manière significative aux endroits où les prestataires de soins professionnels ou de la communauté offrent un support à domicile aux femmes qui allaitent au sein. En moyenne, plus un conseiller est en contact avec une mère hors la clinique, plus la durée d'allaitement exclusif au sein augmente. Par ailleurs, les conseillers non professionnels (membres de la communauté formés aux services de conseil relatifs à l'allaitement), l'entraide entre les femmes (femmes de la communauté avec des enfants), ou les conseils mère-mère (par des femmes ayant des enfants et qui ont-elles-mêmes allaité avec succès), peuvent tous fournir un support efficace aux mères pour pratiquer un allaitement prolongé. En Croatie par exemple, en 1999-2000, après avoir quitté l'établissement, les mères se sont jointes à un groupe de la communauté qui se rencontre toutes les quatre semaines. Entre les rencontres, les membres peuvent également consulter le chef du groupe. Une infirmière itinérante a aidé à établir le groupe et à en coordonner et superviser les activités. Après cette phase du programme, le pourcentage des enfants nourris au sein a augmenté à tous les âges compris entre 1 et 12 mois. De même, dans le Ghana rural entre 1993 – 1996, une association de crédit autogérée a combiné des réunions hebdomadaires avec des sessions d'éducation sur la santé. Les sessions ont offert des renseignements sur les avantages de l'allaitement exclusif et de l'administration du colostrum aux nouveau-nés. Une évaluation a indiqué que la proportion des mères du groupe du programme qui ont donné du colostrum à leur bébé est deux fois plus élevée que celle d'un groupe de comparaison, et les mêmes mères ont également introduit de l'eau dans l'alimentation de leurs bébés beaucoup plus tard. ⁽¹⁾

15)-Des interventions et des initiatives favorables à l'allaitement maternel :

Dans le monde, de plus en plus d'interventions viennent favoriser l'allaitement maternel, tels les programmes de formation des professionnels ou les programmes éducatifs destinés aux mères, ainsi que la modification de certaines pratiques hospitalières et l'amélioration du soutien postnatal à domicile. Plusieurs comités interdisciplinaires sur l'allaitement ont été mis en place et des hôpitaux, des maisons de naissance, et des groupes d'entraide à l'allaitement ont entrepris des démarches pour améliorer la situation de l'allaitement dans leur région. Les maisons de naissance en général et quelques hôpitaux des grands centres ou de la périphérie atteignent déjà l'objectif de 80 % d'allaitement à la sortie de l'établissement, mais de nombreuses inégalités subsistent encore dans les taux d'allaitement des différentes régions du monde, dans les pratiques de soins et dans le soutien offert aux mères.

16)- Protection, promotion et soutien de l'allaitement :

A)- La protection de l'allaitement :

Dépend dans une large mesure de l'application effective du Code, application qui comprend des mesures pour son renforcement, pour l'application de sanctions judiciaires en cas d'infractions, et un système de surveillance indépendant des intérêts commerciaux. Elle prend appui également sur une législation de protection de la maternité qui permette à toutes les mères

¹ La source précédente.

qui travaillent d'allaiter exclusivement leurs enfants les six premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement.

B)-La promotion de l'allaitement :

Dépend de la mise en œuvre des politiques et des recommandations nationales à tous les niveaux du système des services sociaux et de santé, de manière à ce que l'allaitement soit perçu comme la norme en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

C)- Un soutien efficace :

Nécessite une volonté d'établir des standards de pratique optimale dans tous les services de maternité et de soins infantiles. Au niveau individuel, cela signifie que toutes les femmes aient accès à des services qui soutiennent l'allaitement, c'est-à-dire qui offrent notamment une assistance par des professionnels de santé adéquatement formés ainsi que par des consultants en lactation, des conseillers non professionnels, et des groupes de soutien de mère à mère. Le soutien par la famille devrait être encouragé ainsi que celui de la société par le biais de projets locaux et de programmes communautaires, fondés sur la collaboration entre les services publics et les associations bénévoles. Le droit des femmes à allaiter, à quelque moment et à quelque endroit que ce soit, doit être protégé. ⁽¹⁾

17)-Allaitement optimal :

Est l'une des façons les plus efficaces d'assurer la survie de l'enfant dans les pays en développement. L'OMS et L'UNICEF ont établi trois principes pour un allaitement optimal :

- 1)- Commencer à nourrir le nouveau-né au sein dès que possible.
- 2)- Allaiter exclusivement (sans autres aliments solides ou liquides), jusqu'à ce que le bébé ait six mois.
- 3)- A partir de l'âge de six mois, allaiter avec des aliments complémentaires (donner des aliments appropriés pour cet âge, en plus du lait maternel), jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

18)-Conduite pratique et techniques de l'allaitement :

- 1)- La mise au sein doit se faire dans les 30 minutes suivant la naissance et ne jamais séparer le nouveau-né de sa mère.

19) - Les techniques de l'allaitement : ⁽²⁾

- ❖ Position assise classique la plus courante.
- ❖ Position allongée sur le côté (femmes césariées ou épisiotomisées).
- ❖ La mère tient le bébé tout contre son corps ;
- ❖ Le corps tout entier du bébé soit soutenu, pas seulement son cou et ses épaules ;
- ❖ La tête et le corps du bébé soient positionnés en ligne droite ;
- ❖ Le bébé se trouve face au sein et son nez est en face du mamelon.

¹ Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Organisation mondiale de la Santé 2003.

² Dépliant Allaitement maternel ministère de la santé et de la population, UNICEF- INSP.

20)- Règles d'or :

- ❖ Tétées précoces et fréquentes.
- ❖ Donner le sein à la demande du bébé (environ 8 à 12 par 24 heures).
- ❖ Alternier les deux seins à chaque tétée.
- ❖ Donner le sein la nuit.
- ❖ Durée suffisante des tétées (la plupart des séances de l'allaitement durent entre 20 et 45 minutes).
- ❖ Position confortable et correcte du bébé.

21) --Bonne hygiène des seins :

- ❖ Lavage quotidien des seins à l'eau et au savon.
- ❖ Lavage des mains avant la tétée.
- ❖ Lavage des mamelons avant et après chaque tétée à l'eau bouillie et refroidie.
- ❖ Le mamelon doit reposer sur une compresse propre et sèche.

22)-Les difficultés de l'allaitement maternel :

Ces difficultés peuvent être liées à la mère ou à l'enfant, ces problèmes sont souvent mineurs mais s'ils ne sont pas réglés rapidement, peuvent compromettre la poursuite de l'allaitement maternel. Les principales difficultés auxquelles sont confrontées les mères sont :

A)-Engorgement mammaire :

Les seins sont chauds, durs, douloureux au moment de la montée laiteuse. Pour éviter l'engorgement mammaire il faut une bonne prise du sein, une bonne succion, des tétées fréquentes pour une bonne vidange des seins et une bonne position de la mère et du bébé.

B)-Mamelons fissurés et douloureux :

Souvent secondaires à une mauvaise prise des seins avec mauvaise position ce qui conduit à un échec de l'allaitement maternel, pour prévenir et traiter les mamelons : ne jamais interrompre une tétée ou ne pas mettre le sein au repos pendant la tétée. Mettre le mamelon et l'aréole dans la bouche du bébé. Ne pas mettre de crèmes ou des médicaments sur les mamelons. Rechercher et traiter un éventuel muguet buccal.

C)-Mamelons courts ou ombiliqués :

La préparation des mamelons à l'allaitement pendant la grossesse permet d'éviter ce problème, généralement les mamelons s'étirent facilement lors des tétées énergiques, dans ce cas la meilleure position pour la tétée est le « face à face » avec la possibilité d'utiliser un tire lait.

D)-Mastites et abcès du sein :

La mastite est secondaire à l'obstruction des canaux galactophores, le sein touché devient tuméfié, douloureux et s'accompagne de fièvre. Il faut continuer à donner le sein et bien le vider, donner de l'aspirine ou du Paracétamol pour lutter contre la fièvre, mettre des compresses imbibées d'eau chaude sur le sein pour atténuer la douleur, les antibiotiques ne sont pas nécessaires à cette phase. Si le sein n'est pas vidé correctement et le canal ou les canaux galactophores ne sont pas désobstrués, le lobule touché s'infecte et un abcès se constitue.

CHAPITRE : 02

La zone touchée devient le siège d'une inflammation et l'abcès peut se fistuliser dans les canaux et la pression du mamelon fait apparaître du pus. Le traitement de l'abcès doit-être rapide ne pas donner le sein malade à l'enfant : l'incision chirurgicale du lobule atteint. Les antibiotiques par voie générale. Les antalgiques (aspirine, compresses chaudes). Et la vidange correcte du sein. Reprendre l'allaitement au sein dès que possible guérison.

23)- Le bébé refuse le sein :

Il s'agit d'un problème très sérieux, il faut s'assurer que :

- ❖ L'enfant n'est pas malade.
- ❖ L'enfant n'est pas de petit poids de naissance.
- ❖ Parfois le bébé refuse le sein du fait de sa séparation de sa mère, et de la prise des biberons. Présence d'une obstruction nasale ou d'un muguet buccal peut être à l'origine du refus du sein.

24)- L'insuffisance du lait de la mère :

Les raisons qui font croire à la mère qu'elle n'a pas assez de lait sont :

- ❖ Ses seins lui semblent vides.
- ❖ Son bébé pleure trop.
- ❖ Son bébé réclame beaucoup.

Les causes du manque de lait sont nombreuses, liées à la mère ou à l'enfant.

Aliments ou boissons donnés au bébé, ce qui diminue son appétit et le temps de la tétée. Les tétées ne sont pas assez fréquentes (l'idéal 12 tétées par 24 heures). Les tétées de nuit ont été arrêtées trop tôt. Les tétées ne durent pas assez longtemps, une mauvaise vidange du sein provoque l'accumulation d'un facteur arrêtant la sécrétion du lait. Le bébé n'a pas une bonne prise du sein et tête en mauvaise position. Manque de confiance de la mère dans sa capacité de produire du lait. La mère prend une pilule qui contient des œstrogènes qui diminuent la production du lait. La malnutrition maternelle affecte la production de lait.

25)- Comment augmenter la production de lait :

Soutien psychologique à la mère pour quelle reprenne confiance en elle et en sa capacité de nourrir son enfant. Alimentation correcte, diversifiée, riche, équilibrée. Pratiquer le rooming-in, ne jamais séparer l'enfant de sa mère. Eviter les sucettes, tisanes et tétines. S'assurer de la bonne position de l'enfant lors de la tétée et de la bonne vidange des seins après la tétée. Allaiter fréquemment toutes les 2 heures si possible. Allaiter la nuit. Augmenter la durée de la tétée de chaque sein.

26)- Le lait au sein est léger :

Le lait maternel est connu par sa supériorité sur le lait de vache pour cela il faut informer et rassurer les femmes qui prétendent que leur lait est léger : le lait maternel est l'aliment le mieux adapté aux besoins du nourrisson.

27)-Le bébé pleure tout le temps :

Pleurer est la seule façon pour le bébé de s'exprimer et de demander secours, il pleure dans les cas suivants :

Quand il est mouillé, malade et a faim. Les coliques du nourrisson sont très fréquentes les 3 premiers mois, elles sont secondaires souvent au type d'alimentation de la mère en particulier : le lait de vache consommé par la mère, boissons gazeuses, fruits en grande quantité, haricots blancs, choux et choux fleur.

28)-Le bébé dort beaucoup et ne réclame pas le sein :

Normalement le bébé se réveille toutes les 3 – 4 heures pour prendre le sein et être changé, sinon il faut s'assurer qu'il est en bonne santé, qu'il a une croissance normale et conseiller à la mère de réveiller l'enfant toutes les 2 – 3 heures pour lui donner le sein.

29)-Les seins trop petits et ne produisent pas de lait :

La production du lait ne dépend pas du volume des seins, mais de la stimulation à la production en particulier des tétées fréquentes et de bonnes vidanges.

30)-Diversification alimentaire :

A partir de l'âge de six mois, l'alimentation du bébé exige plus que le lait maternel. Les parents doivent donc commencer progressivement à donner au bébé d'autres aliments en plus du lait maternel ; notamment de la viande hachée, des produits laitiers, puis ajouter peu à peu une variété d'aliments provenant des différents groupes de denrées de base, à savoir les fruits et les légumes, la volaille, le poisson et les œufs. Il convient de procéder à une alimentation complémentaire du bébé, c'est-à-dire du lait maternel et d'autres aliments, de six mois à au moins deux ans. Au fur et à mesure que grandit l'enfant, les aliments autres que le lait maternel peuvent passer des denrées semi solides aux aliments solides, et leur variété peut augmenter peu à peu. Cependant, il est souhaitable que la mère continue à allaiter fréquemment le bébé sur demande, et donne à celui-ci des quantités de plus en plus importantes d'autres aliments après chaque tété.

31)-Sevrage :

La question du sevrage, ou arrêt de l'allaitement au sein, est liée à celle de sa durée optimale, celle-ci est difficile à fixer, mais on peut préciser la durée minimale d'un allaitement réussi. Celui-ci doit-être d'au moins six mois. A cela, il y a deux raisons majeures :

- ✓ Le tube digestif et les phénomènes de digestion ont besoin de cette marge de sécurité pour bien « murir » et être capable d'accepter sans problème toute protéine étrangère ou élément nutritif complexe.
- ✓ Dans le sang du nouveau-né circulent des moyens de défense (anticorps) transmis par la mère pendant la grossesse. Leur taux va diminuer pour être pratiquement nul au troisième mois, alors que le nourrisson n'a pas encore produit suffisamment ses propres moyens de défense. Il ya donc alors une sorte de creux de ces moyens (creux immunitaire). Il vaut mieux faire traverser au nourrisson ce creux sous la protection du lait maternel. Après, il sera plus autonome.

Le sevrage lui-même ne doit pas être brutal et l'on a donc généralement une période où la part du lait maternel est de plus en plus réduite : c'est l'ablactation. Celle-ci ne peut être possible qu'avec la diversification alimentaire. Le sevrage peut s'envisager de trois manières :

- ❖ Imposé par le tarissement de la lactation ou la survenue d'une affection grave.

- ❖ Décidé par la mère après une période minimale de six mois.
- ❖ « Demandé » par l'enfant lui-même qui se désintéresse de cette forme d'alimentation.
- ❖ Ainsi donc, il arrive que des circonstances particulières amènent à l'arrêt de l'allaitement. Ceci peut être décidé en commun accord entre le médecin et les parents pour des raisons médicales précises.

Le type de sevrage « idéal » reste celui où c'est l'enfant lui-même qui montre des signes de désintéressement à l'allaitement tout en acceptant fort bien les autres aliments. Cette période coïncide souvent avec le renforcement de la dentition. L'enfant est alors apte à la nourriture solide et à l'arrêt de la prise de lait maternel.

32)-Situations particulières à l'allaitement:

32.1)- Au bébé :

a)- Les petits poids de naissance et les prématurés :

Si le bébé a un bon réflexe de succion, il faut lui donner directement le sein, sinon tirer le lait et le lui donner à la cuillère ou par gavage, jusqu'à un âge lui permettant de prendre le sein. Actuellement l'OMS recommande vivement une manière d'allaiter les prématurés dénommée « méthode de kangourou », à laquelle le prématuré doit en tétant tenir les mamelles en haleine, pour avoir la quantité suffisante de lait dont il a besoin pour grandir sainement et rapidement.

b)- Les jumeaux à terme :

Encourager la mère pour se sentir forte et capable de donner le sein aux 2 jumeaux, et lui rappeler que plus les bébés tètent, plus elle produit du lait. S'assurer de la croissance normale des bébés.

c)- Le bébé porteur d'une fente labio-palatine :

Tirer le lait et le donner à l'enfant à la cuillère ou par gavage. Tenter la succion en utilisant une tétine spéciale. Alimenter le bébé en position verticale pour éviter les fausses routes.

d)- Le bébé malade :

L'enfant n'est pas hospitalisé, donc son état n'est pas grave, continuer l'allaitement maternel. L'enfant est hospitalisé, il faut hospitaliser la mère aussi et continuer l'allaitement maternel si possible, sinon tirer le lait et donner à l'enfant par gavage ou à la cuillère ou à la tasse. Reprendre dès que possible le sein.

e)- L'ictère physiologique sans gravité :

L'ictère au lait de femme peut être grave, mais ne contre indique pas l'allaitement maternel. La présence d'un ictère chez le bébé impose un bilan à la recherche d'une étiologie pour prise en charge appropriée et pour éviter l'ictère nucléaire.

f)- allaitement maternel et les selles du bébé :

Les selles du bébé nourri au sein sont souvent liquides, jaunes d'or, émises en pré ou post-prandiale, nombreuses (5 – 6 par 24 heures). S'assurer de la bonne croissance et rassurer la mère. Parfois une constipation peut persister jusqu'à l'âge de la diversification (5 – 6 mois), qui ne nécessite aucun traitement.

32.2)- A la mère :

a)- Mère et malnutrition :

Dans la plupart des cas, les femmes souffrant de malnutrition peuvent et doivent allaiter leurs nourrissons selon les mêmes recommandations que celles qui s'appliquent aux femmes bien nourries qui allaitent : c'est-à-dire un allaitement exclusif pendant six mois suivi d'une alimentation complémentaire au moins jusqu'à l'âge de deux ans. Pratiquement toutes les femmes qui souffrent de malnutrition produisent du lait en quantités suffisantes pour nourrir leur bébé. Cependant, la malnutrition est susceptible de réduire la teneur nutritionnelle du lait ou d'affecter l'état de santé de la mère elle-même en puisant dans ses réserves en énergie et en éléments nutritionnels.

b)- Mère césarisée :

L'allaitement est possible dès le réveil, par le bon soutien du conjoint, un membre de l'entourage, ou par un prestataire de santé.

32.3)-Mère, maladies ou infections :

Pendant tout trouble mineur de la santé (rhume, maux de gorge, grippe légère, température légèrement élevée ou maux d'estomac), il est recommandé que la femme continue à allaiter. Une femme atteinte de l'une quelconque de ces conditions ne transmet pas de microbes à son bébé lorsqu'elle allaite. Au contraire, les anticorps créés par l'organisme de la femme pour lutter contre sa propre infection seront transmis au bébé dans le lait, ce qui aidera à protéger celui-ci.

Les maladies qui contre indiquent l'allaitement maternel sont rares. La contre indication est souvent temporaire, tirer le lait pendant cette période pour maintenir la production et éviter l'engorgement. Dans de rare cas, notamment le traitement d'un cancer ou la présence de plaies infectées sur le sein, une interruption momentanée de l'allaitement sera parfois nécessaire. La femme peut continuer à allaiter si le traitement qui lui est prescrit est compatible avec l'allaitement.

a)-Une femme atteinte d'une hépatite virale peut-elle allaiter son bébé :

Une femme atteinte d'une hépatite virale peut continuer à allaiter car l'allaitement ne renforce pas le risque de transmission de l'hépatite de la mère à l'enfant. Les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) sont transmis par le sang. Une femme qui a le VHB ou le VHC et qui allaite doit prendre soin de ses mamelons, s'assurer que l'enfant prend le sein correctement et laisser bien sécher ses mamelons avant de les couvrir pour éviter tout saignement ou toute gerçure. Ces habitudes protègent le bébé contre un risque de transmission du virus par l'allaitement, toutefois il est vrai qu'une femme atteinte du VHB ou du VHC peut transmettre le virus à son enfant au moment de l'accouchement. Si une femme est diagnostiquée positive pour le VHB, son bébé doit, dans toute la mesure du possible, recevoir sa première dose de vaccin contre l'hépatite B dans les 48 heures de sa naissance, ou aussitôt que possible. Les doses ultérieures doivent être administrées avec les vaccinations infantiles de routine à un mois et à six mois. Il n'existe cependant aucun vaccin contre la transmission du virus de l'hépatite C

b)-Une femme séropositive peut-elle allaiter ?

En général, le bébé d'une femme séropositive risque d'être infecté par le virus pendant la grossesse, l'accouchement quant à l'allaitement, le risque d'infection au VIH varie de manière significative en fonction de la façon d'allaiter et de la durée. Une étude (source OMS 2003), révèle que sur 100 enfants nés de mères séropositives qui ne reçoivent pas de traitement antirétroviral, l'on estime qu'entre 15 et 25 enfants seront infectés au cours de la gestation et de l'accouchement. Si les mères infectées au VIH allaitent leurs bébés jusqu'à l'âge de six mois, entre 5 et 10 enfants de plus de ces 100 enfants seront infectés. Si l'allaitement dure entre 18 et 24 mois, 15 à 20 de ces enfants seront infectés par le lait maternel. Le risque de transmission du VIH est donc cumulatif, c'est-à-dire plus la durée de l'allaitement du bébé est longue, plus le risque d'infection augmente, autrement dit, la transmission du VIH par l'allaitement peut être réduite par un allaitement exclusif et plus court. ⁽¹⁾

c)-La transmission du VIH par l'introduction précoce d'autres aliments :

Pour ce qui est de l'introduction d'autres aliments pendant l'allaitement augmente la possibilité de transmission du VIH. Une étude récente au Zimbabwe, incluant plus de 4000 femmes séropositives pour le VIH et leurs bébés, a révélé qu'un allaitement exclusif au cours des premiers mois de la vie d'un nouveau-né posait moins de dangers que l'introduction précoce d'une autre nourriture. Comparativement à des nouveau-nés allaités exclusivement pendant les trois premiers mois, les nouveau-nés qui ont reçu une alimentation mixte avaient 4 fois plus de chances d'avoir acquis le VIH à l'âge de six mois. Les nouveau-nés exclusivement nourris au sein au cours des premiers mois de leur vie étaient également en meilleure santé plus tard, lorsque de la nourriture de remplacement était offerte avec le lait maternel. Comparativement à ces bébés, les nouveau-nés qui recevaient une nourriture mixte précoce avaient 3,8 fois plus de chances d'avoir acquis le VIH à 12 mois, et 2,6 fois de plus à 18 mois. Les raisons pour laquelle la nourriture mixte est plus dangereuse que l'allaitement exclusif n'est pas claire. On pense que les autres aliments dérangent la paroi intestinale des nouveau-nés au cours des premiers de leur vie, ce qui permet au VIH de passer plus facilement dans le circuit sanguin. Dans tous les cas, les intestins des nouveau-nés sont extrêmement perméables, ce qui leur permet d'absorber des immunoglobulines et d'acquérir une immunité passive à partir du lait maternel. L'allaitement facilite une fermeture plus rapide des espaces intestinaux, alors que les aliments autres que le lait maternel peuvent enflammer et endommager les cellules intestinales. L'étude au Zimbabwe, a aussi indiqué que même un allaitement prédominant, c'est-à-dire complété uniquement par des liquides comme de l'eau, de tisanes ou du jus en plus du lait maternel, augmentait le risque de transmission du VIH. Comparativement aux nouveau-nés nourris exclusivement au sein, ceux qui ont été nourris au sein de manière prédominante au cours des trois premiers mois de leur vie, avaient 2,6 fois plus de chances d'avoir acquis le VIH avant l'âge de 12 mois. ⁽²⁾

¹ INFO-population reports, série L, N° 14 problèmes mondiaux de santé

² Idem.

d)-Que conseillent les experts :

L'OMS et d'autres organismes de L'ONU conseillent aux mères séropositives pour le VIH d'éviter l'allaitement si la nourriture de remplacement répond aux cinq critères essentiels : abordable, réalisable, acceptable, renouvelable, et sûre, comme dans la plus grande partie du monde développé, la décision est claire : les femmes doivent éviter d'allaiter si elles sont atteintes du VIH, et doivent donner des aliments de remplacement appropriés uniquement. Cependant, dans la plus grande partie du monde en développement, la décision est plus difficile, mais les mères séropositives pour le VIH doivent allaiter exclusivement au cours des premiers mois de vie de leurs bébés, et s'arrêter d'allaiter si la nourriture de remplacement peut répondre aux cinq critères, lorsque l'allaitement exclusif n'est pas adéquat, ou lorsque les femmes sont mal nourries, le VIH progresse plus rapidement. Le plus grand risque d'une alimentation mixte précoce signifie que les mères séropositives doivent sevrer immédiatement leurs bébés de manière brutale, et non de manière graduelle, lorsqu'ils passent à la nourriture de remplacement. L'alimentation de remplacement, pour la plus grande majorité dans les pays en développement ne peuvent généralement pas l'obtenir avec aisance car la plupart des familles n'ont pas les moyens d'acheter une nourriture de remplacement, et doivent également disposer des ustensiles et des compétences nécessaires pour préparer correctement et de manière hygiénique, ou de conserver les formules lactées commerciales de manière appropriée. Les substituts de lait maternel fabriqués à la maison doivent être mesurés avec précaution et être préparés et conservés dans des conditions stériles, ce qui est souvent difficile ou impossible. Les substituts traditionnels communs pour le lait maternel, comme l'eau de riz, ne fournissent pas assez de nutrition. Tous ces facteurs rendent l'alimentation de remplacement difficile et dangereuse.

32.4)-Allaitement maternel et grossesse :

La femme enceinte peut allaiter pendant sa grossesse sans problème tant qu'elle jouit d'une bonne santé.

32.5)-Allaitement maternel et ramadhan :

La production du lait dépend en partie de l'alimentation de la mère, qui doit être en quantité suffisante, cela paraît difficile pendant le mois de ramadhan, surtout les premiers mois de vie avant toute diversification alimentaire, donc il est conseillé à la mère allaitante de ne pas jeuner.

32.6)-Allaitement maternel et médicaments :

La plupart des médicaments passent en petites quantités dans le lait maternel liés aux protéines, donc n'affectent pas le nourrisson, il faut donner le sein juste avant la prise du médicament. Quelques médicaments présentent un certain risque, notamment les médicaments psychotropes, la réserpine, l'ergotamine, les anti-métabolites, la cyclosporine, les corticostéroïdes à hautes doses, la bromocriptine, les médicaments radioactifs, le lithium, et certains anticoagulants. Les excitants à forte (café, thé) et l'automédication sont déconseillés à la mère allaitante.

32.7)-Femme qui ne produit pas suffisamment de lait ?

Pratiquement toutes les femmes produisent du lait en quantité suffisante pour leur nourrisson. Plus un bébé tète, plus la production de lait de la mère augmente. Des tétées fréquentes renforcent donc la production de lait .Les mères doivent bien sur éviter de se déshydrater et surveiller leur consommation d'eau et d'autres liquides. Si une femme ne produit pas suffisamment de lait, il est possible que ce soit du à une fréquence insuffisante des tétées ou au fait qu'elle ne nourrit pas son bébé exclusivement par allaitement (c'est-à-dire que l'allaitement doit être le seul mode d'alimentation du bébé, à l'exclusion de tout autre aliment y compris l'eau). Si ce n'est pas déjà le cas, la mère peut offrir son deuxième sein au nourrisson une fois que celui-ci semble satisfait de sa tétée sur le premier. La mère peut également tenter de changer de coté plus fréquemment pendant chaque tétée, ou chaque fois que le bébé s'endort ou semble se désintéresser. L'expression de lait au tire-lait ou à la main tout de suite après une tétée ou entre deux tétées permet d'extraire davantage de lait des seins, ce qui accélère la production de lait et contribue à augmenter la quantité de lait produite. Ce lait peut être stocké et utilisé lorsque la mère n'est pas là pour allaiter son bébé. Le lait ainsi extrait peut être stocké jusqu'à 8 heures sans réfrigération dans un endroit frais et jusqu'à 24 heures au réfrigérateur.

32.8)-Alimentation de la femme allaitante :

Une femme n'a pas besoin d'éviter des aliments particuliers parce qu'elle allaite. Si elle consomme une quantité suffisante d'aliments sains et variés, et si elle boit suffisamment de liquides, elle dispose de tous les nutriments requis pour l'allaitement. Une mère bien nourrie aura suffisamment de fer, de calcium, de vitamine A et de vitamine B6 dans son lait pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson pendant le premier semestre de son existence. Pour éviter la malnutrition, les femmes qui allaitent ont besoin d'un repas supplémentaire chaque jour pour faire face à l'augmentation de leurs besoins nutritionnels ; il est également souhaitable, dans la mesure du possible, qu'elle prenne des suppléments d'oligo-éléments.

32.9)-Allaitement maternel et contraception :

Une femme qui allaite peut commencer à pratiquer une méthode de planning familial immédiatement, avec la méthode de l'aménorrhée due à la lactation (LAM). Cette méthode est efficace et temporaire et elle peut être utilisée à condition que les trois critères ci-dessous soient tenus :

A)- Les menstruations de la mère n'ont pas encore repris :

Au cours des huit premières semaines après un accouchement, les femmes peuvent avoir de légers saignements, ou des taches, mais ceci n'est pas un saignement menstruel. Un léger saignement pendant cette période n'empêche pas une femme de suivre la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement. Cependant, si une femme se rend compte que ses règles sont revenues, ou si elle a des saignements pendant deux jours consécutifs, elle ne peut plus se fier en toute sécurité à la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement pour la contraception.

B)- Le bébé bénéficie d'un allaitement complet ou quasi-complet et fréquent, de jour comme de nuit :

L'efficacité de la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement est tributaire du schéma d'allaitement qui doit être complet (lorsque le nouveau-né ne reçoit aucune autre nourriture

liquide ou solide), ou presque complet (lorsque le nouveau-né reçoit rarement des vitamines, de l'eau, du jus ou d'autres nutriments en plus du lait maternel), ce dernier signifie que la plus grande partie de la nourriture (plus des trois quarts) est fournie par des allaitements au sein exclusif et d'éviter de donner des suppléments régulières aux nouveau-nés, de les laisser se nourrir au sein pour téter le plus, car l'efficacité de la méthode LAM, dépend de la tétée du bébé. Tant que les aliments supplémentaires ne réduisent pas de manière significative la fréquence et la quantité de l'allaitement, et ce de la tétée, de petites quantités de suppléments ne réduisent pas l'efficacité de la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement. Une tétée active d'un bébé stimule le mamelon, ce qui donne un signal à l'hypothalamus de la mère, la région du cerveau qui sécrète les hormones. L'hypothalamus libère ensuite l'hormone prolactine qui stimule la production de lait. La prolactine libère également la gonadolibérine (GnRH), l'une des hormones qui active une ovulation. Lorsque la tétée du bébé descend au-dessous d'une certaine fréquence et intensité, la gonadolibérine et d'autres hormones qui activent une ovulation ne sont plus bloquées, et les cycles menstruels, et par conséquent la fertilité, réapparaissent de temps après. Un allaitement fréquent offre aux mères tous les bénéfices de contraception de la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement, et est également un élément clé pour un allaitement optimal. L'idéal varie avec l'âge de l'enfant, soit entre 10 et 12 allaitements par jour au cours des premières semaines après la naissance, puis entre 8 et 10 fois par jour, ou sur demande (chaque fois que le bébé souhaite téter), y compris au moins une fois par nuit au cours des premiers mois. Les séances d'allaitement pendant la journée ne doivent pas être espacées de plus de quatre heures le jour, et de plus de six heures la nuit. Certains bébés peuvent ne pas vouloir téter plus de 8 et 10 fois par jour, et pourraient vouloir dormir toute la nuit. Il est parfois nécessaire d'encourager gentiment ces bébés à allaiter plus souvent.

C)- Le bébé a moins de six mois :

Une femme peut commencer à suivre la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement n'importe quand au cours des premiers six mois après un accouchement, tant qu'elle a allaité complètement ou quasi- complètement son bébé depuis la naissance, et tant que ses règles ne sont pas revenues. Ceci est particulièrement important si elle souhaite commencer à suivre la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement plus de deux mois après l'accouchement. Après six mois, lorsqu'un enfant commence à recevoir d'autres aliments, la tétée diminue et l'ovulation recommence éventuellement. Il est estimé qu'entre 10 et 40% des femmes qui suivent la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement se remettent à avoir des règles dans les six mois postpartum. La possibilité de retour des règles d'une femme avant six mois dépend de plusieurs facteurs. Elles reviennent parfois plus tard chez les femmes qui ont beaucoup d'enfants et qui ne pèsent pas assez. Pour certaines femmes, la méthode d'aménorrhée peut continuer à allaiter fréquemment, et si elle peut allaiter avant de donner d'autres aliments au nouveau-né à chaque repas. ⁽¹⁾

Lorsqu'une femme remplit ces trois critères, le risque de tomber enceinte est de moins de 2%. C'est-à-dire que sur 100 femmes qui suivent la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement pendant six premiers mois, il est possible à ce qu'une femme ou deux tombent enceintes. Presque toutes les femmes peuvent se fier en toute sécurité à cette méthode, y compris les jeunes et les

¹INFO-population reports, série L, N° 14 problèmes mondiaux de santé

femmes de plus de 40 ans. Les prestataires de soins maternels et de planning familial peuvent fournir des renseignements et des conseils aux femmes sur l'allaitement, la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement, le planning familial et l'espacement des naissances. Les prestataires de soins de santé maternelle peuvent offrir des conseils aux femmes pendant les visites prénatales, immédiatement au moment du postpartum, et pendant les soins de suivi au cours des premières semaines et des premiers mois après l'accouchement, comme au cours des visites d'immunisations et de contrôle de la croissance. Pendant ces diverses périodes les prestataires de planning familial et de soins maternels peuvent informer les femmes sur la triple valeur d'un allaitement optimal, pour la santé de leur enfant, pour leur propre santé, et pour une contraception temporaire. Les prestataires peuvent également aider les femmes à établir un plan pour une transition de la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement à une autre méthode de contraception, lorsqu'elles ne répondent plus aux critères de la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement, ou si elles ne se fient plus à cette méthode pour la contraception. Ces méthodes comprennent des méthodes non hormonales et hormonales. Ses options dépendent du temps écoulé depuis l'accouchement.

D)-Les méthodes non hormonales :

N'affectent ni l'allaitement ni le lait maternel. Il s'agit notamment des préservatifs, des spermicides, du diaphragme, et de quelques méthodes basées sur sa fertilité, ainsi que les méthodes permanentes, soit la stérilisation de la femme ou de l'homme. Les femmes peuvent commencer à suivre ces méthodes presque immédiatement après l'accouchement, à l'exception du diaphragme (son emploi commence après six semaines au moins, temps qu'il faut pour que l'utérus de la femme soit retourné à sa taille normale et la possibilité d'adapter le diaphragme), ou des méthodes basées sur la fécondité (leur usage nécessite que le couple doit attendre jusqu'à six semaines après l'accouchement, ou jusqu'à ce que les règles soient revenues, selon la méthode).

E)-Les méthodes hormonales :

Contiennent une seule hormone que du progestatif sont appropriées dès six semaines après l'accouchement. L'allaitement est bien établi à ce moment-là. Les contraceptifs à base de progestatif uniquement comprennent certains contraceptifs oraux, des produits injectables, des anneaux vaginaux, des implants. Avant six semaines, de petites quantités de l'hormone seraient transférées aux nouveau-nés qui ne peuvent pas métaboliser des stéroïdes à cet âge. Lorsque les hormones sont prises à six semaines ou plus tard, les petites quantités d'hormones transférées dans le lait maternel ne semblent pas nuire à la croissance du bébé, et ne semblent pas avoir d'influence sur la quantité et la qualité du lait maternel.

F)-Les méthodes hormonales combinées :

Six mois après l'accouchement, une femme qui allaite peut également utiliser des méthodes combinées (deux hormones), qui contiennent un œstrogène ainsi qu'un progestatif. Ces méthodes comprennent des contraceptifs oraux combinés, des produits injectables combinés, le timbre de contraception, et des anneaux vaginaux combinés. A six mois, l'effet éventuel de ces méthodes sur la quantité et la qualité du lait maternel, n'est pas important. L'emploi de ces méthodes entre six semaines et six mois n'est généralement pas recommandé, à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient ni disponibles ni acceptables.

32.10)-Assurer l'allaitement en situation d'urgence :

En situation d'urgence, la malnutrition est beaucoup plus fréquente et tue plus rapidement. La plupart des enfants ne meurent pas du fait des catastrophes naturelles, des conflits ou du déclin économique, mais plutôt des conséquences causées, certaines réalités de base concernant la façon dont sont nourris les enfants devraient être prises en compte :

- Les aliments nutritifs sont moins accessibles (par manque de revenu et en raison du mauvais état des routes), donc l'insécurité alimentaire augmente.
- L'insuffisance des soins de santé, et l'accès aux services sanitaires est difficile.
- Manque d'eau salubre.
- Les conditions d'hygiène sont inexistantes, le nettoyage et la stérilisation des ustensiles relatifs aux biberons sont impossibles, et l'alimentation au biberon est plus dangereuse.
- Dans ces situations d'urgence, les bébés et les jeunes enfants sont traumatisés et affaiblis.
- Le stress accru causé par une situation d'urgence peut diminuer jusqu'à tarir le lait de la mère.

Cela crée des circonstances potentiellement mortelles, dans les quelles la grande majorité des enfants succombent des effets conjugués et mortels de la diarrhée, des infections respiratoires et de la malnutrition grave dans ces conditions, l'OMS et l'UNICEF recommandent que les gouvernements encouragent les mères d'offrir un allaitement au sein qui est encore plus vital, seul qui peut sauver la vie des bébés, du fait de ses effets protecteurs, demandent avec insistance que les efforts d'aide s'occupent immédiatement des femmes enceintes et qui allaitent en leur prodiguant de meilleurs soins de santé maternelle, plus de rations alimentaires riches en calories et en protéines et une distribution adéquate d'eau potable propre pour les femmes enceintes et celles qui allaitent, et qu'ils leur offrent ainsi des abris sûrs ou elles peuvent se sentir plus en sécurité, ou elles peuvent rester avec leurs bébés, et ou elles pourront recevoir une alimentation et un support adéquats pour allaiter. Dans les situations d'urgence l'OMS et l'UNICEF conseillent vivement les pays de refuser les dons de nourriture de remplacement non nécessaires par contre, ils exigent de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel. Tout don de lait artificiel doit être distribué dans les conditions les plus strictes :

- ✓ Les bébés qui en bénéficient ne doivent pas avoir de possibilité de recevoir du lait maternel (les orphelins, par exemple).
- ✓ Si les produits sont donnés, s'assurer que les bébés en ont vraiment besoin.
- ✓ De tels produits ne doivent en aucun cas servir à la promotion de telle ou telle marque.

SECTION 2 : Evolution, Stratégies, Principes et Objectifs mondial de la pratique de l'allaitement maternel.

1)-Evolution mondiale de l'allaitement maternel :

1843, l'ère aux idées nouvelles non seulement dans le domaine industriel, mais encore dans le domaine social et humanitaire.

1866, à cette époque, les épidémies et les maladies étaient nombreuses, la mortalité infantile était alors considérable, et la nutrition de remplacement des enfants était à l'ordre du jour. Cette tendance a poussé Henri Nestlé à s'intéresser à l'alimentation infantile, préoccupé par l'idée : comment aider les mères incapables d'allaiter ? Jusqu'à ce qu'il soit arrivé d'inventer la « farine lactée » constituée à base du pain mélangé du lait concentré des vaches suisses.

1867, Henri Nestlé, a confirmé qu'il n'ya pas mieux de sa farine lactée, après avoir pu sauver la vie du petit **Wanner**, dont sa mère avait une grave maladie, né un mois avant terme, chétif, rejetant le lait de sa mère et toute autre nourriture, lorsque le professeur Schnetzler, médecin de l'enfant après avoir perdu l'espoir de sa guérison, ce médecin ami à Henri l'a invité à faire un essai avec sa farine lactée. Depuis ce temps, l'enfant n'a jamais rien pris d'autre que la farine de Henri. Il n'a jamais été malade, Henri Nestlé a donc franchi un pas décisif à l'alimentation infantile.

1868, il met sa farine lactée en vente à Vevey, à Lausanne, à Francfort, en France, et L'Angleterre, l'année citée la renommée de son produit se répand Outre-Atlantique.

1873, il vend 500.000 boîtes de farine lactée par an non seulement dans les principaux pays européens, mais en Amérique, en Australie, en Argentine, au Mexique et dans les Indes-néerlandaises.

1875, Henri décide de vendre sa fabrique et son nom à 61 ans, à un groupe de financiers suisses Romands pour « un million de francs ». La société « farine lactée Henri Nestlé » est constituée, il n'en restera même pas actionnaire. Dans la même année, les produits lactés, ont accès non seulement aux grands centres de population, mais aussi aux petites villes et jusqu'aux villages. Henri Nestlé, cet homme qui se croit un bienfaiteur de l'humanité par son invention « la poudre qui fait vivre les enfants », plus la farine lactée, et les autres laits artificiels a créé un grave problème sanitaire dans l'Europe du XIX siècle, puis dans le tiers monde à partir des années 60.

1885, des données réunies à Berlin indiquent des taux de mortalité infantile près de sept fois supérieurs en 1885-1886, de six fois supérieurs en 1895-1896, et de quatre fois supérieurs en 1906 chez les enfants nourris au biberon plutôt qu'au sein. D'autres études conduites dans le Calvados, à Manchester, à La Haye et en Bavière produisent des résultats comparables.

Entre 1900 et 1903, une étude réalisée à Derby, en Angleterre, indique sur plus de 8000 enfants suivis dès la naissance, elle montre un taux de mortalité à peu près trois fois supérieur (197,5 contre 69,8 pour mille) chez les enfants nourris artificiellement plutôt qu'au sein. Elle compare surtout les effets des laits non maternels, et révèle que la mortalité est la plus faible parmi les enfants nourris au lait de vache coupé d'eau, la plus forte parmi ceux nourris au lait condensé sucré. Loin de sauver les bébés, l'usage de laits artificiels tels ceux de Nestlé a donc des conséquences plus néfastes que le recours au simple lait de vache. L'utilisation de ceux-ci, est inutile, parfois dangereuse, et toujours onéreuse. Pourquoi l'allaitement au biberon cause-t-il chez les nourrissons des problèmes de santé que leur épargne souvent l'allaitement maternel ? les médecins de l'époque ne le comprennent pas entièrement, mais ils savent d'expérience que les enfants nourris artificiellement sont beaucoup plus souvent frappés de diarrhées et d' « atrophie

infantile », un syndrome de carence alimentaire qu'on nommera plus tard marasme. Diarrhées et atrophie infantile constituent alors la principale cause de mortalité infantile en Europe, et l'allaitement artificiel augmente considérablement les risques qu'un nourrisson en soit frappé, préparés dans les conditions d'hygiène précaires de l'époque, les biberons ont toutes les chances de l'exposer à des sources d'infection absentes du lait maternel. Les mères n'ont souvent pas l'eau courante, celle dont elles disposent n'est souvent pas potable, les règles élémentaires de la stérilité leur sont inconnues, enfin faute de ressource suffisantes, les femmes de la classe défavorisée diluent à l'excès le lait qu'elles donnent à leurs enfants. Ces taux élevés de mortalité infantile chez les enfants nourris au biberon sont inséparables des bouleversements sociaux que connaît alors la société européenne. L'urbanisation se développe, les quartiers de taudis se multiplient, le nombre des naissances augmente. L'industrialisation est la cause première de ces maux. C'est elle qui contraint les mères à travailler au-dehors et les empêche de nourrir leurs enfants au sein. Elle met en même temps sur le marché des laits artificiels qui leur permettent de ne plus allaiter. Le lait artificiel, n'est pas le remède miracle qu'avait cru Henri Nestlé. Il suscite à son tour un gros problème de santé publique. Les médecins et les savants fournissent des efforts pour remédier au déclin de l'allaitement maternel, par l'emploi de la farine alimentaire de Henri Nestlé, et les laits pour nourrissons inappropriés, dans le but de réduire la mortalité si considérable qui frappe les enfants en bas âge, et par l'amélioration scientifique de l'allaitement artificiel, au lieu de revenir à l'allaitement maternel. La biochimie naissante montre quels éléments nutritifs il convient d'ajouter au lait de vache pour mieux l'adapter aux besoins des enfants. Afin d'enrayer la mortalité infantile au sein de la classe défavorisée, un mouvement comme celui des gouttes de lait en France s'applique dès la fin du XIX siècle à fournir aux jeunes mères du lait de bonne qualité et à leur apprendre comment l'utiliser de façon sûre. Enfin, à partir de **1910**, les conditions d'hygiène dans les villes s'améliorent notablement et l'approvisionnement en eau potable se généralise. **En 1912**, les laits artificiels et les biberons sont importés et répandus, grâce à Nestlé en particulier en Afrique orientale et qui mènent à de nombreux cas de « sous-alimentation » et de désordres intestinaux. **En 1920**, Nestlé en détient quatre-vingts fabriques à travers le monde. Dans la même année, elle ouvre sa première usine de lait dans ce qu'on nommera plus tard le tiers monde, au Brésil. **En 1921**, après la farine lactée et le lait concentré et évaporé, Nestlé lance sur le marché son premier lait pour nourrissons, le Lactogène (pleine protéine). **En 1922**, une étude portant sur plus de 22000 enfants dans huit villes américaines montre que le taux de mortalité des enfants nourris entièrement au sein, par rapport aux enfants nourris entièrement artificiellement, est de trois fois inférieur le premier mois, de quatre fois inférieur le deuxième mois, et près de huit fois inférieur le sixième mois. Il est suivi **en 1930** du Nestogène, et **en 1934** du Pélargon, un lait acidifié, il (accroît la résistance aux infections). **En 1939**, Dr Cicely Williams, est la première pédiatre d'origine Anglaise, qui a lancé le premier cri d'alarme qui, **en 1933**, en Afrique de l'Ouest, a décrit pour la première fois le syndrome du Kwashiorkor. Partie pour Singapour, elle y voit les premiers ravages du biberon parmi les familles pauvres de la ville. **En 1939** elle prononce une conférence qu'elle intitule lait et Meurtre, et s'exclame : « si votre existence vous remplissait d'autant d'amertume que la mienne, quand je vois jour après jour ce massacre des innocents que cause une alimentation inadéquate, alors vous penseriez avec moi, je crois, qu'une propagande erronée en matière de nutrition infantile devrait être punie comme la forme la plus criminelle de sédition, et que ces morts devraient être considérées comme des meurtres, devant le Rotary Club de Singapour.

CHAPITRE : 02

Malgré ce cri, les produits lactés restent les plus importants pendant et après la seconde guerre mondiale. C'est surtout à la fin des années **50** que les fabricants de lait pour nourrissons partent à l'assaut du tiers monde, ils voient dans ces pays de gros marchés potentiels. La pénétration d'aliments pour nourrissons est faible, les naissances sont nombreuses, le nombre grandissant de femmes qui occupent des emplois et le niveau de vie semble devoir s'élever. Comme les Européennes de la du XIX siècle, les mères du tiers monde ne peuvent remplir les trois conditions d'un allaitement au biberon sans danger : une hygiène adéquate, assez d'argent pour acheter du lait pour nourrissons en quantité suffisante et un degré d'éducation qui leur permette de le préparer de façon appropriée. Les nourrissons ne reçoivent ni assez de protéines ni assez de calories, car leurs mères diluent excessivement leurs biberons, en outre ces biberons sont souvent contaminés et provoquent des diarrhées, impossible de les préparer de façon hygiénique avec des ustensiles inadéquats et mal lavés, jusqu'alors le principal syndrome de malnutrition infantile, le Kwashiorkor apparait : les enfants qui en sont atteints reçoivent souvent assez de calories, mais trop peu sont d'origine protéinique. Les calories proviennent de trois sources : les hydrates de carbone (sucre), les lipides (graisses) et les protéines. Cette carence provoque de graves troubles du métabolisme dont l'issue peut être fatale. Les victimes du Kwashiorkor sont en général des enfants de 12 à 36 mois nourris avec des aliments pauvres en protéines. Pendant la même période, une autre maladie de carence : le marasme, se met à prendre la place du Kwashiorkor. Le marasme frappe surtout les enfants de moins d'une année et souvent des bébés de quelques mois à peine, est causé par un apport globalement insuffisant de calories des trois sources, et par une carence en d'autres éléments nutritifs. Les enfants qui en souffrent sont extrêmement maigres, sans graisse ni muscles, avec un visage ridé de vieillard. A la fin des années **60** et au début des années **70**, une raison supplémentaire oriente leurs efforts vers ces pays : le marché des aliments pour nourrissons se rétrécit dans les pays industrialisés avec le recul de la natalité et le retour en vogue de l'allaitement maternel. On comprend de manière plus claire la guerre que se livrent les fabricants sur ces marchés. Elle se caractérise par une lutte publicitaire massive et féroce du lait pour nourrissons. Celle-ci est concentrée entre les mains de quatre firmes : Nestlé occupe une position dominante, et les trois entreprises américaines : Ross-Abbott, Mead-Johnson-Bristol-Myers et Wyeth-American Home Product. Elles contrôlent ensemble **3/4** du marché mondial et **2/3** du marché du tiers monde. Nestlé, « le plus gros laitier du monde », domine à elle seule **1/3** du marché mondial et **45 à 50%** du marché du tiers monde. Son contrôle sur différents pays pris individuellement est plus écrasant : **50%** du marché en suède, **55%** en Italie, **60%** au Danemark, **65%** en France ; et dans les pays du tiers monde : **47%** aux philippines, **55%** au Mexique, **70%** en Thaïlande, et Colombie, **72%** en Afrique du sud, **80%** en Tanzanie, et **95%** au Brésil. Dans une telle situation de rivalité d'intérêts, les produits pour nourrissons jouent un rôle clé dans l'expansion commerciale vers le tiers monde, les firmes préfèrent ne pas se livrer à des guerres de prix qui peuvent devenir dévastatrices, et choisissent de se livrer concurrence en différenciant leurs produits et en rivalisant d'efforts publicitaires, car les différences dans les laits artificiels qui les séparent tiennent surtout aux noms qu'on leur donne, et non à la composition des laits pour nourrissons qui est généralement la même d'une marque à l'autre. Reste donc la promotion commerciale : c'est la principale arène où s'affrontent les fabricants. Dans cette rivalité promotionnelle les concurrents du lait pour nourrissons empruntent une stratégie particulière en raison de monopoliser plus de marchés pour leurs produits, l'entreprise de Henri Nestlé a été la première à le comprendre s'adresse directement

CHAPITRE : 02

aux médecins, car la consommation de ce produit débute dans l'enceinte d'une maternité, juste après la naissance du bébé. Dans ces conditions, les fabricants de lait pour nourrissons tendent à diriger le gros de leur promotion vers le corps médical, les jeunes mères, et les maternités, ils s'efforcent à fournir gratuitement aux maternités des échantillons gratuits de lait et des paquets-cadeaux aux jeunes mères au moment de leur départ. Puisque sur **100** enfants qui quittent la maternité avec une marque de lait donnée, **93%** des bébés continuent de l'employer, l'importance de la promotion dans les hôpitaux devient évidente. Les fabricants après avoir reçu une assurance de consommation des nouveau-nés et une fidélité des mères à leur marque, les représentants continuent de distribuer jusqu'à ce que cette pratique se soit développée surtout pendant les années **60 et 70**, aux Philippines par exemple, le total des échantillons gratuits donnés aux mères atteint **1100. 000** boîtes par an, soit **7%** des ventes totales de lait pour nourrissons. L'idéal pour un fabricant est d'obtenir un contrat d'exclusivité avec une ou plusieurs maternités ou l'ensemble des services de santé d'une région ou d'un pays donné. De façon générale, certains pédiatres sont le véhicule de la stratégie commerciale le plus important, sont en particulier l'objet de la sollicitude des fabricants, en raison de l'influence qu'ils exercent sur le choix par les jeunes mères d'une marque de lait, ils recherchent leur appui en leur livrant gratuitement du lait pour leurs propres nourrissons, en leur rendant des visites régulières, en leur offrant du matériel médical gratuit, en organisant des séminaires ou en finançant leur participation à des conférences en contre partie, ces médecins ne doivent pas se montrer critique de leurs activités, pour de gros intérêts partagés entre les médecins et les fabricants, la mafia médicale est née, pour en servir l'industrie de l'alimentation artificielle, en exerçant un impact considérable dans leurs pays respectifs, et la science « recherche médicale » chez ces pédiatres n'est plus objective. D'autres formes de promotion sont en usage en particulier dans les pays en développement par exemple : l'emploi des techniques publicitaires puissantes pour vendre des aliments infantiles dans des régions où la large majorité des mères ne sont pas en mesure d'acheter des quantités suffisantes et d'appliquer les techniques de façon satisfaisante. La publicité pour le Lactogène, un lait Nestlé, représente **86,9%** de toute la publicité en faveur des aliments pour bébés et **11,26%** du volume publicitaire total. Une autre étude est réalisée en Sierra Leone en août **1974**, Nestlé diffuse **135** messages de **30** secondes pour le Lactogène, **60** pour le Cérélac (farine lactée), et **150** pour le Nido (lait en poudre). Les messages sont faits en langue mère du pays cité. Quant aux infirmières du lait « Milk nurses », sont en réalité des vendeuses sans aucune formation médicale, déguisées en infirmières, les fabricants notamment Nestlé les manipulent par assistance, elles ont pour rôle de travailler à l'amélioration de la santé des mères et des enfants en coopération avec les médecins et les infirmières dans les maternités et les hôpitaux, en même temps sont « des agents de relations publiques » pour Nestlé, sont également utilisées comme le principal véhicule promotionnel de leurs laits pour nourrissons dans les régions les plus reculées et déshéritées du tiers monde, surtout en Afrique, en Asie, et dans les Caraïbes, où les établissements de santé, le corps médical et celui des infirmières sont rares, et la consommation de lait et l'usage de biberons n'entrent pas nécessairement dans les traditions alimentaires de ces régions, et le devoir demandé aux infirmières de lait est de convertir les mères à utiliser les produits lactés, surtout quand l'allaitement maternel échoue, ou est impossible ou à titre d'aliment de complément.

À partir des années **70**, le recul de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement, en particulier au Chili, en Bolivie, au Brésil, au Mexique, au Salvador, en

CHAPITRE : 02

Jamaïque, à Trinidad, en Ethiopie, aux Philippines, en Thaïlande, en Iran, en Amérique latine, en Afrique et à Singapour, est démontré par de nouvelles études. Pendant la même période, une étude publiée en **1971**, s'appuie sur des données rassemblées dans des villages du Penjab de **1955 à 1959** : sur **20** enfants nourris artificiellement, il y a un seul survivant à l'âge de 11 mois, sur **739** enfants nourris au sein, on en compte au contraire **650**. Une autre étude conduite au Chili et publiée en **1973** montre que les taux de mortalité sont deux à trois fois plus élevés chez les enfants nourris au biberon plutôt qu'au sein. C'est l'équivalent d'une épidémie qui va de pair avec l'irruption des fabricants, des biberons et des laits en poudre, la maladie du biberon se propage et condamne à mort la vie des bébés, et ceux qui ne meurent pas sont entraînés dans un cercle vicieux de malnutrition et de maladie qui les laisse physiquement et intellectuellement marqués pour la vie. Devant ces taux élevés de mortalité, de morbidité et malnutrition infantile, observés dans les cliniques, les hôpitaux, dans les taudis et les cimetières du tiers monde, a secoué et provoque la rébellion et la conscience humanitaire de quelques grands spécialistes de la nutrition infantile en climat tropical qui vont se mettre à prononcer la condamnation contre les fabricants, leurs activités, et leurs mauvaises stratégies commerciales comme : Cicely Williams, affirme que le travail des Milk nurses est horrible, sont les filles de Nestlé déguisées en infirmières, employées pour arracher de la bouche des bébés un sein qui allaite, pour y verser du lait pour nourrissons. Dr Derrick Jelliffe et d'autres pédiatres, comparent les échantillons gratuits des fabricants à ceux d'un trafiquant de drogue. Un autre professeur américain résume ces critiques par : « une commercialisation abusive est l'équivalent d'un infanticide collectif ». Ces critiques se répandent dès lors dans certains cercles médicaux, certains pédiatres se rendent compte que les fabricants se servent d'eux, et doivent renoncer à toute forme de promotion. Ces premières condamnations pour l'allaitement au biberon s'expriment uniquement dans des revues spécialisées, ou dans de congrès médicaux. De même, les premiers affrontements entre certains médecins et les fabricants marquent un moment important dans l'histoire des relations entre le corps médical et le monde industriel. **En 1968**, premier symposium consacré à la « malnutrition protéino-calorique », Derrick Jelliffe, décrit les dangers du lait en boîte et d'aliments pour nourrissons inadaptés aux besoins nutritifs des bébés, en s'appuyant sur son expérience des Caraïbes. La question de Derrick Jelliffe n'a pas eu de retentissement, Nestlé et ses concurrents continuent de recourir aux mêmes méthodes pour faire grimper leurs ventes, la maladie du biberon se propage plus, le pédiatre Derrick adresse un appel de secours au système des nations unies pour donner plus de poids à ses critiques, l'OMS, L'UNICEF, et de la FAO, se manifestent, le pédiatre Derrick, organise une rencontre entre des spécialistes de l'alimentation infantile dans les régions tropicales et quelques dirigeants de sociétés d'aliments pour bébés à Bogota, les **5 et 6 novembre 1970**. Dans cette rencontre, les pédiatres lancent de sévères critiques aux méthodes promotionnelles des fabricants, ils leurs, demandent, notamment à Nestlé de souligner l'importance ou la supériorité de l'allaitement maternel affirmée après tant de recherches scientifiques dans les prospectus et les étiquettes des boîtes de lait, et par laquelle les concurrents s'en servent pour vanter les mérites de leurs laits artificiels. Les fabricants donnent des promesses d'encourager l'alimentation au sein par tous les moyens, d'utiliser un personnel compétent et de recevoir leurs étiquettes et leur matériel éducatif pour mieux prévenir un mauvais usage des laits artificiels, la seule condition sine qua non des fabricants que la rébellion des pédiatres soit passée sous silence. D'autres rencontres similaires sont organisées, à Paris **en 1972**, à New York, **en 1973**, dans la même année, après cinq ans d'efforts, la révolte des

CHAPITRE : 02

médecins et leurs écrits dans les journaux médicaux ne changent rien de la situation, l'information sur les mauvaises méthodes commerciales des fabricants est diffusée dans le monde entier, et entre sur le terrain de l'opinion publique. En Aout **1973**, un magazine britannique le *New internationalist*, publie une interview dans laquelle, deux spécialistes de pédiatrie décrivent la tragédie des laits artificiels et leur impact sur la survie des nouveau-nés et des jeunes enfants. **En 1973 et 1974**, une pédiatre philippine, rapporte une expérience faite à l'hôpital général de Baguio sur **10.000** enfants, dont la majorité des bébés sont nourris au biberon, puis on a changé les pratiques hospitalières de façon à faciliter l'allaitement maternel. Les enfants ne sont plus séparés de leurs mères à la naissance, 4/5 sont nourris au sein et le taux de mortalité infantile a diminué de **47,2%**, et celui de morbidité de **58%**. Fatima Patal, une infirmière du Pérou, témoigne une de ses expériences auprès des Indiens de l'Amazonie, où la majorité des enfants sont nourris au lait artificiel, mais la seule eau pour faire bouillir les biberons, est celle de la rivière, qui sert aussi de buanderie, de salle de bains et de latrines. Les experts affirment les révélations du Dr Derrick Jelliffe que : « le marasme précoce et la diarrhée sont le problème numéro un de santé publique », et si l'allaitement maternel peut être restauré dans les pays en voie de développement, quelque dix millions de bébés par an peuvent être protégés de la diarrhée et du marasme. **En 1974**, une organisation britannique d'aide au tiers-monde, publie une brochure intitulée « tueur des bébés ». L'auteur était un jeune étudiant à Londres du sud-africain, Mike Muller et le « tueur » dont elle parle, est le biberon. En suisse, dans la même période, un groupe de travail tiers monde, se constitue de jeunes militants bernois intéressés par les problèmes du développement, publie une brochure en allemand avec une introduction et un titre volontairement provocateurs « Nestlé tue les bébés ». Cette provocation éveille la conscience des suisses et accusent de meurtre la plus grande entreprise suisse qui a fini par une déclaration de guerre entre le public et l'entreprise Nestlé. Cette dernière dépose **04** plaintes pour diffamation et calomnie contre les brochures médicales et les écrits du groupe de travail du tiers monde. En mai **1975**, devant un procès, le président de Nestlé se défend et déclare : les produits Nestlé ne tuent pas les bébés, ils leurs sauvent la vie par millions. Chacun à Vevey le sait. Nestlé accuse sans scrupule le groupe de travail du tiers monde de jeunes ratés et des envieux, doivent être punis pénalement. Avant le **27 novembre 1975**, le procès amasse des extraits d'études scientifiques, reproduit les messages publicitaires utilisés par Nestlé dans le tiers monde, et des témoignages de grands noms de la médecine tropicale. Deux jours avant l'ouverture du procès, la médecine tropicale, promulgue un code de conduite qui doit s'appliquer à la majorité des fabricants consiste : que la méthode de la commercialisation du lait pour nourrissons dans le tiers monde, et certaines pratiques doivent être rectifiées. Le procès a connu plusieurs audiences devant un nombreux public suisse et étranger, et une confrontation serrée entre les membres du groupe de travail tiers monde et l'entreprise Nestlé. Deux jours avant la dernière audience, Nestlé retire trois de ses quatre plaintes, à la fin du procès, le juge prononce son verdict, accuse Nestlé coupable de ces meurtres, et certifie que ses méthodes commerciales sont mal utilisées, et les laits pour nourrissons ont entraîné la mort de nombreux enfants. Les détracteurs de Nestlé sortent victorieux du procès, reçoivent des messages de soutien de la part de grandes figures de la pédiatrie tropicale, comme Dr Cicely Williams, leur victoire a donné un retentissement mondial, la presse en a parlé du Mexique à L'Australie. Le procès a permis aux membres du groupe de travail tiers monde de découvrir un nombre important de gens dans nombre de pays militent contre les fabricants de lait, et décident de réunir à berne, du **3 au 5**

juillet **1976**, tous ces groupes de militants : des Scandinaves, des Hollandais, des britanniques, des Allemands et surtout une jeune Américaine ,Leah Margulies, grâce à elle et au soutien des militants une réaction épidermique mondiale surgit, élabore une stratégie coordonnée à l'échelon international, pour ne pas dénoncer seulement les pratiques de Nestlé et de ses concurrents mais, de les contraindre à réformer leurs méthodes promotionnelles. **Le 4 juillet 1977**, un boycott des produits Nestlé est lancé aux États-Unis par une coalition de militants américains, L'INFACT, demandent à l'entreprise de renoncer dans les pays du tiers monde à toute promotion en faveur du lait pour nourrissons, responsable de la mort de nombreux bébés. Et les économistes : Wickstrom et Got-berg ont proposé de : réduire la promotion en faveur du lait pour nourrissons, pour ralentir le déclin de l'allaitement maternel. **En 1978**, les ventes de lait pour nourrissons dans le tiers monde représentent **600** millions de dollars, cinq ans plus tard, elles dépassent **02** milliards de dollars. Le **23 mai 1978**, le sénateur Edward Kennedy organise une audience parlementaire, suggère que Nestlé a vendu ses laits pour nourrissons dans des zones impropres à leur consommation, le boycott progresse aux Etats-Unis et le nombre des militants américains se multiplie, une internationale de citoyens et des hautes autorités médicales, décidés et organisés pour détraquer les stratégies commerciales les plus affinées des fabricants. **En 1981**, Nestlé et ses concurrents vont se retrouver la cible d'un boycott, auquel, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le code international de commercialisation des substituts du lait maternel par **118** pays, le Code proscrit totalement toute forme de promotion des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines auprès du grand public; il stipule que les établissements de santé et les professionnels de la santé ne doivent jouer aucun rôle dans la promotion des substituts du lait maternel et qu'il ne faut pas distribuer d'échantillons gratuits de ces produits aux femmes enceintes, aux jeunes mères ou à leur famille. Le code, ainsi que les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé adoptées par la suite, est un document qui contient un ensemble de recommandations dont l'esprit est d'encadrer les activités de commercialisation de tout produit utilisé comme aliment de substitution au lait maternel. Il a pour but de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sécuritaire, saine et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein. Il assure une utilisation correcte des substituts du lait maternel lorsque ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une mise en marché appropriée (OMS, **1981**).⁽¹⁾ Voici le résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé.⁽²⁾

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines et biberons auprès du grand public.
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes et aux parents.
3. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines et biberons dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits).
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.

¹ Source de l'évolution mondiale de l'allaitement maternel : JEAN-CLAUDE BUFFLE, dossier N...comme Nestlé : Multinationale et infanticide le lait, les bébés et...la mort.1986

² Situation des enfants dans le monde. OMS, 1984

CHAPITRE : 02

6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pot, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
7. Exiger que les emballages et étiquettes mentionnent clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comportent une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de péremption y est indiquée, et que les emballages ne comportent pas de termes comme « humanisé » ou « maternisé ».
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêts, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.).

2)- Les stratégies :

2.1)-Stratégie 1 :

Depuis 1989, un mouvement mondial de lutte contre le déclin de l'allaitement maternel a vu le jour. L'allaitement au sein est considéré comme l'une des composantes essentielles des stratégies de survie de l'enfant. La Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité) a proposé les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et les sept étapes du plan de protection, soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire.

2.2)-Stratégie 2 :

En juillet 1990, à Florence (Italie), l'action est renforcée par la déclaration d'Innocenti « il faut que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faut que les enfants continuent d'être nourris au sein tout en recevant une alimentation appropriée et adéquate, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà ».

En septembre 1990, le sommet mondial pour l'enfance qui s'est tenu à New York a fait figurer la promotion de l'allaitement maternel parmi les 25 objectifs de la déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant. La Déclaration d'Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS/UNICEF sur « L'allaitement maternel dans les années 90 « une initiative mondiale ». Elle demande aux Etats de :

- 1)- Désigner un coordinateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé.

CHAPITRE : 02

2)- Faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » énoncées dans la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel et les services liés à la maternité.

3)- Mettre en œuvre les principes et l'objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé.

4)- Promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application.

Et cinq cibles opérationnelles supplémentaires :

5)- Elaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer une politique complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte des politiques et programmes nationaux concernant la nutrition, la santé de l'enfant, la santé génésique et la réduction de la pauvreté.

6)- Faire en sorte que le secteur de la santé et les autres secteurs concernés protègent, encouragent et appuient l'allaitement exclusif au sein pendant six mois et sa poursuite jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, tout en garantissant aux femmes l'accès aux moyens nécessaires dans la famille, dans la communauté et au travail – pour y parvenir.

7)- Promouvoir une alimentation complémentaire adéquate, sûre appropriée et à terme, parallèlement à la poursuite de l'allaitement maternel.

8)- Donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans des situations de difficulté exceptionnelle et sur le soutien dont ont besoin en pareil cas les mères, les familles et les autres personnes qui s'occupent des enfants.

9)- Envisager la nécessité de nouvelles mesures, législatives ou autres, dans le cadre d'une politique vaste sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et aux objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé.

2.3)-Stratégie 3 :

1991, l'OMS, l'UNICEF et l'Association Internationale de Pédiatrie ont lancé le concept « Hôpital Ami des Bébé » lors d'une réunion internationale sur l'allaitement au sein à Ankara, pour donner suite à la déclaration d'Innocenti, pendant la même année, un consortium d'ONG internationales (dont l'IBFAN) crée **l'Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement maternel (WABA)**, qui soutient la mise en œuvre de la déclaration d'Innocenti et organise, tous les ans la Semaine Mondiale de l'Allaitement.

Quant à l'initiative des hôpitaux amis des bébés est un moyen d'amorcer un processus pour rétablir une culture d'allaitement maternel à l'échelle mondiale. Sa mise en œuvre contribue aux facteurs suivants :

- l'excellence des soins à la mère et au bébé dans une perspective familiale ;
- l'assurance de la qualité grâce au respect de normes internationales ;

CHAPITRE : 02

- à long terme, l'amélioration de la santé des enfants, de leur développement psychomoteur et de la santé de la mère.

Depuis 1991, près de 20.000 établissements de santé ont obtenu la certification « amis des bébés » dans plus de 150 pays . Des études menées au Bangladesh, au Bélarus, au Brésil, en Croatie, au Nigéria, et à Taiwan et dans d'autres pays, ont indiqué qu'un nombre plus élevé de femmes commencent à allaiter leur bébé plus tôt, et le nourrissent exclusivement au sein pendant plus longtemps dans les régions desservies par les hôpitaux Amis des bébés. Deux études à ce sujet, la première réalisée en Biélorussie et la seconde aux Etats-Unis. Dans une étude hasardée, probablement la plus importante dans le champ de la lactation humaine, Kramer et son équipe ont évalué, en **2001**, les effets d'un modèle d'intervention basé sur l'IHAB dans des maternités de centres hospitaliers. Les maternités du groupe expérimental ont mis en place le modèle d'intervention. Ces maternités ont été comparées à des maternités témoins qui ont maintenu les pratiques et les politiques habituelles quant à l'alimentation des enfants. L'étude, réalisée en Biélorussie, a rejoint un total de **17 046 dyades mère-enfant**. Les résultats de cette étude montrent : qu'à 3 mois, le taux d'allaitement exclusif est sept fois plus élevé parmi les femmes qui ont accouché dans un hôpital « Ami des bébés » et à 6 mois, il est douze fois plus élevé .Une diminution du risque d'infection gastro-intestinale et de dermatite atopique pendant la première année de vie, parmi les bébés du groupe expérimental. Aux États-Unis, une enquête sur les taux d'allaitement dans **28** centres hospitaliers certifiés « Amis des bébés » (Merewood et autres, 2005) montre qu'une plus grande proportion des mères allaitaient leur nouveau-né à la naissance, en **2001**, comparativement à l'ensemble des nouvelles mères au pays. Pour obtenir la reconnaissance officielle « Ami des bébés », un hôpital doit :

- 1)- Appliquer les Dix conditions et les sept étapes pour le succès de l'allaitement maternel;
- 2)- Respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel 1981;
- 3)- Présenter un taux d'allaitement exclusif de 75 % à la sortie du service de maternité ou le taux national correspondant, s'il est plus élevé;
- 4)- Passer avec succès un processus d'évaluation externe

2.3.1)-Pour être reconnue « Ami des Bébé » par l'UNICEF et l'OMS, une maternité doit satisfaire aux dix conditions suivantes :

- 1)- Avoir des directives par écrit sur l'allaitement, communiquées régulièrement à tout le personnel de soins.
- 2)- Former tout le personnel de soins de manière aux aptitudes nécessaires pour appliquer ces directives.
- 3)- Informer toutes les femmes enceintes sur les avantages et la gestation de l'allaitement.
- 4)- Aider les mères à commencer à allaiter dans l'heure qui suit l'accouchement.
- 5)- Montrer aux mères comment allaiter et maintenir la lactation, même si elles sont séparées de leurs bébés pour une certaine durée.
- 6)- Ne pas donner aux nouveau-nés des aliments ou des boissons autres que le lait maternel, sauf si indiqué pour des raisons médicales.

7)- Pratiquer la cohabitation, c'est-à-dire permettre aux mères et aux bébés de rester ensemble 24 heures par jour.

8)- Encourager l'allaitement sur la demande du bébé.

9)- Ne pas donner des tétines artificielles ou des sucettes aux enfants qui sont nourris au sein.

10)- Encourager la création de groupes de soutien pour l'allaitement et leur envoyer les nouvelles mères à leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

2.3.2)- Les Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire. Tous les services en santé doivent :

1)- Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel et des bénévoles.

2)- Donner à tous les intervenants en santé les connaissances et compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'allaitement maternel.

3)- Renseigner les femmes enceintes et leur famille sur les avantages de l'allaitement maternel et sur sa pratique.

4)- Aider les mères à commencer l'allaitement maternel exclusif et à le poursuivre jusqu'à 6 mois.

5) - Encourager la poursuite de l'allaitement maternel après 6 mois avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés au régime du bébé au moment opportun.

6)- Offrir une ambiance accueillante aux familles des bébés allaités.

7)- Encourager la collaboration entre les intervenants de la santé, les groupes d'entraide à l'allaitement maternel et la communauté locale.

2.3.3)-Le label "Hôpitaux amis des bébés :

Par ailleurs, pour obtenir le "Label", un rapport favorable d'un inspecteur international, de trois membres du comité "I.H.A.B", un membre O.M.S / U.N.I.C.E.F. est essentiel. A cet effet, les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés doivent satisfaire à un certain nombre de critères d'admissibilité:

- **A)- Autoévaluation** (le service juge lui-même ses pratiques en remplissant le questionnaire d'autoévaluation afin de savoir où l'équipe se situe par rapport aux dix conditions.
- **B)- Projet de service** (élaboration et mise en œuvre d'un plan d'action concernant les changements nécessaires pour atteindre les standards minimums).
- **C)- Déclaration de mise en route vers le label** (déclaration non obligatoire qui formalise l'engagement vers le label).
- **D)- Attribution du label** ou (le certificat d'engagement après évaluation). Suivi et réévaluation (le label est attribué pour une durée de 4 ans au terme de laquelle l'établissement demande une réévaluation pour conserver son statut. Il est demandé aux équipes de s'assurer que leurs pratiques continuent à répondre à des normes élevées.

Contrairement à la Tunisie et le Maroc qui se sont engagés dans le processus de l'obtention du label, l'Algérie semble traîner le pas nonobstant son adhésion officielle. Si un texte existe réellement (arrêté n°12 OIMSPI du 18 novembre 1995), la réalité est tout autre. Elle est décrite dans la circulaire n° 002/MSP/MIN du 18 février 1999 dans laquelle le ministère algérien de la santé parle de " ... situation défavorable à la promotion de l'allaitement maternel ..." et d'une population d'enfants nourrie au sein avant l'âge de quatre mois évalué à 56%. Ces résultats "sont en quelque sorte un constat d'échec partiel de l'action sanitaire suivie jusqu'à ce jour en matière d'allaitement maternel". ⁽¹⁾

Quatorze ans depuis la naissance du Label, des programmes et autres rapports continuent de s'en inspirer théoriquement (ex. Programme triennal 2006-2009, National, Périnatale) mais aucune structure n'a réussi à décrocher l'estampille de l'organisation internationale. L'Algérie est un gros importateur de lait. La facture s'élève à 600 millions de dollars. Celle du médicament est presque identique. De plus, "600 000 importateurs activent dans l'économie informel "dont une bonne partie s'affaire dans l'importation agro-alimentaire de tout genre.

2.3.4)-Les responsabilités des établissements en matière d'allaitement maternel :

Les lignes directrices en matière d'allaitement maternel à l'échelle mondiale, précisent les responsabilités des établissements visés, dont sept sont communes aux hôpitaux, aux maternités et aux cliniques de santé communautaires les voici :

- 1)- Mettre en œuvre les orientations ministérielles en matière d'allaitement maternel.
- 2)- Avoir une politique relativement à l'allaitement maternel, adoptée par le conseil d'administration et mise en œuvre.
- 3)- Désigner un porteur de dossier « allaitement maternel » pour faire connaître la politique et faciliter l'implantation de l'IAB.
- 4)- Concevoir une stratégie d'implantation pour devenir un établissement « Ami des bébés ».
- 5)- Respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- 6)- Mettre en place les conditions nécessaires pour faciliter l'allaitement maternel parmi le personnel.
- 7)- Assurer le suivi de la situation de l'allaitement au centre hospitalier et maternité, sur le territoire communautaire

2.4)-Stratégie 4 :

En Décembre 1992, la conférence internationale sur la nutrition tenue à Rome a identifié la promotion de l'allaitement maternel comme l'un des axes stratégiques autour duquel doit s'articuler le plan mondial d'action pour la nutrition. Parmi les mesures de protection, de promotion et de soutien de l'allaitement maternel, il est recommandé aux gouvernements de « déployer tous les efforts possibles pour faire participer les services de maternité à l'initiative des hôpitaux amis des bébés ».

¹ Ethique et commerce international, l'exemple du commerce des substituts du lait maternel, Oussoukine, 2010, p 55.

CHAPITRE : 02

En mai 2001, l'OMS et l'Unicef recommandent un allaitement exclusif de six mois, à la place de "4 à 6 mois".

2.5)-Stratégie 5 :

En Mai 2002, une Stratégie mondiale adoptée pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant faisant une large place à l'allaitement maternel, s'appuie largement sur les actions préalablement mises en place : l'Initiative Hôpital Ami des Bébé, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, la Déclaration Innocenti ainsi que sur les nouvelles recommandations de durée d'allaitement exclusif (six mois) et total (deux ans), car l'allaitement maternel est unanimement admis et affirmé dans les résolutions et déclarations citées ci-dessus comme une garantie de sécurité nutritionnelle.

2003, la Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a rappelé l'importance de la mise en place de l'IHAB partout dans le monde.

Cependant, des pratiques alimentaires inappropriées – allaitement insuffisant ou inexistant et alimentation complémentaire inadéquate – restent dans le monde ce qui menace le plus la santé et la survie de l'enfant. Une amélioration de la pratique de l'allaitement maternel peut à elle seule sauver chaque jour les vies de plus de 3500 enfants, soit plus que toute autre action préventive.⁽¹⁾ C'est pourquoi **en 2005**, à Florence (Italie) les participants sont réunis pour célébrer le quinzième anniversaire de la déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, les membres ont demandé à tous les pays concernés de prendre des mesures urgentes et nécessaires pour assurer à nos enfants un bon départ dans la vie, atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement d'ici à 2015 et garantir les droits des générations présentes et futures.

2006, Les documents de 1992 viennent d'être révisés en 2006 en prenant en compte l'expérience acquise au niveau mondial ainsi que les dernières données scientifiques. En particulier, dans les pays concernés, un soutien et une information sur des pratiques d'alimentation appropriée doivent être apportés aux mères HIV+, afin de réduire la transmission verticale. Globalement, il est souhaitable d'étendre le concept « ami des bébés » et de l'intégrer à d'autres programmes de soins.

3)- Les principes de la stratégie :

Deux principes ont présidé à l'élaboration de la stratégie :

3.1)-Premier principe :

Elle repose sur des dernières données scientifiques, épidémiologiques, sur l'importance avérée de la nutrition appropriée du nourrisson et du jeune enfant, en particulier de l'allaitement maternel et sur son rôle crucial durant les six premiers mois, et dans les premières années de la vie et de l'alimentation complémentaire. Mais par défaut de l'allaitement, notamment l'allaitement maternel exclusif (à 06 mois) a entraîné à l'échelle mondiale **60%** d'enfants souffrant de malnutrition, sont plus souvent malades et subissent toute leur vie les conséquences

¹ DECLARATION INNOCENTI, Sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 22 novembre 2005 Florence, Italie

CHAPITRE : 02

d'un développement perturbé, **10,9** millions de décès annuels d'enfants de moins de **05 ans**, **2/3** de ces décès sont associés à des pratiques d'alimentation inappropriées, surviennent dans la première année de vie, pas moins de **55 %** des décès annuels de nourrissons par maladies diarrhéiques et infections respiratoires aiguës sont aussi le résultat de pratiques d'alimentation inappropriées, **1,3** million de morts sont dues chaque année aux lacunes de l'allaitement exclusif, et **600.000** au fait que l'allaitement n'est pas poursuivi et assorti d'une alimentation complémentaire adéquate. Alors qu'une amélioration de la pratique de l'allaitement maternel pourrait à elle seule sauver chaque jour les vies de plus de **3500** enfants, soit plus que toute autre action préventive. Même au cours des situations d'urgence et de crises les plus difficiles comme le séisme de Pakistan et de Haïti par exemple, les taux de morbidité et de mortalité des enfants peuvent facilement être multipliés par **20** en raison des maladies et d'une nutrition inadéquate et l'absence des conditions d'hygiène en général. Toujours d'après les estimations de l'Unicef, Plus de **90%** des femmes commencent à allaiter dans le monde, mais les besoins et les pressions socio-économiques poussent de nombreuses mères à arrêter d'allaiter avant la durée recommandée par l'OMS, en remplaçant le lait maternel par des substituts coûteux, qui ne sont pas équivalents sur le plan nutritionnel, souvent dangereux, notamment lorsque les conditions d'hygiène ne sont pas réunies. Malgré certains progrès réalisés en ce qui concerne la durée de l'allaitement exclusif (06 mois), passant de **34%** en 1990 à **39%** aujourd'hui, les taux d'allaitement maternel exclusif restent très bas, à cause de nombre augmenté de femmes qui exercent une activité rémunérée. La lourde charge de travail des femmes du monde rural et l'incertitude des conditions de travail des femmes pauvres qui vivent en milieu urbain représentent de gros obstacles à une alimentation correcte. En outre, la proportion des nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale varie entre **6 %** et plus de **28 %** selon les endroits. La plupart d'entre eux naissent à terme ou presque et peuvent être allaités dans l'heure qui suit la naissance. Le lait maternel est particulièrement important en cas de prématurité et de naissance à terme avec une insuffisance pondérale prononcée, car l'enfant est alors exposé à un risque accru d'infection, de problèmes de santé à long terme et de décès. Les études ont également révélé que l'alimentation complémentaire commence fréquemment trop tôt ou trop tard et les aliments sont souvent inadéquats du point de vue nutritionnel et peu surs. L'excès de poids(l'obésité) et de morbidité chez l'enfant sont parmi les mauvais résultats des pratiques d'alimentation inappropriées, elles constituent un risque majeur pour le développement socio-économique, et figurent parmi les obstacles les plus graves qui empêchent ce groupe d'âge d'atteindre et de maintenir un développement intellectuel, social et un état de santé satisfaisant. Par ailleurs, d'autres obstacles entravent la pratique de l'allaitement, comme la pandémie de VIH et le risque de transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement au sein constituent un défi particulier pour la promotion de l'allaitement maternel, même dans les familles qui ne sont pas touchées, et les situations d'urgence complexes, souvent caractérisées par des déplacements de population, l'insécurité alimentaire et des conflits armés, sont plus fréquentes et plus intenses, ce qui compromet encore davantage les soins et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le monde entier. On compte actuellement plus de **40** millions de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde, dont **5,5** millions d'enfants de moins de cinq ans. ⁽¹⁾

¹ Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Organisation mondiale de la Santé 2003.

3.2)- Deuxième principe :

Les taux déplorables approuvés par l'assemblée mondiale de la santé(AMS), la mobilisation qu'a suscitée le sommet pour l'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire s'est de nouveau manifestée. L'AMS, s'emploie, en coopération avec : des experts des aspects stratégiques et programmatiques de la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, des représentants de l'organisation internationale du travail(OIT), du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés(HCR), l'équipe spéciale inter institutions : du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA(ONUSIDA), Fonds des Nations Unies pour l'Enfance(UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la Population(FNUAP), l'Organisation mondiale de la Santé(OMS), pour bénéficier d'une participation aussi large que possible, en organisant plusieurs consultations techniques permettant de mettre l'accent à la fois sur les éléments fondamentaux de la stratégie et sur des questions spécifiques. Le projet de la stratégie a été examiné, au cours de la période 2000-2001, dans les pays suivants : au Brésil, en Chine, en Ecosse, aux Philippines, à Sri Lanka, en Thaïlande et au Zimbabwe. Six consultations régionales ont ensuite eu lieu avec des représentants de plus de 100 Etats Membres et la participation de l'UNICEF, de la FAO, de l'OIT, de l'Association internationale de Conseil en Allaitement, du Réseau international des Groupes d'Action pour l'alimentation infantile et de l'Alliance mondiale en faveur de l'allaitement au sein. Sur la base de leurs contributions fournies et des principes dégagés, ont décidé de mettre une stratégie internationale qui peut aider les gouvernements de mettre au point un programme national actualisé sur l'allaitement qui encourage la modification des politiques gouvernementales pour améliorer les pratiques dans les hôpitaux et les services de soins de santé offrant un point de contact utile pour donner des conseils médicaux surs et actualisés, associés à des pratiques hospitalières coopératives, peuvent encourager les femmes à commencer à allaiter que possible après la naissance, les mères doivent également être informées, bénéficiées d'un support au foyer et dans la communauté pour les aider à mieux allaiter exclusivement au sein pendant les six premiers mois, et à partir de cet âge, continuer à allaiter avec une nourriture complémentaire appropriée jusqu'à l'âge de deux ans ou plus, comment le garantir à l'enfant, quelque soit les circonstances et les situations. Les politiques gouvernementales peuvent reconnaître de manière explicite les avantages pour la santé publique fournis par un allaitement optimal puis poursuivi pendant des périodes plus longues. ⁽¹⁾

4)-Les objectifs de la stratégie mondiale de mai 2002 :

Les objectifs de la présente stratégie consistent à réaffirmer la pertinence – et même l'urgence – des quatre cibles opérationnelles de la Déclaration « Innocenti » sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, cités précédemment.

4.1)-Les objectifs spécifiques de la stratégie sont les suivants :

- améliorer la sensibilisation aux principaux problèmes touchant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, définir les approches à suivre pour les résoudre et offrir un cadre d'interventions essentielles.

¹ Idem

- améliorer l'engagement des gouvernements, des organisations internationales et des autres parties intéressées en faveur de pratiques d'alimentation optimales pour le nourrisson et le jeune enfant.
- créer un environnement permettant aux mères, aux familles et aux autres personnes qui s'occupent des enfants d'effectuer en toute circonstance des choix en pleine connaissance de cause concernant les pratiques d'alimentation optimales du nourrisson et du jeune enfant et d'appliquer ces choix.

4.2)-L'objectif principal de la stratégie :

Est d'améliorer – par une alimentation optimale –l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et, ainsi, la survie du nourrisson et du jeune enfant.

4.3)-Les objectifs de la stratégie mondiale d'ici à 2015 :

Réduire d'au moins un tiers la malnutrition et de deux tiers la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, en accordant une attention particulière aux enfants de moins de deux ans, par la promotion, la protection et l'encouragement de l'allaitement au sein, et en soutenant par une introduction au bon moment d'une alimentation sûre et adéquate du nourrisson et du jeune enfant partout dans le monde.

5)- Des défis restent à relever :

La pauvreté, la pandémie d'infection à VIH, les situations d'urgence naturelles et dues à l'homme, la mondialisation, la pollution de l'environnement, l'investissement massif dans les soins curatifs au détriment de la prévention, les inégalités entre les sexes et l'augmentation du nombre des femmes qui travaillent à l'extérieur, y compris dans le secteur informel. Il faut relever ces défis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement d'ici à l'an 2015, respecter les principes énoncés dans la Déclaration du Millénaire et faire en sorte que l'idéal décrit « un monde digne des enfants » devienne une réalité pour tous les enfants.

Conclusion du deuxième chapitre :

Ce n'est que récemment, le monde commence à prêter attention à l'allaitement maternel vu ses bienfaits indéniables, pendant son développement a connu d'importantes phases sont les suivantes :

- Dès le début du XX^e siècle, le déclin de l'allaitement maternel commence à apparaître d'abord en Europe, après avoir forgé tout un plan de remplacement de l'allaitement maternel et mercenaire par le lait animal modifié de manière à l'adapter aux besoins particuliers du jeune enfant, surtout le lait de vache en 1880, et cela grâce aux progrès de la science et de la technologie.
- Parmi les raisons de cet abandon, l'industrialisation, le développement de l'urbanisation en Europe, l'augmentation des offres d'emploi, l'éclatement des structures familiales, l'absence des conjoints, et les mères étaient forcées de travailler à l'extérieur, les fabricants mettaient sur le marché des laits artificiels qui permettaient aux femmes de ne plus allaiter au sein.
- Des résultats regrettables montrés en Europe, puis trois quarts de siècle plus tard, dans les pays en voie de développement (surtout après la seconde guerre mondiale) des taux très élevés de mortalité, des taux de morbidité et de malnutrition supérieurs causés par un recours très large des femmes à une alimentation artificielle inadéquate, les conséquences socio-économiques et médicales étaient lourdes à supporter au niveau des femmes, des familles et société, ce qui a engendré un véritable problème mondial de la santé publique.
- Les médecins sont les premiers qui ont observé les premiers ravages et les dangers du biberon notamment chez les familles déshéritées, les premiers qui sont opposés et ont lancé des cris d'alarme contre l'alimentation artificielle, en raison des risques d'infection créés par des biberons difficiles à nettoyer, des ustensiles mal lavés et surtout les femmes de la classe défavorisée sont incapables de diluer et préparer le lait en poudre, alors qu'ils sont évitables d'après les experts en nutrition infantile, par un simple retour à l'allaitement maternel, et que le remède est à la portée de toutes les mères, sauf dans des rares cas de femmes qui ne peuvent pas nourrir au sein.
- L'allaitement maternel faisait l'objet de plusieurs recherches, jusqu'à ce que le professeur Paul Gyorgy et le professeur Lars Hansen soient arrivés dans les années 50, puis 60 et 70 de découvrir, comprendre et affirmer peu à peu les propriétés et les bienfaits incomparables du lait maternel.
- Au moment où l'allaitement maternel commence à connaître un mouvement de remontée dans les pays industrialisés grâce aux travaux de recherche dans ce domaine et aux campagnes de sensibilisation de la population et des professionnels de santé, son déclin s'accélère dans les pays en voie de développement, à cause de l'incapacité des mères du tiers-monde de remplir les conditions d'hygiène de l'allaitement artificiel sans danger.
- Ces dernières décennies, les recherches scientifiques et épidémiologiques affirment que le lait maternel est l'aliment sans égal pour l'enfant, et l'allaitement au sein reste la pratique naturelle et normale pour nourrir le nourrisson. Les connaissances des avantages du lait maternel se précisent de jour en jour même dans les situations les plus critiques, ce qui a soulevé un mouvement mondial de promotion et de protection de l'allaitement maternel.

CHAPITRE III

Chapitre 3 : Méthodologie et Analyse de l'enquête.

Section I : Méthodologie de l'enquête.

1)- Situation géographique de la commune d'Oran :

Oran est une ville portuaire du Nord-Ouest de l'Algérie, chef-lieu de la wilaya, elle est située au fond d'une baie ouverte au nord et dominée directement à l'Ouest par la montagne de l'Aidour (Murdjajo), d'une hauteur de 375 m, ainsi que pour le plateau de Moulay Abdelkader al jilani (Moule el Maida), a une distance de 432 km de la capitale d'Alger et s'étale sur une superficie de 2114 km²

Elle est limitée :

- ❖ Au Nord : la mer Méditerranée.
- ❖ Au Sud : la commune d'Es Senia.
- ❖ A l'Ouest : la commune de Missereghin.
- ❖ A l'Est : la commune de Bir El Djir.

La commune d'Oran est constituée administrativement de douze secteurs urbains, elle est presque totalement occupée, la densité de population est de (10509/ km²) considérée des plus élevée par rapport à la wilaya.

2)- Caractéristiques démographiques de la commune d'Oran :

Les statistiques disponibles du dernier recensement de la population et de l'habitat réalisé en Avril 2008 montrent dans le tableau ci-après la situation démographique de la commune d'Oran :

Tableau n° 2: Situation démographique de la commune d'Oran (RGPH / 2008)

Indicateurs	Grandeurs
Population totale	672 568
Population masculine	329 558 (49%)
Population féminine	343 010 (51%)
Le taux annuel moyen de croissance démographique	0,59% (entre 1998 / 2008)
Nombre de ménages	121 543
Taille moyenne du ménage	5,5

Source : ONS / RGPH 2008

3)-Dimension spatiale de la commune d'Oran :

La direction du cadastre, révèle que par rapport au territoire global de la wilaya, la commune d'Oran occupe une superficie cadastrée de 64 km² qui s'avère exiguë ou disproportionnée par rapport à la densité épaisse de population qui est de 10 509 au kilomètre carré. Ce défaut de convenance revient principalement au volume important des activités socio-économiques qui singularise Oran (zone attractive) par rapport aux autres communes.

4)- Caractéristiques socio-économiques :

Oran est une zone importante en matière d'investissement de tourisme et de multiples d'activités socio-économiques par exemple :

4.1)- Port d'Oran : Il est très actif dans la livraison des marchandises diverses, agricoles et alimentaires et est un endroit principal des activités de pêche, le port d'Oran a :

Longueur des quais:5400 ml.

Entrepôts: 33 hé.

Postes d'accueil des navires: 33.

Spécialisation : marchandises, voyageurs, pêche.

4.2)- Pole administratif : Pole qui se formule de nombreuses sociétés à caractère étatique et privé, et universitaire (Université d'Oran, Université des sciences et de la technologie, faculté de médecine), hospitalières et commerciales.

5)-Pré-enquête :

Elle est indispensable de la phase préparatoire de l'enquête : elle a pour but de rechercher, tester et déterminer les hypothèses et les objectifs de l'enquête, elle comprend aussi les problèmes ultérieurs: budget, le calendrier, l'accès sur le lieu de recherche et les conditions générales de l'enquête.

L'enquête pilote sur l'abandon de l'allaitement maternel et son impact sur la santé de l'enfant est effectuée dans des centres de protection maternelle et infantile (PMI)tributaires des quatre établissements publics de santé et de proximité (EPSP) et deux établissements hospitalisés spécialisés et obstétriques (EHS), l'enquête pilote a permis de :

- Connaitre les responsables et le personnel de santé des lieux de l'enquête (PMI), et étudier les contraintes de budget, le transport et temps.
- Déterminer les objectifs et les hypothèses de l'enquête.
- Déterminer la population Univers de l'enquête : tous les enfants en âge de vaccination.
- Déterminer l'échantillon de l'étude : le choix des personnes à interroger (mères accompagnées par des enfants âgés de 18 mois pour les vacciner).
- Aborder l'objet de l'enquête (l'abandon de l'allaitement au sein et...) avec les personnes concernées (mères) pour être aidée dans l'élaboration du questionnaire.
- Déterminer les jours consacrés à la vaccination de la proportion des enfants âgés de 18 mois.

6)- Présentation du questionnaire :

Le questionnaire est l'instrument de base de l'observation statistique. Il consiste à traduire les objectifs de l'enquête en une série de questions claires et cohérentes auxquelles l'enquêté peut répondre sans ambiguïté. Il est destiné à recevoir le relevé des caractères observés pour chaque unité statistique sélectionnée pour l'étude. Le questionnaire a été confectionné d'après plusieurs lectures et observations lors des entretiens préalablement effectués, il est composé de 169questions réparties en 9 rubriques ce qui fait de lui un questionnaire lourd mais ou toute question trouve son intérêt pour l'étude :

- **Rubrique 1 : Caractéristiques de l'habitat et du ménage :**
Comprend 10 questions (Q₄- Q₁₃), elle permet de cerner la nature de l'habitat, du ménage et de la famille.
- **Rubrique 2 : Caractéristiques démographiques de la mère :**
Comprend 08 questions (Q₁₄- Q₂₁), elle permet de connaître les déterminants sociodémographiques de la mère enquêtée vis-à-vis de son âge actuel et celui de son premier mariage, de son niveau d'instruction, de sa situation individuelle, de sa profession actuelle et de son revenu mensuel.
- **Rubrique 3 : Caractéristiques démographiques du mari :**
Se compose de 05 questions (Q₂₂- Q₂₆), a pour objet de savoir le niveau d'instruction, la profession et le revenu mensuel du mari.
- **Rubrique 4 : Caractéristiques concernant la vie génésique de la mère :**
Est constituée de 09 questions (Q₂₇- Q₃₅), elle est préconisée à faire un constat global sur la vie génésique de la mère, sur sa parité, le nombre des naissances vivantes et des décès qu'elle a eu, et de sa vision vis-à-vis son futur enfant et de son comportement en matière d'allaitement maternel.
- **Rubrique 5 : Le rôle de l'information médicale pendant des visites prénatales des mères en matière d'allaitement au sein :**
Elle est composée de 08 questions (Q₃₆- Q₄₃), a pour voir si les mères ont eu accès aux visites prénatales et observer si elles ont été préparées et informées aux cours de leur grossesse sur l'allaitement, sur le lieu et la qualité du personnel qui s'est occupé de ses soins prénatals et si elles ont été renseignées par d'autres sources.
- **Rubrique 6 : Comportement des mères et les pratiques d'allaitement après l'accouchement et les soins postnatals.**
Cette rubrique est la plus importante, comprend 84 questions (Q₄₄ - Q₁₂₇) le nombre le plus élevé du questionnaire, a pour objectif d'étudier et de connaître les caractéristiques suivantes :

Lieu d'accouchement et la qualité d'assistance offerte aux mères pendant leur séjour aux centres d'accouchement (Q₄₄-Q₄₆). Etudier la morbidité des mères avant, pendant et après la grossesse (Q₄₇ - Q₅₀), connaître la nature de l'accouchement, de la naissance, le sexe de l'enfant né, son poids et si le bébé après l'accouchement a été placé tout de suite avec sa mère (cohabitation mère-enfant), (Q₅₁- Q₅₆). Vérifier si les mères enquêtées connaissent les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant et de la mère, mesurer certains comportements de ces dernières, vis-à-vis l'allaitement au sein après leur accouchement, par exemple si elles ont offert un allaitement immédiat et exclusif si non pour quelles raisons il n'est pas fait, la personne qui l'a incitée à allaiter et quel est le premier aliment donné au nouveau-né avant le colostrum (Q₅₇ -Q₆₄). Contrôler le rôle informatif et communicatif des prestataires de santé pendant le séjour des mères en milieu assisté (Q₆₅ - Q₆₆), voir durant le séjour si le nouveau-né a reçu un examen médical d'un pédiatre, et si ce dernier a poussé la mère à commencer à allaiter plus tôt et de manière optimale, si non juste après le retour à la maison, le bébé a-t-il été examiné par un autre médecin, voire pendant la vaccination de l'enfant, les médecins des PMI, pendant la consultation pré-vaccinale ont -t-ils recommandé la mère à le nourrir exclusivement au sein et pendant plus longtemps, (Q₆₇- Q₇₁). Ce questionnaire a également permis de tester de manière assez approfondie les attitudes des mères, leur savoir et leur pratique sur : le type

d'allaitement donné pendant le séjour en lieu d'accouchement (Q₇₂), mesurer la fréquence des tétées au sein par 24 heures durant les six premiers mois de vie (Q₇₃), le rythme et le temps des séances d'allaitement (Q₇₄- Q₇₅), observer à quel âge l'enfant est allaité exclusivement au sein, à quel âge l'allaitement au sein est maintenu, et quel est l'âge idéal de l'enfant selon la mère pour lui arrêter définitivement l'allaitement au sein (Q₇₆-Q₇₈), connaître les raisons de l'arrêt précoce de l'allaitement et de non- allaitement (Q₇₉-Q₈₀), étudier l'âge de l'enfant à l'introduction des aliments : liquides, des semi-solides, des solides, la nourriture familiale et les personnes qui ont aidé la mère à diversifier (Q_{81- 87}), savoir si les mères ont utilisé l'allaitement mixte, à quel âge de l'enfant, jusqu'à combien de mois a été maintenu et qui sont les personnes qui ont conseillé la mère à l'offrir (Q₈₈- Q₉₁), examiner la pratique du sevrage et ses motifs (Q₉₂-Q₉₃), analyser en tout temps les connaissances des mères, identifier l'âge de l'enfant à l'introduction de l'allaitement artificiel, les personnes intervenantes, combien de mois a été maintenu (Q₉₄- Q₉₇), vérifier les pratiques des mères pendant l'allaitement artificiel comme : type des biberons utilisé, l'âge de l'enfant à l'introduction des biberons en plastique, examiner ses pratiques d'hygiène des biberons, l'eau et les additifs utilisés pendant leur lavage, voir si les mères ont la culture d'utiliser le stérilisateur pour stériliser de manière adéquate les biberons, pour celles qui le possèdent à quelle fréquence se fait - elle (Q₉₈ - Q₁₀₄), évaluer ainsi les pratiques des mères qui ne possèdent pas des ustensiles de stérilisation, analyser comment et ou font-elles bouillir les biberons, le nombre de ces derniers utilisé par la mère, à quelle fréquence sont bouillis, durant combien de temps et quel est l'âge idéal de l'enfant d'après la mère pour arrêter de stériliser ou bouillir les biberons (Q₁₀₅-Q₁₀₉), cette rubrique a pour objectif voir de manière claire si les mères ont la culture de conserver le lait résiduel (artificiel) préparé dans le biberon, dans quelles conditions, la durée de la conservation et tester le degré de sa conscience sur les conséquences désastreuses d'une mauvaise conservation, le combustible utilisé pour réchauffer le lait artificiel, analyser et connaître certaines attitudes des mères qui allaitent artificiellement et la manière dont- elles vérifient et combien de fois la température du lait, comment et qui l'aide à choisir une marque du lait utilisé, si elles se réfèrent aux conseils d'utilisation, si elles respectent les règles de la dilution, si elles donnent des laits pour adultes à l'enfant, à quel âge, type de lait pour adultes donné, cette partie contient aussi un questionnaire qui a pour but d'étudier l'âge de l'enfant à l'introduction d'eau minérale, de robinet et de citerne(eau douce vendue dans des véhicules ambulants ou des locaux) qui sert à la préparation des biberons (Q₁₁₀- Q₁₂₄).A la fin de cette rubrique trois questions consacrées pour obtenir des informations générales sur la santé de l'enfant qui est en étude (affections infantiles, type d'affection chez l'enfant, poids / âge de l'enfant de 18 mois (Q₁₂₅ - Q₁₂₇).

➤ **Rubrique 7 : Contraception et les pratiques d'allaitement au sein :**

Ce questionnaire s'adresse à toutes les mères, d'abord pour savoir si elles connaissent que l'allaitement au sein peut-être un moyen contraceptif, de les interroger sur la contraception prescrite en maternité après leur accouchement, sur son usage, pour combien de mois, les causes de son arrêt avant la date recommandée pour la changer, qui sont les intervenants, à quel moyen contraceptif la mère a fait recours, analyser aussi les raisons pour les quelles certaines femmes n'ont complètement pas utilisé la contraception prescrite en milieu assisté, la méthode à laquelle ont-elles fait appel, voir également la méthode utilisée chez les femmes qui ont accouché à domicile, si elles l'ont pratiquée après un avis médical ou non, si elle a été suivie pendant les six premiers mois, si non quel est l'autre moyen contraceptif les femmes ont utilisé, contrôler

l'emploi contraceptif de ces dernières pendant les six mois et plus après leur accouchement ,aussi de les questionner sur si le changement contraceptif effectué lors les six premiers mois a-t-il été assisté (avis médical) ou ce dernier revient à elle seule. Vérifier après combien de jours les menstruations ont-elles recommencé durant la période puerpérale de la mère et sur la méthode de la femme actuellement utilisée (Q₁₂₈– Q₁₄₃).

➤ **Rubrique 8 : Travail professionnel de la femme et l'allaitement :**

Cette rubrique est destinée à toutes les mères exerçant une activité professionnelle rémunérées, elle a pour objectif d'identifier les raisons pour les quelles les mères travaillent, dans quel secteur, leur affiliation à une caisse de sécurité sociale, si les frais sont ils remboursés concernant leurs consultations prénatales et postnatales, si sont-elles bénéficiées d'un congé de maternité, de combien de jours, sur la prolongation du congé, si oui combien de temps et pour quelles raisons, si sont-elles bénéficiées des pauses (heures) pour allaiter lors de la reprise professionnelle, combien d'heures par semestre, sur leur satisfaction ou non du temps consacré à l'allaitement, sur s'il y a un lieu au travail ou la mère doit se déplacer ailleurs pour allaiter, pendant le travail dans quel endroit ou chez qui l'enfant est confié, durant la garde, quel est le mode d'alimentation de l'enfant et qui lui fait ce choix (Q₁₃₈– Q₁₅₃).

➤ **Rubrique 9 : Opinions :**

Cette partie permet de tester de fond si les mères ont le savoir et la culture de conserver le lait au sein, dans quelles conditions, pour combien de temps (Q₁₅₄-Q₁₅₆).Des questions à connaitre qui sont les personnes responsables en cas des problèmes de santé chez l'enfant, quelles sont les femmes qui allaitent mieux et plus, est- ce que sont les femmes qui vivent en cohabitation, ou celles qui vivent indépendamment ou tout simplement un meilleurs allaitement dépend de la volonté d'elles-mêmes, déterminer l'attitude de l'époux et la qualité de son soutien à son épouse vis-à-vis sa pratique de l'allaitement au sein, analyser également l'attitude des personnes de l'entourage qui cohabitent la femme allaitante, vérifier si toutes les femmes sont conscientes des bienfaits de l'allaitement maternel, et examiner les raisons de leur recours à l'alimentation artificiel à nos jours malgré les répercussions néfastes de ce mode de nourriture. En dernier mesurer le degré de conscience des mères à quel niveau est-il vraiment nécessaire de mettre en œuvre une stratégie efficace susceptible de prémunir les enfants non seulement d'un pays mais tous les enfants du monde des retards de croissance et de développement ainsi des déficits sur les plans : affectif, psychologique, physique et cognitif (Q₁₅₇– Q₁₆₉).

7)- Pré-test du questionnaire :

La mise à l'épreuve du questionnaire effectuée sur 30 femmes a aidé de reformuler certaines questions, d'éliminer d'autres qui sont inutiles, d'assurer le temps nécessaire au questionnaire au moment de son passage, heureusement les questionnées ont répondu aux questions sans aucune difficulté, ce qui a permis la rédaction définitive du questionnaire.

8)-Difficultés rencontrées :

La réalisation de ce travail a rencontré de multiples difficultés, parmi lesquelles :

A)-Plan théorique :

Lors des entretiens accomplis avec divers médecins spécialistes et chercheurs ont tous avoué qu'ils ont effectué des travaux sur le sujet soulevé, mais pour certains d'eux l'accès à la consultation de ces recherches est impossible pour des raisons inconnues.

CHAPITRE : 03

A l'exception des recherches d'enquêtes nationales ou des thèses de doctorat, au niveau des centres de documentation et des directions telles : la direction de la santé et de la population (DSP), l'organisation nationale des statistiques (ONS), au niveau de la wilaya d'Oran la documentation est insuffisante, peu d'études régionales, sectorielles, pauvres en ce qui concerne les données quantitatives et qualitatives, de façon générale, le thème traité, souffre jusqu'à présent de grandes lacunes, surtout les études socio-économiques et culturelles.

B)-Plan pratique :

- ❖ La vaccination des enfants se fait uniquement le matin.
- ❖ Les centres de PMI ont presque les mêmes jours de vaccination : certaines ont un jour et d'autres ont deux jours /semaine pour vacciner les enfants de 18 mois.
- ❖ Refus du personnel médical et l'agent vaccinal dans quelques PMI de coopérer et faciliter la passation du questionnaire.
- ❖ Dans certains centres, l'absence d'un lieu intime pour questionner de manière individuelle et libre et pour éviter la similitude des réponses des questionnées.
- ❖ Passer des jours au niveau des centres sans questionner à cause de l'absence des enfants âgés de 18 mois, dès fois l'absence de la mère qui est remplacée par le père, la grand-mère ou la belle sœur.
- ❖ Souvent la passation du questionnaire est impossible pour certaines mères gênées par la présence de leur mari ou belle mère.
- ❖ Durant la saison estivale, l'enquête a passé des jours au sein des centres sans questionner vu l'absence des mères et des enfants de 18 mois, soit à cause de la morbidité élevée chez les enfants (diarrhée, fièvre, affection infantile...) soit à cause des vacances (une part assez importante des mères sortent en voyage et reportent la vaccination ultérieurement).
- ❖ Passer toute la matinée sans remplir aucun questionnaire dans certains services par manque de vaccin pour les enfants de 18 mois.
- ❖ Cout élevé de l'enquête : vu l'éloignement des PMI, il est impératif d'assurer un véhicule de transport permanent durant toute la période de la réalisation de l'enquête.

9)-Champ d'observation :

Il s'agit d'un échantillon de 153 femmes rencontrées dans des centres de protection maternelle et infantile (PMI) répartis à travers la commune D'Oran, elles sont accompagnées par leurs enfants âgés de 18 mois pour les vacciner. L'objectif de l'enquête est :
D'analyser l'effet des facteurs socio-économiques et culturels sur les connaissances, attitudes et pratiques de la femme concernant les raisons de l'abandon l'allaitement maternel et son impact sur la santé de l'enfant.

10)- Méthode de sondage et tirage de l'échantillon :

Par défaut des moyens, humain (enquêteuses), matériel (budget, transport personnel), et temps (durée limitée de l'enquête), vu que ce travail est individuel, par peur de rencontrer des contraintes antérieurement vécues avec les ménages lors le RGPH / 2008 comme le mauvais accueil et le refus de répondre, l'étude a choisi d'être effectuée au niveau des centres de protection maternelle et infantile (PMI) pour des raisons de pratique et de sécurité. Après avoir contacté les responsables de la direction de la santé et de la population (DSP) pour l'obtention de

CHAPITRE : 03

la liste des centres de protection maternelle et infantile (PMI) possibles de la commune d'Oran, l'actualisation de la cartographie sanitaire réalisé en 2008 a révélé qu'il en a au total :

-04 Etablissements publics de santé de proximité (EPSP) : ces derniers comprennent un nombre déterminé de : Polycliniques, salles de soins et des services de santé publiques, à l'intérieur il y a des centres de (PMI) qui se composent des services de vaccination.

-03 Etablissements hospitaliers spécialisés en gynécologie obstétrique (EHS): sont des maternités qui se forment des centres de PMI, dans l'enceinte de ces derniers des services de vaccination sont les suivants :

1)- EPSP d'Es-Seddikia : Comprend 17 centres de PMI dont 02 sont en réhabilités (arrêt de fonction) au moment de l'enquête, ce qui a donné 15 services de vaccination dans lesquels l'enquête s'est déroulée.

2)- EPSP de Front de mer : Se compose de 03 centres de PMI, ce qui a constitué au total 03 services de vaccination comme lieux d'enquête.

3)- EPSP de Ghoualem : Se constitue de 08 centres de PMI, et les 08 services de vaccination sont touchés par l'enquête.

4)- EPSP de Bouamama : Comprend 08 centres de PMI dont 01 centre de PMI est en arrêt de travail au moment de l'enquête, à défaut de matériel de vaccination, ce qui a permis à l'enquête d'être réalisée que dans 07 services de vaccination.

5)- EHS du point du jour : Est une maternité qui dispose d'un centre de protection maternelle et infantile, mais le service de vaccination a été dissout car la maternité se confine d'offrir uniquement les soins prénatals et postnatals aux femmes, d'autre part elle est promue d'être une maternité amie des bébés, donc c'est une unité qui s'est échappée au sondage.

6)- EHS Hai-El- Louz (ex : Amandiers) :

Est une maternité qui comprend un centre de protection maternelle et infantile, à l'intérieur il y a un service de vaccination.

7)- EHS des Pins (ex : Planteurs) :

Contient un centre de protection maternelle et infantile, plus un service de vaccination.

Pour la commune d'Oran, il y a eu donc au total 35 centres de protection maternelles et infantiles comprenant des services de vaccination, vu ce nombre important et pour des raisons de faisabilité (cout élevé de l'enquête, temps limité, absence des moyens d'ordre humain et matériel), il est nécessaire à l'étude pour gagner du temps et faciliter l'opération de l'enquête de faire un choix raisonné des PMI dans lesquels l'enquête sur : l'abandon de l'allaitement maternel et son impact sur la santé de l'enfant, peut s'effectuer.

10.1)-Méthode de sondage :

L'enquête a utilisé deux types de méthodes de sondage sont les suivantes :

1)- Sondage de grappe à deux degrés.

2)- Méthode de Jacques Bernoulli pour le tirage aléatoire des PMI.

Le premier type de sondage suppose un tirage à deux degrés sont :

1.1)- Tirage au 1^{er} degré (unités primaires) : représente l'échantillon lieu, soit le centre de protection maternelle et infantile (PMI) ayant un service de vaccination. Les probabilités de tirage doivent être égales et connues en accordant la même chance à chaque unité de sondage (unité primaire) d'appartenir à l'échantillon.

1.2)- Tirage au 2^{ème} degré (unités secondaires) : représente l'échantillon de l'étude, soit toutes les mères accompagnées par leurs enfants âgés de 18 mois venues pour les vacciner

10.2)- Choix des PMI :

Pour le premier degré du tirage, celui des PMI, il y en a 35 PMI qui sont opérationnelles au moment de l'enquête existantes dans les quatre EPSP / deux EHS de la commune d'Oran, mais leur répartition est inégale :

15 PMI dans EPSP/ Seddikia,
03 PMI dans EPSP/ Front de mer,
08 PMI dans EPSP/ Ghoualem,
07 PMI dans EPSP/Bouamama,
01PMI dansEHS/ Hai-Louz (Amandiers),
01 PMI dans EHS/ Les Pins (Planteurs).

Total = (15 + 03 + 08 + 07 + 01 + 01) = 35 PMI, le taux de sondage de 1/3 a paru plus approprié pour assurer la représentativité des PMI, de telle sorte qu'un certain équilibre soit établi entre les EPSP /EHS, le résultat de la division suivante constitue dans chaque EPSP le nombre de PMI à enquêter :

EPSP / Seddikia : 15 PMI x 1/3 taux de sondage = **05 PMI / lieu d'enquête.**

EPEP / Front de mer : 03 PMI x 1/3 taux de sondage = **01 PMI /lieu d'enquête.**

EPSP / Ghoualem : 08 PMI x 1/3 taux de sondage = 2.66 = **03 PMI / lieu d'enquête.** Partant du principe théorique : tant que l'échantillon est important la marge d'erreur est faible.

EPSP / Bouamama : 07 PMI x 1/3 taux de sondage = 2.33 = **02 PMI / lieu d'enquête.**

EHS/ Hai-Louz (maternité) : **01 PMI à enquêter.**

EHS/ Les Pins (maternité) : **01 PMI à enquêter.**

10.3)- Méthode de jacques Bernoulli :

Elle repose sur un tirage de boules dans une urne contenant des boules de deux ou plusieurs couleurs. Le résultat obtenu : la proportion d'un certain type de boules (blanches par exemple) parmi un grand nombre de boules tirées au hasard avec ou sans remise est très proche de la proportion ces mêmes boules dans l'urne.

Après avoir déterminé le nombre des centres « PMI » représentatif dans lesquels l'enquête va dérouler comme le montre le calcul ci-dessus, la méthode de Bernoulli a exigé à chaque (EPSP) de noter toutes ses unités statistiques qui sont les noms de ses PMI subordonnées dans des petits bouts de papier pliés et de les mettre dans l'urne propre à l'établissement, le tirage des PMI s'est effectué dans quatre urnes / EPSP et les bouts de papier sont tirés avec des probabilités égales et non nulles, au hasard et sans remise, cela veut dire que l'unité de sondage est exclue de la base de sondage avant de procéder à un autre tirage. La signification statistique d'une telle expérience est que les tirages des différentes unités sont dépendants puisque la probabilité de tirage d'une unité de sondage dépend des unités déjà tirées. Ce qui signifie qu'une unité de sondage ne peut appartenir qu'une seule fois à l'échantillon.

CHAPITRE : 03

Tableau n° 3: Les PMI échantillon/EPSP-EHS selon la méthode de tirage de Jacques Bernoulli.

EPSP/EHS	PMI	proportion d'enfants
EPSP Seddikia	Polyclinique Seddikia	24
	Polyclinique Fellaoucen 2	11
	Salle de soins Bendaoued 2	6
	Salle se soins Belgaid	5
	Salle de soins Gambetta	10
TOTAL		56
EPSP-Front de mer	Miramar/J- Craft	34
TOTAL		34
EPSP-Ghoualem	Polyclinique-El-Ghoualem	10
	Lamur-El Hamri	14
	Oussama - Boulanger	4
TOTAL		28
EPSP-Bouamama	Polyclinique-Emir-Khaled	13
	SSP-Eckmuhl 1 Mairie	7
TOTAL		20
EHS -Hai- Louz	Maternité-Hai-Louz	10
TOTAL		10
EHS- les Pins.	Maternité-Pins	5
TOTAL		5
TOTAL DES TOTAUX		153

Pour des calculs détaillés, voir les tableaux n° (1, 2, 3, 4,5 et 6) en annexe.

Il s'agit d'une étude transversale a intéressé 153 mères âgées entre (19 ans-48 ans), accompagnées par leurs enfants âgés de 18 mois pour les vacciner d'un secteur urbain de la ville d'Oran, l'étude s'est étalée de Juillet 2009 au Juin 2010, elle a permis de définir l'échantillon de l'étude et les difficultés rencontrées, l'enquête ne s'est effectuée qu'après avoir collecté suffisamment d'informations citées ci-après et comprendre le fonctionnement des services de vaccination dans chaque EPSP / EHS, à travers lequel les divers calculs sont réalisés. Au moment de l'enquête, il s'est avéré que le vaccin est un flacon qui contient 20 doses, il ne peut être ouvert et utilisé qu'après avoir réuni 20 enfants en tous âges confondus aptes à la vaccination : voir la table du calendrier vaccinal ci-dessous :

CHAPITRE : 03

Le calendrier vaccinal Algérien :

Age à la Vaccination	Vaccin
Naissance	BCG + POLIO + anti Hépatite B
01 mois	Anti – Hépatite B
03 mois	DTCoq * + POLIO ORAL
04 mois	DTCoq + POLIO ORAL
05 mois	DTCoq + POLIO ORAL + anti – Hépatite B
09 mois	Antirougeoleux
18 mois	DTCoq + POLIO ORAL
06 ans	DT Enfant + POLIO ORAL + ANTIROUGEOLEUX
11 – 13 ans	DT Adulte + POLIO ORAL
16 – 18 ans	DT Adulte + POLIO ORAL
Tous les 10 ans après 18 ans	DT Adulte

10.4)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour :

La vaccination dans la journée dépend de la fréquence des enfants en tous âges confondus qui se présentent de manière aléatoire soit : faible, moyenne ou forte au niveau des services de vaccination, vu que le produit est importé, coûteux et quantifié au moment de l'usage, l'agent vaccinal ne doit et ne peut vacciner les enfants qu'après avoir rassemblé au minimum le nombre qui égal à 20 enfants, en cas ou le service reçoit moins de 20 enfants/ jour, la vaccination doit être reportée, si le nombre d'enfants reçu dépasse 20 enfants sans atteindre le chiffre double qui est 40, un seul flacon doit-être utilisé, si le nombre d'enfants dépasse les 40 sans atteindre les 60 enfants deux flacons vont être utilisés, en cas ou les enfants atteignent les 60, trois flacons vont être ouverts car l'agent chargé de la vaccination est strictement recommandé à l'ouverture du flacon d'utiliser la totalité du produit sans entrainer des pertitions.

Durant la journée, le principe de travail de l'agent vaccinal repose sur la méthode de calcul suivante :

01 Flacon de vaccin = 20 dose = 20 enfants en tous âges confondus.

02 Flacons de vaccin = 40 doses = 40 enfants en tous âges confondus.

03 Flacons de vaccin = 60 doses = 60 enfants en tous âges confondus.

10.5)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine :

La vaccination des enfants en tous âges confondus se fait pendant les 5 jours suivants (dimanche, lundi, mardi, mercredi et jeudi) dans la semaine, la méthode de calcul est :

01 Flacon de vaccin = 20 doses = 20 enfants x 5 jours de vaccination = 100 enfants à immuniser / semaine.

02 Flacons de vaccin = 40 doses = 40 enfants x 5 jours de vaccination = 200 enfants à immuniser / semaine.

03 Flacons de vaccin = 60 doses = 60 enfants x 5 jours de vaccination = 300 enfants à immuniser / semaine.

CHAPITRE : 03

10.6)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant le mois :

La méthode de calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus à vacciner au cours du mois (04 semaines) est :

01 Flacon de vaccin = 100 enfants vaccinés dans la semaine x4 semaines=400 enfants à immuniser dans le mois.

02 Flacons de vaccin = 200 enfants vaccinés dans la semaine x 4 semaines=800 enfants à immuniser dans le mois.

03 Flacons de vaccin = 300 enfants vaccinés dans la semaine x4 semaines=1200 enfants à immuniser dans le mois.

10.7)-Méthode de calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois :

Au moment de la vaccination des enfants, le produit (vaccin) est utilisé pour tous les âges confondus, il est donc nécessaire de fractionner du total la portion de la population de l'étude qui s'intéresse uniquement aux enfants âgés de 18 mois. Après avoir consulté le registre du service, dans lequel l'agent vaccinal enregistre dans chaque séance de vaccination les diverses fréquences des enfants de 18 mois / jour, à travers lesquelles, l'étude en tenant compte de nombre des flacons utilisés dans chaque séance de vaccination, a calculé la fréquence moyenne de la manière suivante :

Fréquence moyenne = fréquence minimale des enfants de 18 mois dans le jour + fréquence maximale des enfants de 18 mois dans le jour / 2

Par exemple : en tenant compte de nombre de flacons de vaccin utilisés :

Fréquence minimale des enfants de 18 mois dans le jour = 08 enfants.

Fréquence maximale des enfants de 18 mois dans le jour = 16 enfants.

Fréquence moyenne = 8 + 16 = 24 / 2 = 12 enfants âgés de 18 mois aptes à la vaccination / jour.

Vu que la proportion des enfants âgés de 18 mois sont moindres par rapport aux autres, sont difficiles à les réunir, les agents chargés de la vaccination ont consacré des jours de réception spécialement pour immuniser les enfants de 18 mois, ces jours se varient selon l'importance de diverses fréquences des enfants dans les PMI qui sont :

01 Jour pour les PMI ou la fréquence de la population de l'étude est faible durant la semaine.

02 Jours pour les PMI ou la fréquence de la population cible est moyenne durant la semaine.

03 Jours pour les PMI ou la fréquence des enfants âgés de 18 mois est importante au cours de la semaine.

10.8)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine :

La méthode de calcul de la proportion des enfants âgés de 18 mois à vacciner selon les jours choisis dans la semaine est la suivante:

La fréquence moyenne (à multiplier) par le nombre des jours choisis dans la semaine = proportion des enfants âgés de 18mois immunisés au cours de la semaine.

CHAPITRE : 03

D'après l'exemple précédemment cité :

La fréquence moyenne = 12 enfants.

S'agissant d'un jour de vaccination choisi dans la semaine le calcul est :

12 enfants x 01 jour = **12** : proportion des enfants à immuniser.

S'agissant de deux jours de vaccination choisis dans semaine le calcul est :

12 enfants x 02 jours = **24** : proportion des enfants à immuniser.

S'agissant de trois jours de vaccination choisis dans la semaine le calcul est :

12 enfants x 03 jours = **36** : proportion des enfants à immuniser.

10.9)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois :

Cette méthode repose sur le modèle de calcul suivant :

La proportion des enfants âgés de 18 mois immunisés dans la semaine (à multiplier) par 04 semaines (mois) = la proportion des enfants âgés de 18 mois immunisés durant le mois, ces proportions calculées au sein des PMI / mois, représentent l'échantillon qui se constitue des petits n_i , dont leur somme a permis le calcul de la population totale d'un EPSP = le grand (N). Le modèle de calcul d'un mois est :

$n_1 = 12 \times 04 \text{ semaines} = 48 \text{ enfants à vacciner dans la PMI}_1$.

$n_2 = 24 \times 04 \text{ semaines} = 96 \text{ enfants à vacciner dans la PMI}_2$.

$n_3 = 36 \times 04 \text{ semaines} = 144 \text{ enfants à vacciner dans la PMI}_3$.

$\Sigma (n_1 + n_2 + n_3 + \dots + n_i) = N$.

$48 + 96 + 144 = 288$

La taille de l'échantillon à enquêter, a consisté d'abord de calculer dans chaque centre de PMI un pourcentage des enfants âgés de 18 mois fréquentant le service de vaccination, ce dernier est calculé de la façon suivante :

n_i = l'échantillon calculé dans chaque PMI.

N = la population totale de l'étude qui est la somme des petits n_i .

Le pourcentage calculé : (%) = n / N .

Toujours selon l'exemple déjà donné :

$\text{PMI}_1 = 48 (n) / 288 (N) = \mathbf{0.1666\%}$.

$\text{PMI}_2 = 96 (n) / 288 (N) = \mathbf{0.3333\%}$.

$\text{PMI}_3 = 144 (n) / 288 (N) = \mathbf{0.5\%}$.

Dans cette enquête, vu que l'effectif de la population (N) est variable entre les EPSP, l'étude a fixé un taux de sondage uniforme de (1/5), pour assurer une répartition optimale et représentative de l'échantillon de l'enquête dans chaque EPSP, ce dernier est calculé :

Taux de sondage : 1/5.

CHAPITRE : 03

N = 288

$$288 \times 1 / 5 = 57.6 = 58$$

La taille de l'échantillon d'un(EPSP) est : n = 58.

Ainsi, les résultats obtenus aux quatre EPSP seront à multiplier le taux de sondage calculé dans chaque EPSP par les pourcentages calculés dans chaque PMI pour avoir enfin la proportion finale d'enfants de 18 mois à enquêter par PMI.

L'exemple précédemment cité, présente le modèle de calcul des proportions finales d'enfants de 18 mois à étudier :

PMI_1 = le pourcentage calculé (à multiplier) par le taux de sondage = proportion finale à enquêter.

$$PMI_1 = 0.1666 \times 58 = \mathbf{10 \text{ enfants âgés de 18 mois à enquêter.}}$$

$$PMI_2 = 0.3333 \times 58 = \mathbf{19 \text{ enfants âgés de 18 mois à enquêter.}}$$

$$PMI_3 = 0.5 \times 58 = \mathbf{29 \text{ enfants âgés de 18 mois à enquêter.}}$$

11)- Etablissement hospitalier spécialisé en gynécologie obstétrique de Hai Louz :

11.1)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour :

02 Flacons de vaccin sont ouverts = 40 doses = 40 enfants à vacciner dans le jour.

11.2)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine :

La proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés dans le jour (à multiplier) par 05 jours de la semaine = la proportion des enfants à vacciner dans la semaine.

40 enfants x 05 jours = 200 enfants à vacciner.

11.3)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant le mois :

200 enfants x 04 semaines = 800 enfants à vacciner.

11.4)-Méthode de calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois :

Fréquence moyenne= 06 enfants âgés de 18 mois.

11.5)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine :

Jours choisis dans la semaine = 02.

06 enfants vaccinés dans le jour x 02 jours choisis dans la semaine = 12 enfants à vacciner.

11.6)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois :

12 enfants vaccinés dans la semaine x 04 semaines = 48 enfants.

11.7)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois à enquêter dans la PMI :

48 Enfants immunisés dans le mois x 1/5 le taux de sondage = 9.6 = **10 enfants à enquêter.**

12)- Etablissement hospitalier spécialisé en gynécologie obstétrique des Pins :

12.1)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour :

CHAPITRE : 03

02 Flacons de vaccin sont ouverts = 40 doses = 40 enfants à vacciner dans le jour.

12.2)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine :

La proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés dans le jour (à multiplier) par 05 jours de la semaine = la proportion des enfants à vacciner dans la semaine.

40 enfants x 05 jours = 200 enfants à vacciner.

12.3)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant le mois :

200 enfants x 04 semaines = 800 enfants à vacciner.

12.4)- Méthode de calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois :

Fréquence moyenne = 03enfants âgés de 18 mois.

12.5)-Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine :

Jours choisis dans la semaine = 02.

03 Enfants vaccinés dans le jour x 02 jours choisis dans la semaine = 06 enfants à immuniser.

12.6)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois :

06 enfants vaccinés dans la semaine x 04 semaines = 24 enfants.

12.7)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois à enquêter dans la PMI :

24 Enfants immunisés dans le mois x 1/5 le taux de sondage = 4.8 = **05 enfants à enquêter.**

Section 2 : Analyse de l'enquête.

1)- Caractéristiques de l'habitat et du ménage :

Il s'agit de recueillir des informations sur le type de construction des enquêtées, ainsi que sur sa constitution en pièces, sur le nombre de ménages, familles et de personnes qui l'occupent.

1.1)- Type de construction :

Dans cette étude, il y a quatre types de construction dont trois sont maintenus : la villa, l'immeuble, maison traditionnelle (haouch), et autre, concerne une construction non destinée à l'habitation mais qui est en fait habitée de type précaire (baraque, tente, bidonville, gourbi, garage, atelier,...), cette dernière n'est pas rencontrée au moment de l'enquête, grâce à l'urbanisation qui a fait presque éradiquer ce type d'habitat dans la ville d'Oran.

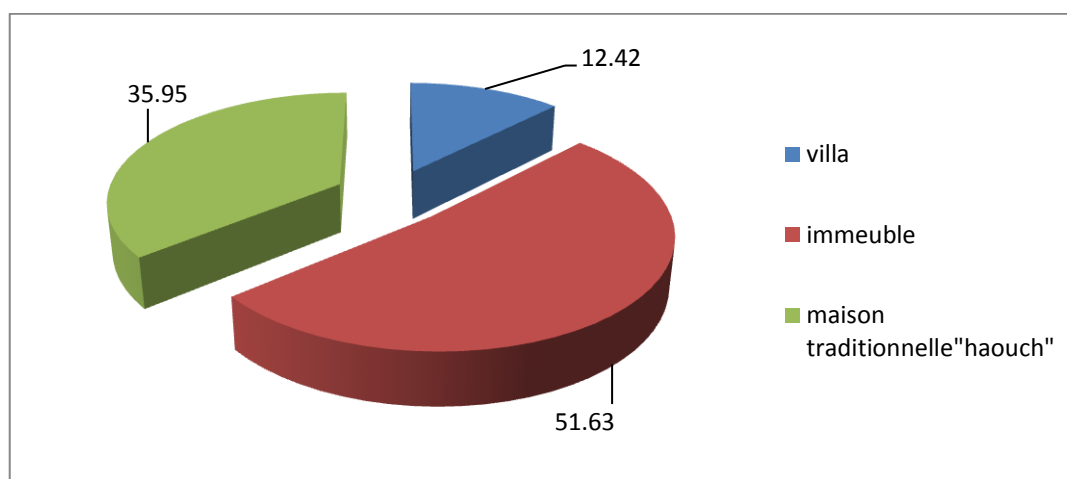
Plus de la moitié des enquêtées habitent dans des immeubles avec un pourcentage de 51,63%, suivis par les maisons traditionnelles (haouch) 35,95%, et la villa représente que 12,42%, ceci veut dire que les enquêtées qui l'occupent sont moindres.

Tableau n° 4:Type de construction occupé.

type de construction	Fréquence	%
Villa	19	12.42
Immeuble	79	51.63
Maison traditionnelle "haouch"	55	35.95
Total	153	100

Source : enquête sur terrain

Graphique n° 1: Répartition des enquêtées selon le type de construction.



1.2)- Nombre de pièces réservées à l'habitation :

La taille du logement représente le milieu dans lequel vit et évolue l'individu, elle est une des conditions sanitaires qui a une influence selon sa qualité et disponibilité sur l'état de santé des ménages qui l'occupent.

CHAPITRE : 03

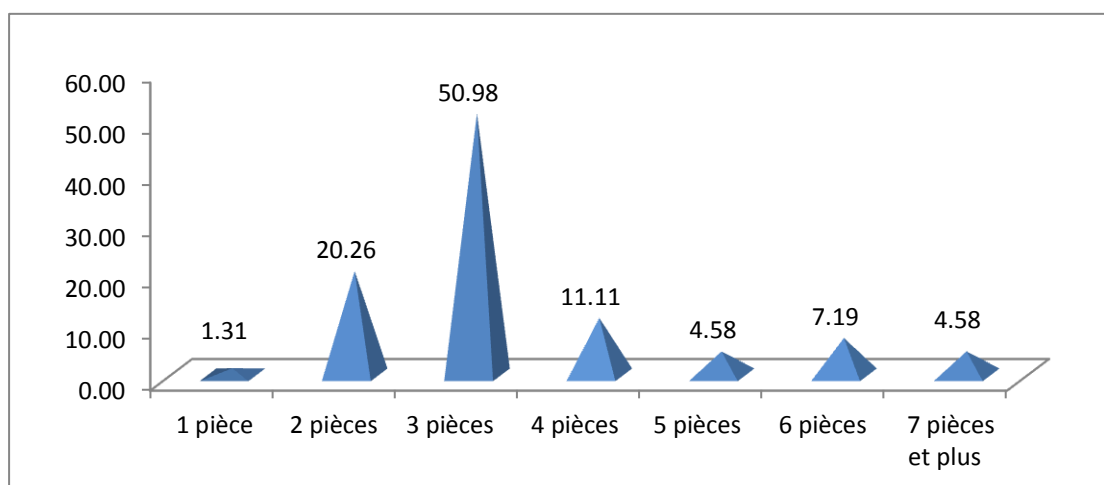
Tableau n° 5: Nombre de pièces réservées à l'habitation dans le logement.

Nombre de pièces réservées à l'habitation	Fréquence	%
1 pièce	2	1.31
2 pièces	31	20.26
3 pièces	78	50.98
4 pièces	17	11.11
5 pièces	7	4.58
6 pièces	11	7.19
7 pièces et plus	7	4.58
Total	153	100.00

Source : enquête sur terrain

Quelque soit le type de construction, la plupart des logements habités comprennent 3 pièces soit respectivement 50.98%. Suivis par les Logements constitués de 02 pièces, soit de 20.26%. Les logements constitués avec le moins de pièces (1 pièce) soit de 1.31% représentent la minorité des logements habités. Les logements constitués de 04 et 05 pièces qui conviennent mieux au ménage algérien compte tenu de sa taille sont moindres, soit respectivement 11.11% et 4.58%. Les logements constitués de 6 pièces (7.19%) et 7 pièces et plus (4.58%), ce type de logement s'avère aussi plus moindre. Le nombre moyen de pièces calculé par logement est de 3 pièces.

Graphique n°2: Répartition des pièces réservées à l'habitation dans le logement.



1.3)- Nombre de ménages dans le logement :

On appelle ménage un groupe de personnes sont généralement liées entre elles par les liens de sang, de mariage ou par alliance (père, mère, enfants, grand père, grand-mère, belle mère gendre,...) mais aussi d'autres personnes sans lien de parenté (domestiques, pensionnaires,...) vivant ensemble dans un même logement, sous la responsabilité d'un chef de ménage, préparant et prenant les principaux repas ensemble.

CHAPITRE : 03

Tableau n° 6: Nombre de ménages dans le logement :

Nombre de ménage(s) dans le logement	Fréquence	%
1 ménage	115	75.16
2 ménages	31	20.26
3 ménages	4	2.61
4 ménages	1	0.65
5 ménages	2	1.31
Total	153	100

Source : enquête sur terrain

Les résultats montrent que :

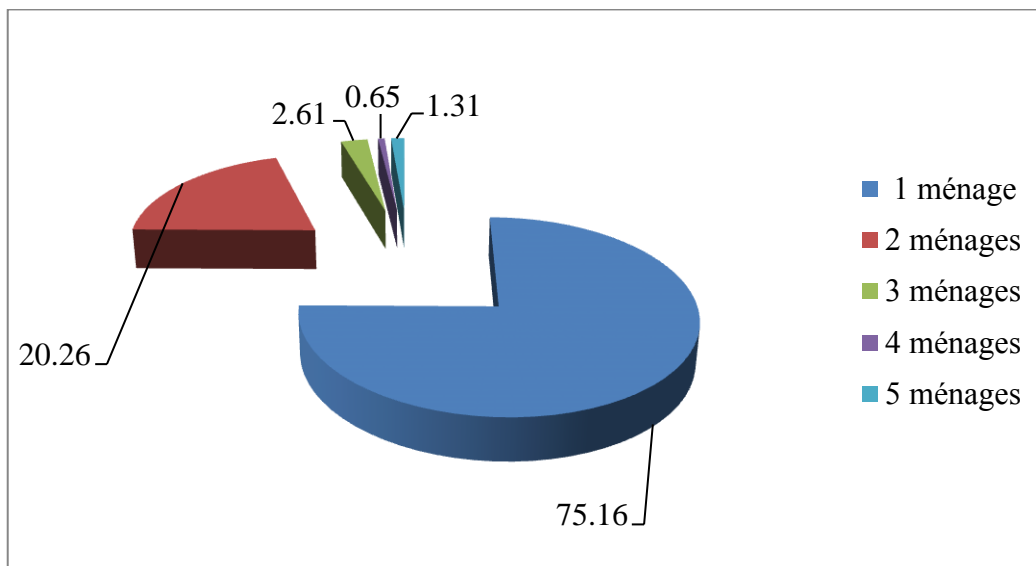
01 ménage dans le logement représente le pourcentage le plus élevé, il est de 75.16%.

02 ménages dans le logement représentent 20.26%.

Le tableau ci-dessus, indique tant que le nombre de ménages s'agrandit (03 ménages et plus), les pourcentages s'amointrissent, ce qui signifie que les ménages nombreux par logement en milieu urbain (ville d'Oran) sont faibles.

Le nombre moyen de ménages dans le logement est de 1.32.

Graphique n° 3: Répartition des ménages dans le logement.



1.4)- Nombre de familles dans le logement :

La famille se constitue d'un ensemble de personnes d'un même sang (le père, la mère, et les enfants) vivant sous le même toit.

CHAPITRE : 03

Tableau n°7 : Répartition des familles dans le logement.

Nombre de famille(s) dans le logement	Fréquence	%
1 famille	63	41.18
2 familles	66	43.14
3 familles	20	13.07
4 familles	2	1.31
5 familles	2	1.31
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que la majorité des logements comprennent 02 familles soit respectivement 43.14%, les habitats comprenant 01 famille sont en seconde position sont de 41.18%. Les logements qui contiennent 03 familles représentent 13.07%. Les logements qui comprennent 04 à 05 familles sont minoritaires, ne représentent que 1.31%. Le nombre moyen de familles par logement est de 1.78.

1.5)- Nombre de personnes (taille du ménage) dans le logement :

D'après le tableau ci-dessous, les ménages algériens se caractérisent par l'importance de leur taille.

Tableau n°8 : Répartition des personnes dans le logement.

Nombre de personne(s) dans le logement	Fréquence	Pour cent
3 personnes	12	7.84
4 personnes	13	8.50
5 personnes	22	14.38
6 personnes	22	14.38
7 personnes	20	13.07
8 personnes	12	7.84
9 personnes	17	11.11
10 personnes	10	6.54
11 personnes	10	6.54
12 personnes et plus	15	9.80
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

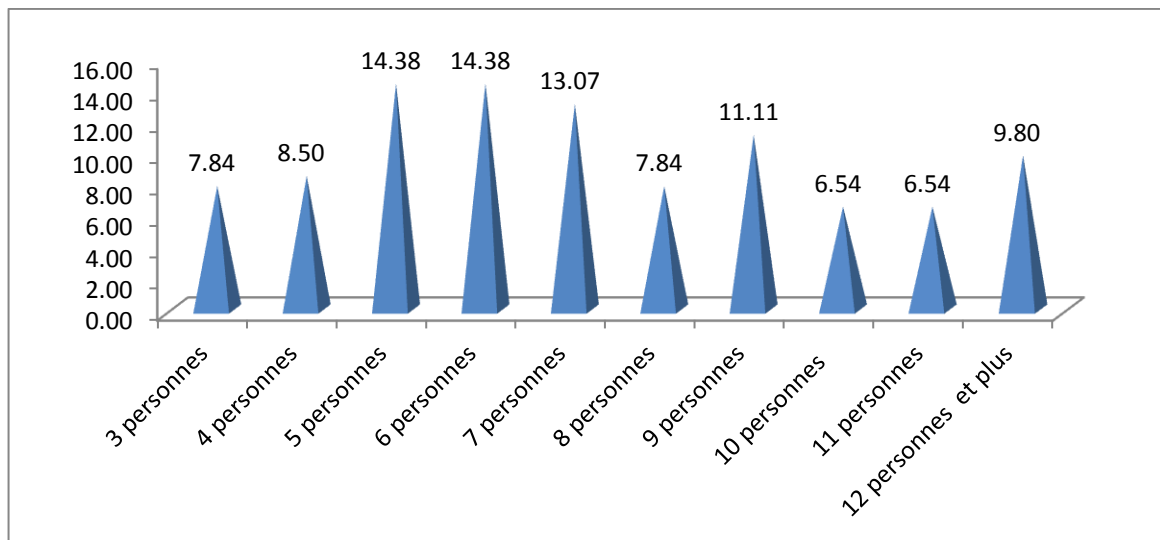
En effet, les données de l'enquête révèlent que la taille bimodale se situe au niveau des ménages de 5 et 6 personnes ; représentent 14.38%. Les ménages constitués de 7 personnes est de 13.07%. La taille moyenne des ménages de moins de 5 personnes, représente 8.17%. La taille moyenne des ménages de 8 personnes et plus, représente 8.37%. La taille moyenne du ménage

CHAPITRE : 03

est de 7.42. Il y a un écart de 1.92 point entre la taille moyenne du ménage observée et celle du recensement général de la population et de l'habitat de 2008 qui est de 5.5.

Depuis ces deux dernières décennies, l'Algérie a budgétisé de manière particulière le secteur de l'immobilier, pour améliorer les conditions des habitats et de vie de la population en générale, en outre, elle a connu des changements en matière de fécondité, qui se traduit par la baisse de la natalité, devant ce progrès global, en terme chiffré, à la lecture des données de l'enquête qui s'avèrent relativement satisfaisantes à propos des résultats obtenus : nombre moyen de pièces par logement = 03 pièces, le nombre moyen de familles / logement = 1.78 et le nombre moyen des ménages / logement = 1.32 mais la taille moyenne de ménage dans le logement = 7.42. Cette dernière reste importante et inadéquate par rapport à la taille de logement.

Graphique n°4 : Répartition des personnes dans le logement.



1.6)- La cohabitation :

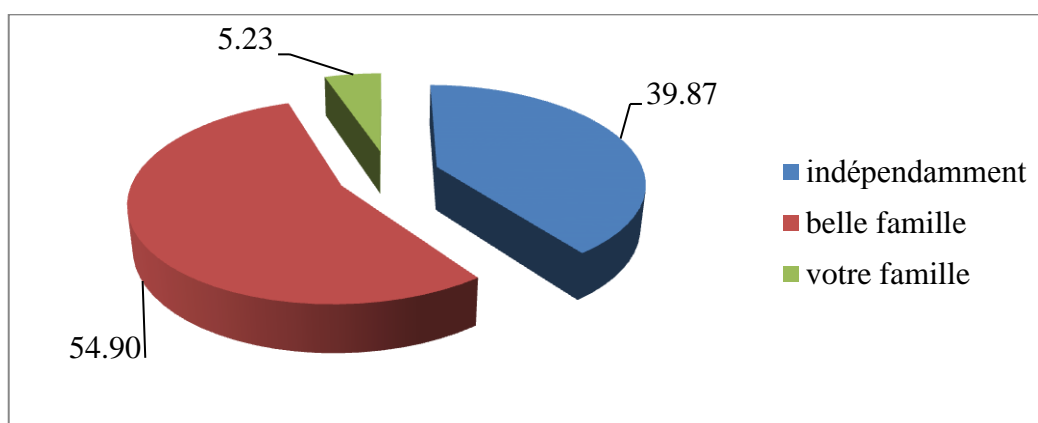
Cette question va permettre d'avoir des informations sur s'il y-a dans la population étudiée, des enquêtées qui habitent avec d'autres personnes (membres de la famille ou de la belle-famille) pour voir après quelle est leur attitude vis-à-vis l'allaitante et l'allaitement maternel.

D'après le **tableau n°07 (en annexe)**, 60.13% des femmes déclarent qu'elles vivent avec d'autres personnes dont 54.90% d'enquêtées habitent avec la belle-famille et 5.23% habitent avec la famille de l'enquêtée.

Par ailleurs, les femmes qui vivent indépendamment représentent 39.87%.

En dépit des changements observés au niveau de la structure familiale, l'apparition de la famille nucléaire qui est la conséquence de son éclatement, le phénomène de la cohabitation s'avère présente en milieu urbain de la ville d'Oran.

Graphique n° 05: Répartition des femmes selon le type d'habitation dans le logement.



1.7)- Distance entre le domicile et la structure de santé :

À travers **le tableau n°08 (en annexe)** plus de la moitié des enquêtées 53.59% déclarent faire entre 1 à 3 kilomètres pour accéder à une structure de santé, et 46.41% font moins de 1 kilomètre pour atteindre une structure de santé.

La distance moyenne de l'ensemble est de 2 kilomètres.

Le problème de distance entre le lieu de résidence et une structure de santé s'est remarquablement amélioré par rapport aux années antérieures grâce aux implantations multiples des établissements de santé, actuellement la ville d'Oran comprend des hôpitaux, des maternités, des polycliniques, des centres de santé et plusieurs salles de soins. La pluralité de ces derniers dans les secteurs urbains et la disponibilité des moyens de transport ont facilité les déplacements de la population pour se faire soigner.

2)- Caractéristiques de la population étudiée (mères):

Cette partie a pour étude les principales caractéristiques démographiques et économiques des femmes enquêtées.

2.1)-Structure par sexe :

La structure par sexe n'est pas prise en compte car le phénomène étudié (allaitement) concerne du premier degré le sexe féminin, donc l'échantillon de l'étude se constitue entièrement de 153 femmes à enquêter.

2.2)- Structure par âge :

L'échantillon est composé de 153 femmes, ce dernier est âgé entre 19 à 48 ans, l'âge moyen de ces femmes est de 33.59 ans, c'est une population moins jeune, mais en âge de procréer et en toute capacité d'allaiter.

CHAPITRE : 03

Tableau n° 9: Répartition des enquêtées selon les groupes d'âges.

Groupes d'âges	Fréquence	%
15-19	1	0.65
20-24	11	7.19
25-29	39	25.49
30-34	28	18.30
35-39	40	26.14
40-44	29	18.95
45-49	5	3.27
Total	153	100

Source : enquête sur terrain

L'examen de la structure par âge de la population enquêtée indique que :

- ❖ Les femmes âgées de (15-19 ans) représentent le pourcentage le plus faible (0.65%) de la population totale. A cette tranche d'âge, un célibat féminin général est observé, actuellement en milieu urbain, le mariage avant 20 ans est moins fréquent à cause de son coût élevé, ainsi la procréation auprès ces âges est évitable, car elle entraîne des complications majeures à l'accouchement et à la santé de la mère et de l'enfant.
- ❖ Les femmes âgées de (20-24 ans) représentent également un pourcentage minoritaire (7.19%), ce qui confirme que le célibat féminin reste dominant. Alors qu'à partir de 20 ans et plus les femmes sont en parfaite maturité pour procréer, ce groupe d'âge représente le départ de vie féconde de la femme.
- ❖ Les femmes appartenant au groupe d'âge (25-29 ans) représentent un pourcentage élevé (25.49%). Ce groupe d'âge, révèle que le célibat féminin a diminué ; le mariage de ces femmes est contracté à temps et sont toujours en capacité de procréer et d'allaiter.
- ❖ Les femmes appartenant au groupe d'âge (30-34ans) représentent un pourcentage assez important (18.30%). Biologiquement, cette tranche d'âge indique que les femmes ont atteint la valeur maximale de leur fécondité.
- ❖ Les femmes qui font partie du groupe d'âge (35-39 ans) représentent le pourcentage le plus accru ; il est de 26.14% de la population enquêtée. Normalement, cette catégorie d'âge doit être moindre avec une fécondité diminuée, car à partir de 35 ans et plus, les risques de procréer s'élèvent chez la femme. D'après les données de l'enquête cette tranche d'âge, a le niveau le plus élevé de fécondité, parmi les facteurs qui ont accentué cette proportion, ce n'est pas l'âge au premier mariage des femmes qu'il soit précoce ou tardif, mais à cause des problèmes de santé qui ont poussé plus de la moitié (57.50%) des femmes âgées entre 35 à 39 ans, de reculer l'âge de leur accouchement, d'autres accusent leur oubli ou l'échec des moyens contraceptifs utilisés.
- ❖ Les femmes âgées de (40-44 ans) correspondent à un pourcentage assez important, il est de 18.95%. Les enquêtées auprès ce groupe d'âge se plaignent presque des mêmes problèmes des enquêtées auprès des 35 – 39 ans. Les femmes du groupe d'âge (45-49 ans) représentent un pourcentage moindre, il est de 3.27% du total de la population. Cette catégorie d'âge est

CHAPITRE : 03

caractérisée par une descendance finale, malgré que les enquêtées ont toujours leur menstruation sont à la fin des années de leur procréation.

2.3)-Situation matrimoniale des enquêtées :

L'âge moyen au premier mariage des femmes est de 24.04 ans.

Tableau n° 10 : Structure des enquêtées selon la situation matrimoniale.

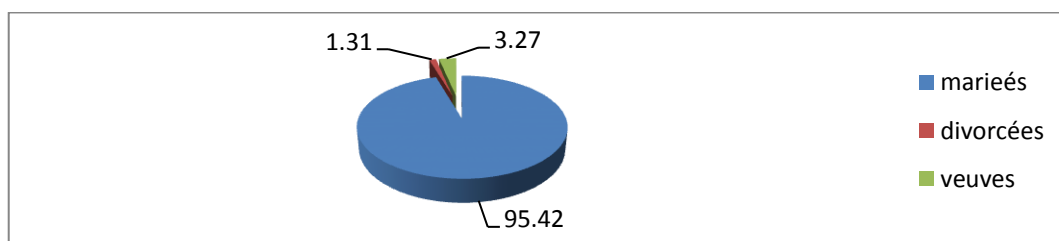
Situation matrimoniale	Fréquence	%
Mariées	146	95.42
Divorcées	2	1.31
Veuves	5	3.27
Total	153	100

Source : enquête sur terrain

La structure des femmes âgées entre 15 à 49 ans, selon l'état matrimonial indique une prédominance des femmes mariées, représentent en effet, 95.42% de l'ensemble des enquêtées.

Les parts des divorcées et des veuves parmi les femmes âgées entre 15 – 49 ans sont très faibles, soit respectivement 1.31% et 3.27%.

Graphique n°06 : Répartition des enquêtées selon la situation matrimoniale.



2.4)- Niveau d'instruction :

Va permettre à l'étude d'analyser l'impact du niveau d'instruction sur le comportement des femmes en matière d'allaitement.

Tableau n° 11: Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Fréquence	%
Aucun	6	3.92
Primaire	17	11.11
Moyen	36	23.53
Secondaire	63	41.18
Supérieur	31	20.26
Total	153	100

Source : enquête sur terrain

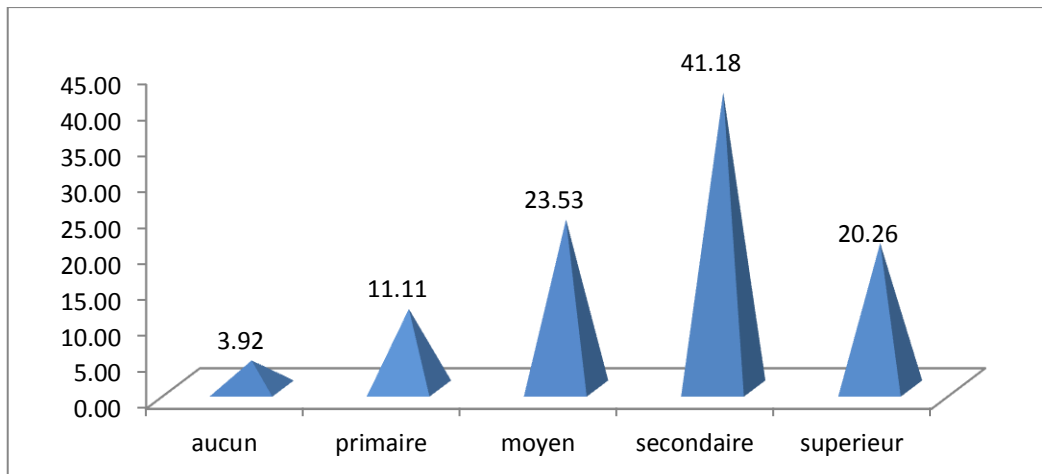
CHAPITRE : 03

Les résultats issus montrent que la majeure partie des enquêtées ont un niveau secondaire (41.18%), les femmes ayant un niveau d'instruction moyen sont en deuxième position, représentent (23.53%), les femmes qui ont le niveau supérieur représentent (20.26%) sont la moitié de celles qui ont le niveau secondaire, les enquêtées de niveau primaire correspondent à (11.11%) également font la moitié de celles qui ont le niveau moyen, les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction représentent 3.92% de l'échantillon.

Partant des confirmations des recherches dans le monde sur les comportements des femmes en matière d'allaitement chez les populations internationales, « les caractéristiques démographiques des mères, notamment l'âge et le niveau d'instruction constituent des instruments de base pour évaluer le niveau de nutrition, particulièrement l'aspect qualitatif de l'allaitement. Les études au niveau mondial ont toujours témoigné que les femmes qui ont les niveaux d'instruction suivants : secondaire, supérieur et même parfois le moyen, sont – elles qui donnent à l'enfant un meilleur allaitement maternel ».

A partir de-là, si ce qui est dit ci-dessus sera pris comme référence internationale en comparant ces confirmations avec les pourcentages de l'enquête des trois derniers niveaux d'instruction suivants : $(23.53\%) + (41.18\%) + (20.26\%) = 84.97\%$. Le pourcentage obtenu (84.97%) indique que l'écrasante partie des femmes ont un niveau d'instruction qui peut leur permettre d'offrir un meilleur allaitement au sein.

Graphique n° 07 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction.



2.5)- Situation individuelle :

La situation individuelle est la situation de l'individu vis-à-vis de l'occupation.

Tableau n° 12 : Répartition des enquêtées selon leur situation individuelle.

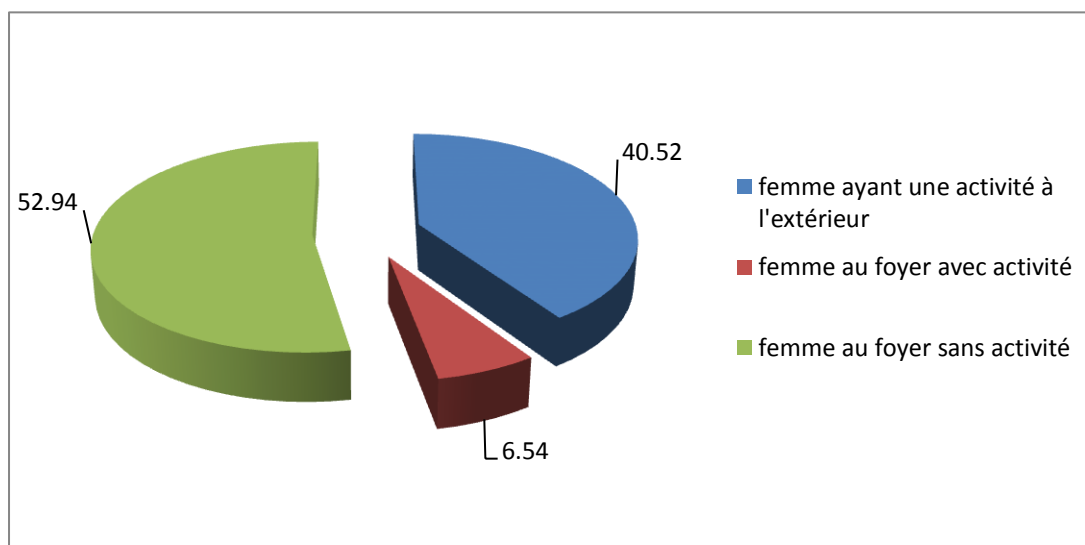
Situation individuelle	Fréquence	%
Femme ayant une activité à l'extérieur	62	40.52
Femme au foyer avec activité	10	6.54
Femme au foyer sans activité	81	52.94
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

CHAPITRE : 03

Les données de l'enquête indiquent que la proportion des femmes au foyer sans activité demeure la plus importante (52.94%), alors que la part des femmes actives est de 47.06% dont 40.52% représente la proportion des femmes ayant une activité à l'extérieur et 6.54% des femmes au foyer avec activité.

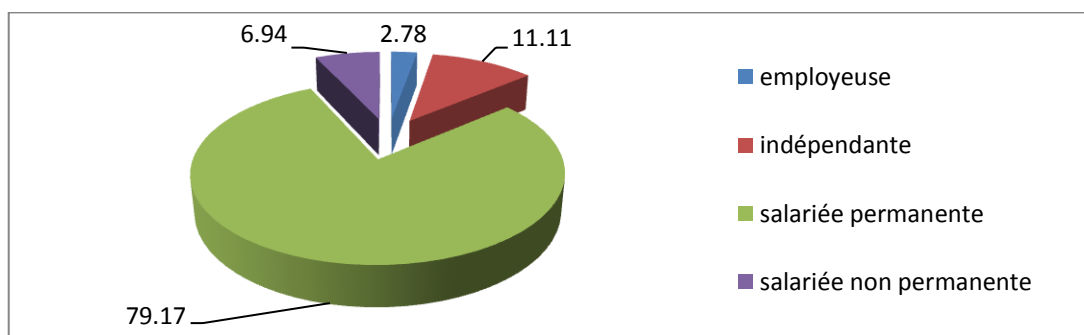
Graphique n° 08 : Répartition des enquêtées selon la situation individuelle.



2.6)- Situation dans la profession :

Les résultats du **tableau n° 09 (en annexe)** révèlent que La plupart des enquêtées déclarent qu'elles sont des salariées permanentes (79.17%), les restantes sont réparties entre, 11.11% sont indépendantes, travaillent pour leur propre affaire sans employer aucune autre personne, 6.94% sont des salariées non permanentes et le pourcentage le plus faible (2.78%) représente celles qui sont employées dans la profession, travaillant dans leur propre affaire, en employant au moins une autre personne comme salariée.

Graphique n° 09: Répartition des enquêtées selon la situation dans la profession.



2.7)- Revenu mensuel :

Il est demandé de voir si possible la qualité de la rémunération des femmes actives et l'impact de cette dernière sur le pouvoir d'achat du ménage, car de nombreuses études au niveau mondial confirment qu'au sein d'un couple dont la conjointe travaille, préfère donner des biberons avec des laits artificiellement préparés, au lieu d'allaiter au sein.

CHAPITRE : 03

Tableau n° 13 : Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel.

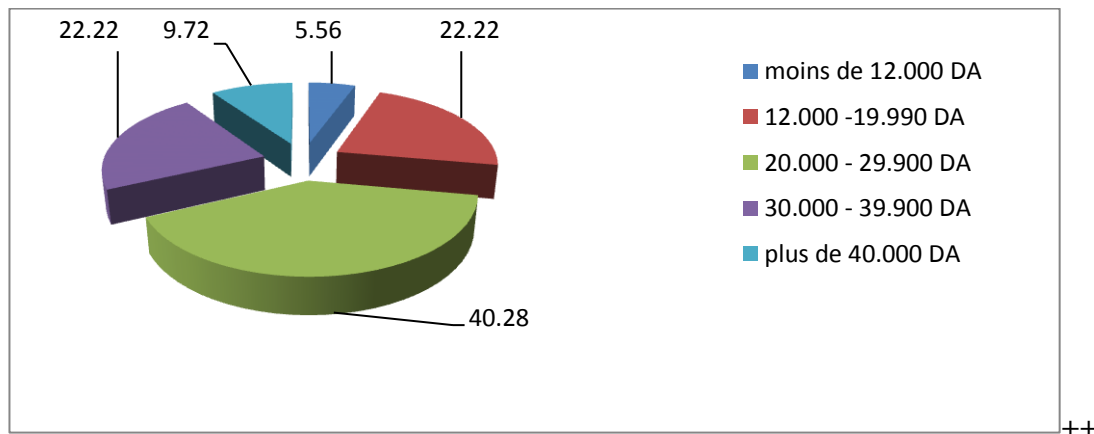
Revenu mensuel de la mère	Fréquence	Pourcentage
moins de 12.000 DA	4	5.56
12.000 -19.990 DA	16	22.22
20.000 - 29.900 DA	29	40.28
30.000 - 39.900 DA	16	22.22
plus de 40.000 DA	7	9.72
Total	72*	100

Source : enquête sur terrain.

*81 Femmes ne sont pas concernées car sont au foyer sans activité.

D'après le tableau ci-dessus, il s'avère que la plupart des enquêtées actives (40.28%) perçoivent mensuellement un salaire qui varie entre (20.000 à 29.900 DA). 22.22% des femmes perçoivent un salaire qui varie entre (12.000 à 19.990 DA) et le même pourcentage est constaté chez des femmes qui gagnent un salaire qui varie entre (30.000 à 39.900 DA). Les enquêtées qui touchent un salaire moins du S.M.I.C, ne représentent que 5.56%, et celles qui touchent un salaire allant de 40.000 DA et plus, sont aussi minoritaires, représentent 9.72%. Cependant, le revenu mensuel moyen de l'échantillon (mères) est de 28.800 DA.

Graphique n° 10 : Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel.



3)- Caractéristiques démographiques du mari :

Au cours de l'enquête, les femmes enquêtées sont aussi interrogées sur les caractéristiques démographiques de leurs époux et déclarent :

3.1)- Niveau d'instruction :

D'après les données **du tableau n° 10 (en annexe)**, les époux de la majeure partie de la population enquêtée ont un niveau moyen et secondaire, soit respectivement 34.93% et 34.25%. Les époux qui ont un niveau d'instruction supérieur représentent de 22.60%.

Le pourcentage le plus faible représente 2.05% des époux qui n'ont aucun niveau d'instruction et ceux qui sont de niveau primaire représentent seulement 6.17%.

3.2)- Situation individuelle :

Les résultats **du tableau n° 11 (en annexe)**, révèlent que les époux occupés représentent le pourcentage le plus élevé 94.12% de la population enquêtée, les maris inoccupés au moment de l'enquête correspondent à 1.31% et les parts des veufs (5 cas) et divorcés (2 cas) non déclarés représentent 4.58%.

3.3)-Revenu mensuel :

Les données du **tableau n° 12 (en annexe)**, indiquent que la grande partie des maris (29.17%) perçoivent un salaire qui varie entre 20.000 à 29.900 DA.

23.61% la part des époux qui touche un salaire allant de 40.000 DA et plus, est en seconde position, suivi par un pourcentage de 22.92% sont les maris ayant un revenu qui varie entre 30.000 à 39.900 DA. Les salariés ayant une rémunération qui varie entre 12.000 à 19.900 DA représentent 21.53%. Les salariés ayant un revenu moins du S.M.I.C sont minoritaires, ne représentent que 2.78% du total. Par ailleurs, le revenu mensuel moyen des maris est de 37.910 DA.

4)- Caractéristiques concernant la vie génésique de la mère :

L'enquête a introduit un certain nombre de questions relatives à la vie féconde des femmes enquêtées, permettant d'examiner les principales caractéristiques concernant la vie génésique des femmes et vérifier ensuite leur impact sur le comportement des femmes en matière d'allaitement.

4.1)- Parité :

Il est demandé d'observer la parité des enquêtées et son influence sur leur comportement en matière d'allaitement.

Tableau n° 14: Répartition des enquêtées selon leur parité.

Parité	Fréquence	%
Primipare	43	28.10
Multipare	110	71.90
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Les données recueillies révèlent que la plupart des femmes interrogées sont des multipares, représentent 71.90% du total et les femmes primipares correspondent à 28.10%.

4.2)- Nombre d'enfants en vie :

Il est important de quantifier le nombre des naissances vivantes des enquêtées et mesurer le poids de ce nombre sur leur pratique d'allaitement.

CHAPITRE : 03

Tableau n° 15 : Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants en vie.

Nombre d'enfants en vie	Fréquence	%
1 enfant	49	32.03
2 enfants	43	28.1
3 enfants	37	24.18
4 enfants	18	11.76
5 enfants	5	3.27
8 enfants	1	0.65
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Les résultats de l'enquête montrent que la plupart des femmes enquêtées déclarent d'avoir un enfant en vie, représentent 32.03%. Les femmes ayant déclaré d'avoir 2 enfants en vie viennent en deuxième position, correspondent à 28.10%, et 24.18% la proportion des femmes ayant un nombre de 3 enfants en vie. Il est également constaté avec l'accroissement du nombre d'enfants en vie (4 enfants et plus) les proportions des femmes diminuent. L'enquête révèle que le nombre moyen des naissances en vie est de 2.29 enfants /femme.

4.3)-Le désir d'avoir un autre enfant :

L'Algérie connaît une période de transition démographique caractérisée par une baisse de la fécondité, le comportement procréateur des couples Algériens et le désir d'avoir d'autres enfants se rétrécissent de plus en plus à cause des circonstances et les conditions socio-économiques de la nouvelle vie que connaît l'Algérie durant ces dernières décennies.

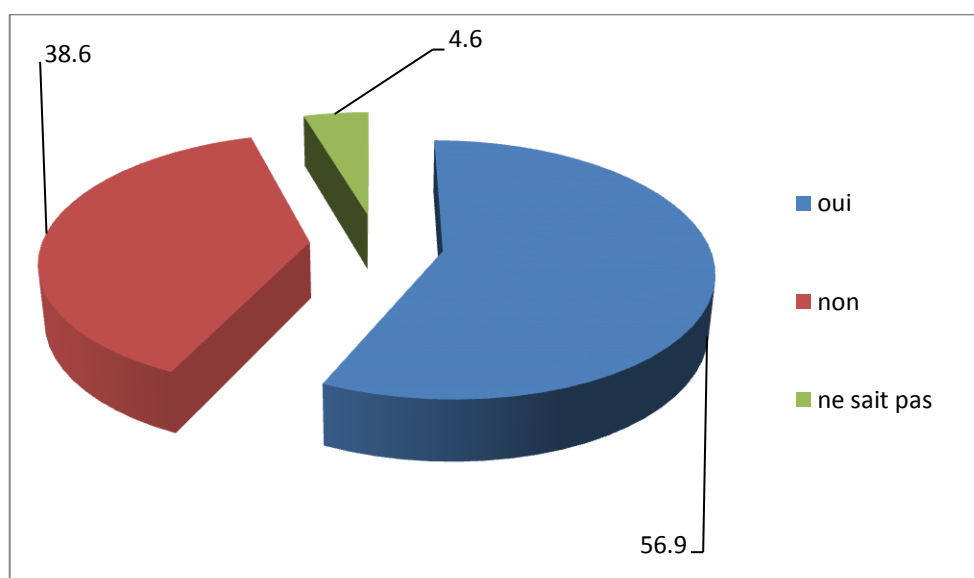
Tableau n° 16 : Répartition des enquêtées selon leur désir d'avoir un autre enfant.

Dans l'avenir, souhaitez-vous avoir un autre enfant	Fréquence	%
Oui	87	56.9
Non	59	38.6
Ne sait pas	7	4.6
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Le tableau fait ressortir que plus de deux quarts (56.9%) des femmes souhaitent d'avoir un autre enfant, 38.6% ne désirent plus en avoir et les indécises représentent 4.6%.

Graphique n°11 : Répartition des enquêtées selon le désir d'avoir un autre enfant.



4.4)- Le désir d'allaiter :

Cette question va permettre à l'étude d'analyser et voir les femmes qui désirent plus tard d'avoir un autre enfant si elles ont tendance à allaiter et pour combien de mois.

Tableau n° 17 : Répartition des enquêtées selon leur souhait d'allaiter.

Si oui jusqu'à quel âge (mois) penserez-vous l'allaiter.	Fréquence	%
> égal 06 mois	41	47.1
(07mois à 12 mois)	32	36.8
(13 mois à 18 mois)	8	9.2
(19 mois à 24 mois)	4	4.6
Jamais	2	2.3
Total	87*	100

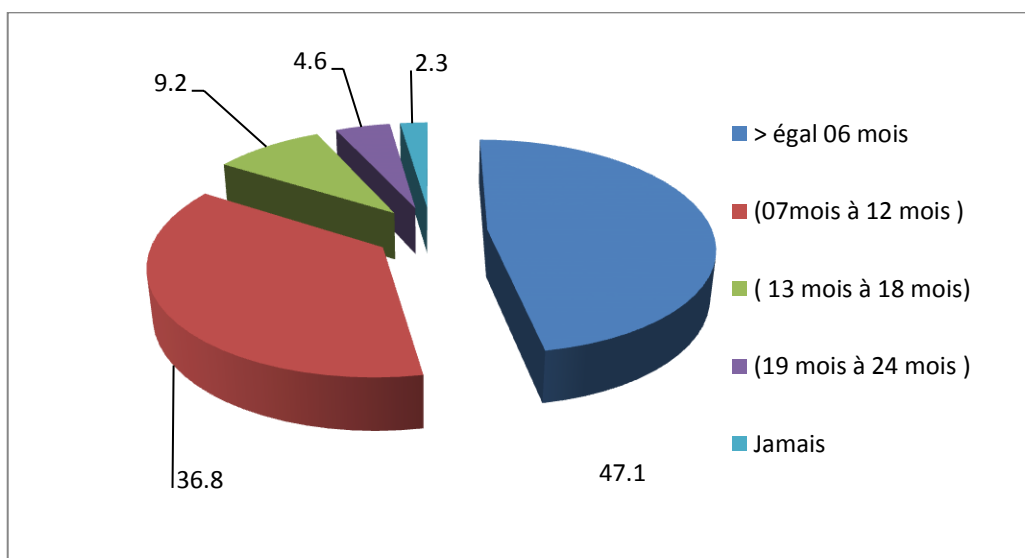
Source : enquête sur terrain.

*66Femmes ne sont pas concernées dont : 59 ne désirent plus avoir un autre enfant et 07 sont indécises.

Les données de l'enquête indiquent que près de 47.1% des femmes pensent allaiter leur futur enfant au sein jusqu'à l'âge de 06 mois, 36.8% pensent le nourrir au sein entre (07mois à 12 mois), 9.2% souhaitent le faire entre (13 mois à 18 mois), 4.6% des enquêtées pensent donner le sein entre (19 mois à 24 mois) et 2.3% ne pensent pas allaiter. Cependant, la durée moyenne de l'allaitement des futurs enfants est de 1.80 mois. Cette durée est inquiétante pour l'avenir de l'allaitement à Oran et doit secouer la réflexion et la conscience de la santé publique et les partis concernés.

CHAPITRE : 03

Graphique n° 12 : Répartition des enquêtées selon leur souhait d'allaiter.



4.5)- Temps entre deux naissances pour mieux allaiter :

L'OMS et L'UNICEF recommandent trois années et au-delà, cette période durant laquelle la mère peut poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus de l'enfant. La troisième année, la femme qui allaite peut se reposer et récupérer ses forces en cas ou elle désire refaire une autre grossesse.

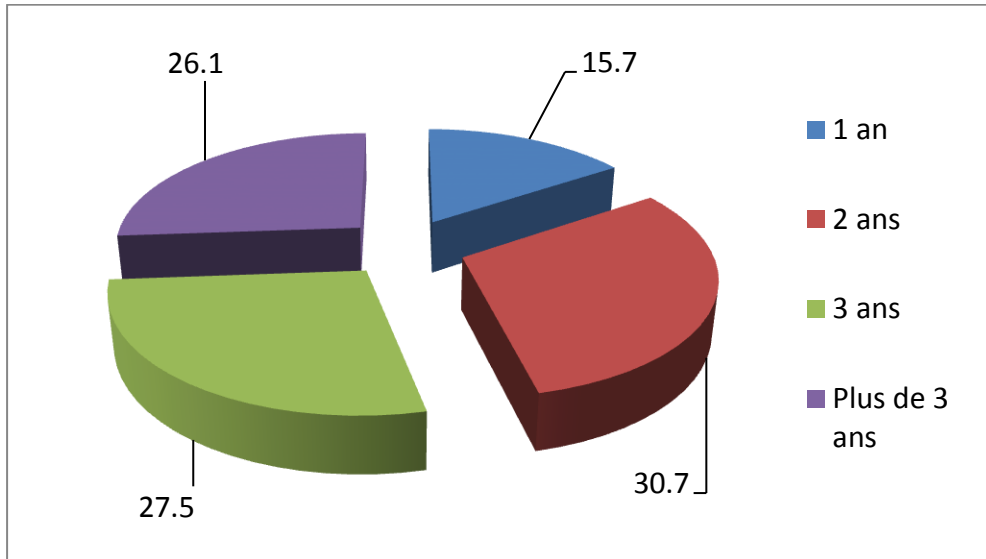
Tableau n° 18 : Répartition des enquêtées selon le temps entre deux naissances pour mieux allaiter.

A votre avis, combien de temps pensez-vous nécessaire entre deux naissances pour mieux allaiter.	Fréquence	%
01 an	24	15.7
02 ans	47	30.7
03 ans	42	27.5
Plus de 03 ans	40	26.1
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Le tableau montre que 30.7% la majorité des femmes pensent que le temps de deux ans est la durée qu'il faut pour mieux allaiter. 27.5% pensent que trois ans est le temps qu'il faut entre deux naissances pour allaiter, 26.1% des femmes pensent qu'il faut plus de trois ans et 15.7% pensent qu'un an est le temps suffisant pour nourrir le bébé au sein.

Graphique n°13 : Répartition des enquêtées selon le temps entre deux naissances pour mieux allaiter.



5)-Les visites prénatales et le rôle de l'information médicale en matière d'allaitement au sein :

5.1)- Visites prénatales :

Dans de nombreux pays, les femmes déclarent que pendant les visites prénatales les informations prodiguées sont la raison principale de leur décision d'allaiter immédiatement et exclusivement au sein et à réaliser les meilleures pratiques d'allaitement possibles.

Tableau n° 19: Répartition des enquêtées selon leur pratique des consultations prénatales.

pendant votre grossesse, vous êtes-vous présentée à des consultations prénatales	Effectifs	%
oui	152	99.3
non	1	0.7
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

99.3% presque la totalité des femmes interrogées ont déclaré pratiquer des consultations prénatales, par contre 0.70% seulement une femme n'a effectué aucune visite prénatale, la raison de non-consultation d'après sa déclaration, l'absence de problèmes de santé pendant la grossesse.

CHAPITRE : 03

Tableau n° 20 : Répartition des enquêtées selon le nombre de consultations prénatales.

Si oui, combien de fois	Effectifs	%
1	3	2
2	6	3.9
3	25	16.4
4	23	15.1
5	40	26.3
6 et plus	55	36.3
Total	152*	100

Source : enquête sur terrain

*01 Femme n'a pas répondu car elle n'a pratiqué aucune consultation prénatale.

Le tableau ci-dessus montre que l'écrasante majorité des enquêtées ont effectué des consultations prénatales avec une variabilité observée au niveau du nombre de consultations, 26.3% la proportion la plus importante des femmes qui ont déclaré faire 5 visites durant la grossesse, 16.4% ont déclaré effectuer 3 consultations, et 15.1% la part des femmes ayant fait 4 consultations. Le nombre de consultations le moins réduit (1 examen prénatal) est de 2% et le nombre le plus élevé (11 examens prénatals) est de 0.7%. Par ailleurs, le nombre moyen de consultations de l'échantillon atteint 5.28.

5.2)- Lieu des visites prénatales :

L'enquête s'est intéressée à l'observation des lieux où les femmes ont choisi suivre leurs soins prénatals et voir si dans ces lieux les femmes ont eu l'accès à l'information et aux conseils en matière d'allaitement au sein.

Tableau n° 21 : Répartition des enquêtées selon le lieu des visites prénatales.

Où avez-vous été suivie?	Effectifs	Pourcentage
Maternité (EHS).	1	,7
Cabinet médical privé.	64	42,1
PMI d'un centre de santé.	30	19,7
Polyclinique ou/et clinique privée.	1	,7
Cabinet médical privé + PMI d'un centre de santé.	56	36,8
Total	152*	100

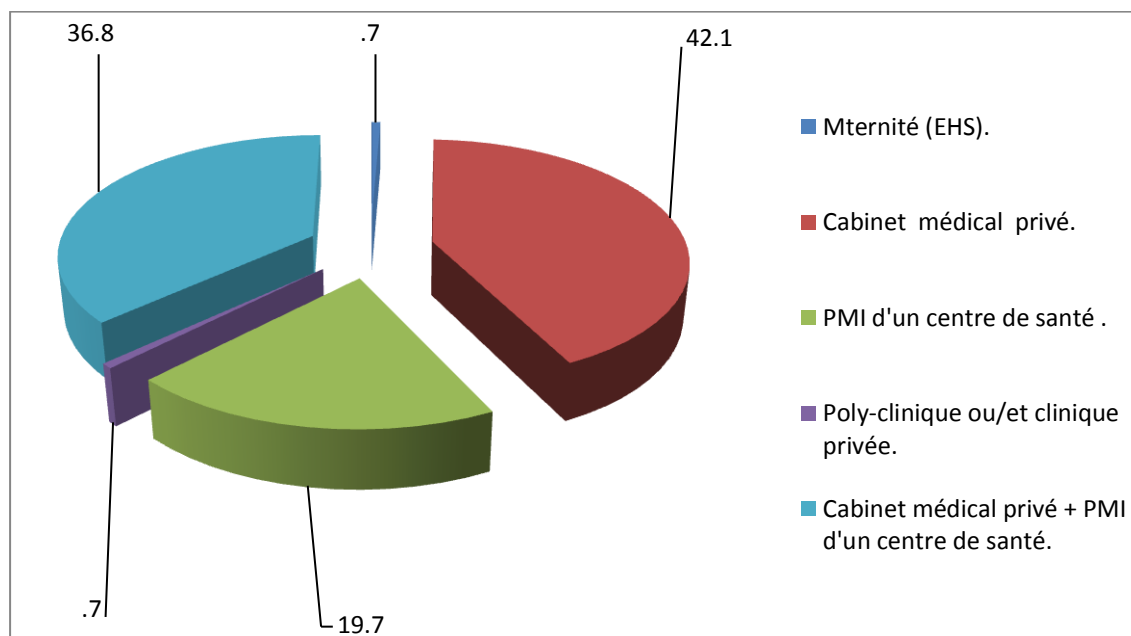
Source : enquête sur terrain.

*01 Femme n'a pas répondu car elle n'a pratiqué aucune consultation prénatale.

CHAPITRE : 03

Le tableau montre que 42.1% la grande partie des femmes a effectué des visites prénatales auprès d'un cabinet médical privé, 36.8% des femmes ont été examinées dans un cabinet médical privé et dans un centre de santé (PMI), 19.7% des enquêtées ont effectué leurs contrôles dans un centre de santé (PMI), tandis que dans la clinique privée et la maternité, aucune différence n'est observée au niveau des examens prénatals, les parts sont nettement faibles, se situent autour de 0.7%. L'enquête conclut que la plupart des femmes se font suivre dans des établissements de santé privés.

Graphique n° 14 : Répartition des enquêtées selon le lieu des visites prénatales.



5.3)- Qualité du personnel médical :

Le personnel médical qualifié joue un rôle important auprès des femmes, pendant leurs soins prénatals, l'accouchement et postnatals, il constitue également un intervenant adéquat et efficace pendant les périodes d'allaitement.

D'après le **tableau n° 13 (en annexe)**, révèle que 38.8% des femmes ont été suivies exclusivement par un gynécologue, 36.8% des femmes qui ont été examinées par un gynécologue et une sage-femme, 19.7% ont été consultées uniquement par une sage-femme, alors que 4.6% ont déclaré d'être examinées par un médecin généraliste.

5.4)- Sources d'information :

Les sources d'information ont une grande utilité pour sensibiliser et informer les femmes sur l'importance et les bénéfices indéniables et perdurables de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant.

CHAPITRE : 03

Tableau n° 22 : Répartition des enquêtées selon les sources d'information sur l'allaitement maternel.

Ya-t-il d'autres sources d'information?	Fréquence	Pourcentage
Milieu familial	94	61,44
Religion musulmane	7	4,58
Milieu professionnel	4	2,61
Dans le voisinage ou chez les amies	1	0,65
Milieu familial, le voisinage ou les amies	7	4,58
Médias :(radio; tv locale ou étrangère; journaux; internet)	1	0,65
Milieu familial et la religion	14	9,15
Milieu familial et professionnel	17	11,11
Milieu familial et les médias	6	3,92
Milieu familial, professionnel et les médias	2	1,31
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

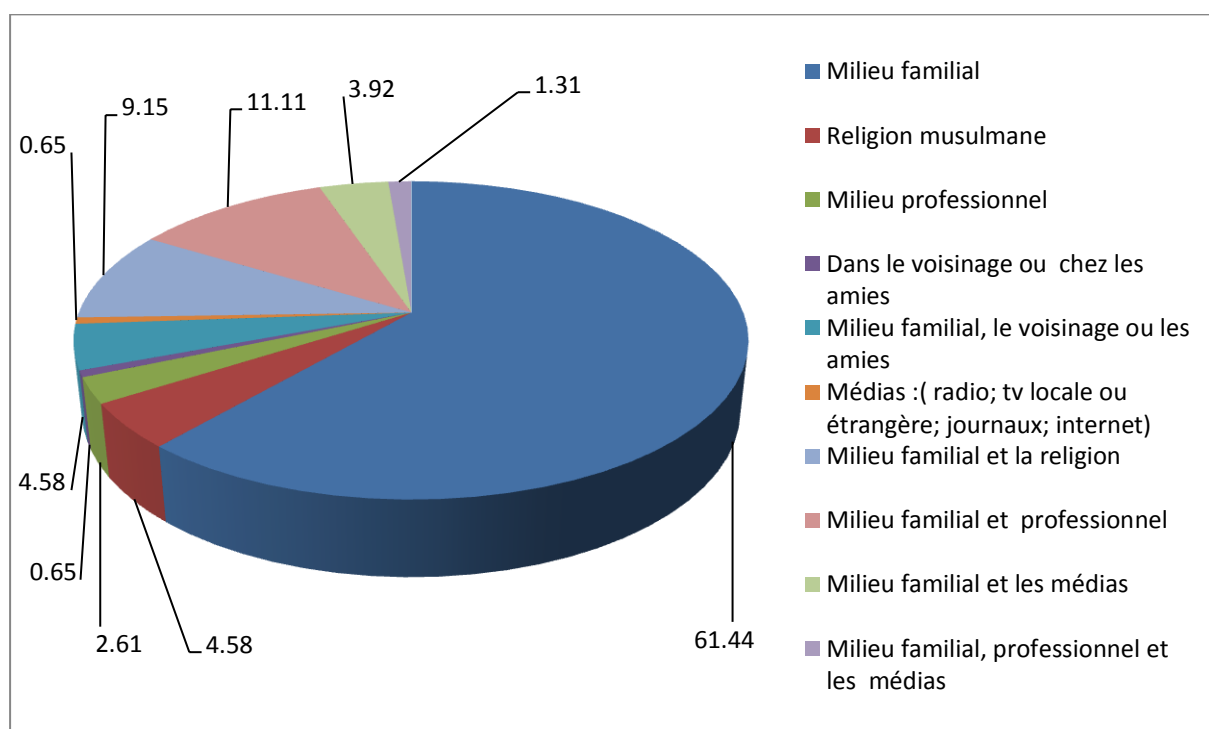
La source principale en matière d'information sur l'allaitement est : « le milieu familial » cité par 61.44% des femmes. Les sources qui s'avèrent assez importantes sont :

Le « milieu familial et professionnel » cités par 11.11% des femmes, le « milieu familial et la religion » donnés par 9.15% des femmes.

Les plus faibles sources d'informations sont : la « religion musulmane » déclarée par 4.58% des femmes, le « milieu professionnel » par 2.61% des enquêtées.

Les « médias » et les « voisines / amies » constituent des sources négligeables en matière d'information pour 0.65% de la population enquêtée. Alors qu'en Europe, les médias constituent des sources cruciales d'éducation, d'information et de sensibilisation notamment en matière d'allaitement.

Graphique n°15 : Répartition des enquêtées selon les sources d'information.



5.5)- L'information médicale en matière d'allaitement maternel pendant les visites prénatales :

Les résultats du **tableau n° 14 (en annexe)**, indiquent près de la moitié (51.3%) des femmes ont répondu (oui) ayant reçu des informations sur l'allaitement au cours de leur grossesse et 48.7% des femmes n'ont reçu aucune information en matière d'allaitement.

Tableau n° 23 : Répartition des enquêtées selon les informations reçues pendant la grossesse.

Si oui, quels types d'information.	Fréquence	%
bienfait sur la santé de l'enfant.	14	17.95
bienfait sur la santé de l'enfant et de la mère	46	58.97
bienfait sur la santé de la mère.	6	7.69
bienfait psychologique à l'enfant.	12	15.38
Total	78*	100

Source : enquête sur terrain.

*75 Femmes ne sont pas concernées dont : 74 n'ont pas reçu d'informations pendant les visites prénatales et 01 femme n'a effectué aucune consultation prénatale.

Les données de l'enquête montrent que les 58.97% la part la plus importante des femmes avouent avoir l'information que : l'allaitement est un bienfait sur la santé de l'enfant et de la mère.

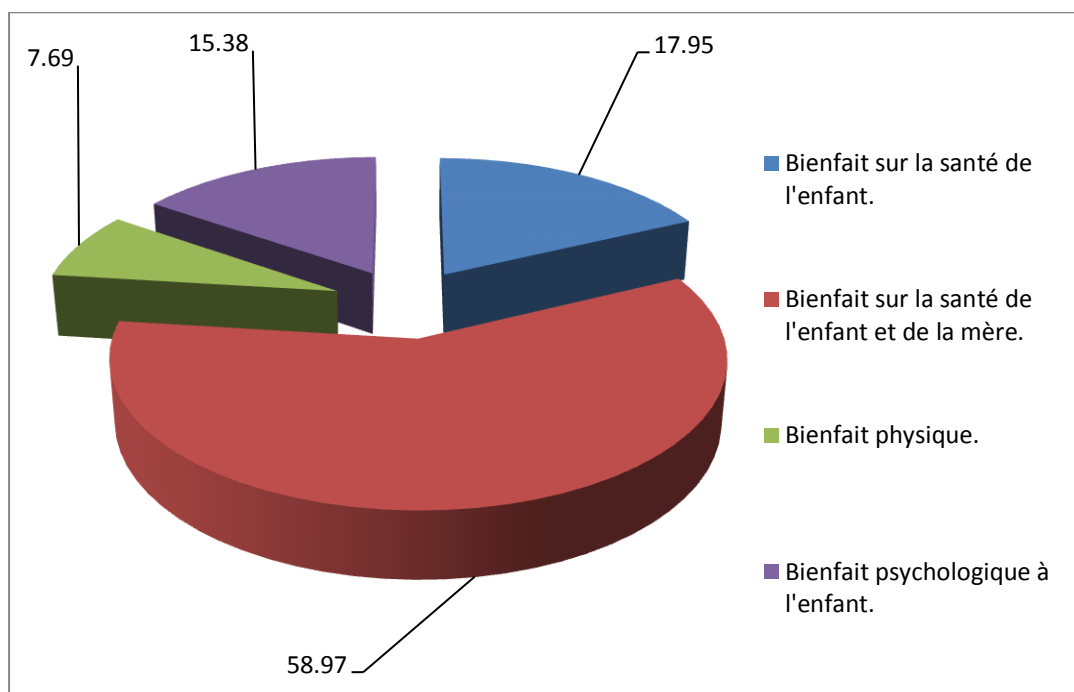
17.95% des femmes ont l'information que l'allaitement est un bienfait sur la santé de l'enfant.

15.38% ont reçu l'information que l'allaitement est un bienfait psychologique à l'enfant.

7.69% la part la plus faible des femmes qui a été informée que : l'allaitement est un bienfait sur la santé de la mère.

Après avoir connu les types de renseignements donnés aux femmes pendant leurs soins prénatals, l'étude a vérifié minutieusement la quantité et la qualité de ces informations avancées par les femmes, malheureusement ces deux dernières de la plupart des femmes restent formelles et restreintes en matière d'allaitement maternel.

Graphique n° 16 : Répartition des enquêtées selon les types d'informations.



5.6)- Préparation physiologique à l'allaitement durant les soins prénatals :

La préparation psychologique à l'allaitement est impérative à partir de la fin du sixième mois de la grossesse, car elle permet de détecter les éventuels problèmes qui peuvent compromettre la poursuite et la réussite de l'allaitement maternel. Généralement ces problèmes sont mineurs confrontés chez les mères, concernent : les mamelons fissurés, douloureux, courts ou ombiliqués, l'engorgement mammaire, les mastites et les abcès du sein. Les prestataires de soins peuvent montrer aux femmes durant les séances prénatales comment prendre soin de leurs seins et comment remédier aux sensations gênantes lors de l'allaitement.

Les résultats obtenu dans **le tableau n° 15 (en annexe)**, indiquent que l'écrasante majorité des femmes (99.34%) n'ont pas reçu une préparation physiologique durant les soins prénatals, par contre une femme seulement (0.66%) déclare avoir reçu une préparation prénatale à l'allaitement maternel. La préparation physiologique au cours de la grossesse est complètement négligée de la part des prestataires de soins de santé.

6)- Connaissances et pratiques d'allaitement maternel après l'accouchement :

Dans les établissements de soins et d'accouchement, l'assistance des prestataires de soins est très utile, veille à montrer aux femmes les bonnes méthodes d'allaitement, à les encourager d'allaiter de manière optimale et à les inciter de suivre et améliorer leurs pratiques d'allaitement. Les prestataires de soins et les soins postnatals ont un effet très efficace sur la gestion des difficultés rencontrées, et sur le comportement et les pratiques des femmes en matière d'allaitement.

6.1)- Lieu d'accouchement :

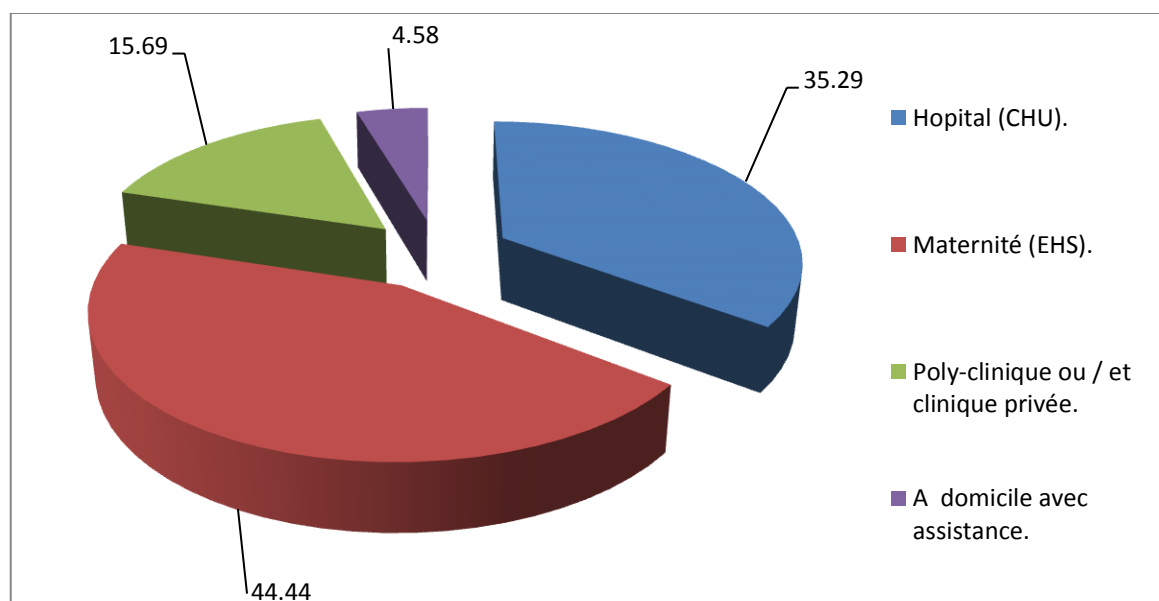
Tableau n° 24 : Répartition des enquêtées selon le lieu d'accouchement

Lieu de votre accouchement	Fréquence	%
Hôpital (CHU)	54	35.29
Maternité (EHS)	68	44.44
Polyclinique ou / et clinique privée	24	15.69
A domicile avec assistance	7	4.58
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

D'après les résultats issus, il s'avère que (44.44%) la plupart des enquêtées ont accouché dans la maternité, la part qui a accouché à l'hôpital s'élève à 35.29%. Les femmes qui ont accouché dans une clinique privée atteint 15.69%. Cependant, les femmes qui ont fait un accouchement à domicile avec assistance représentent 4.58%.

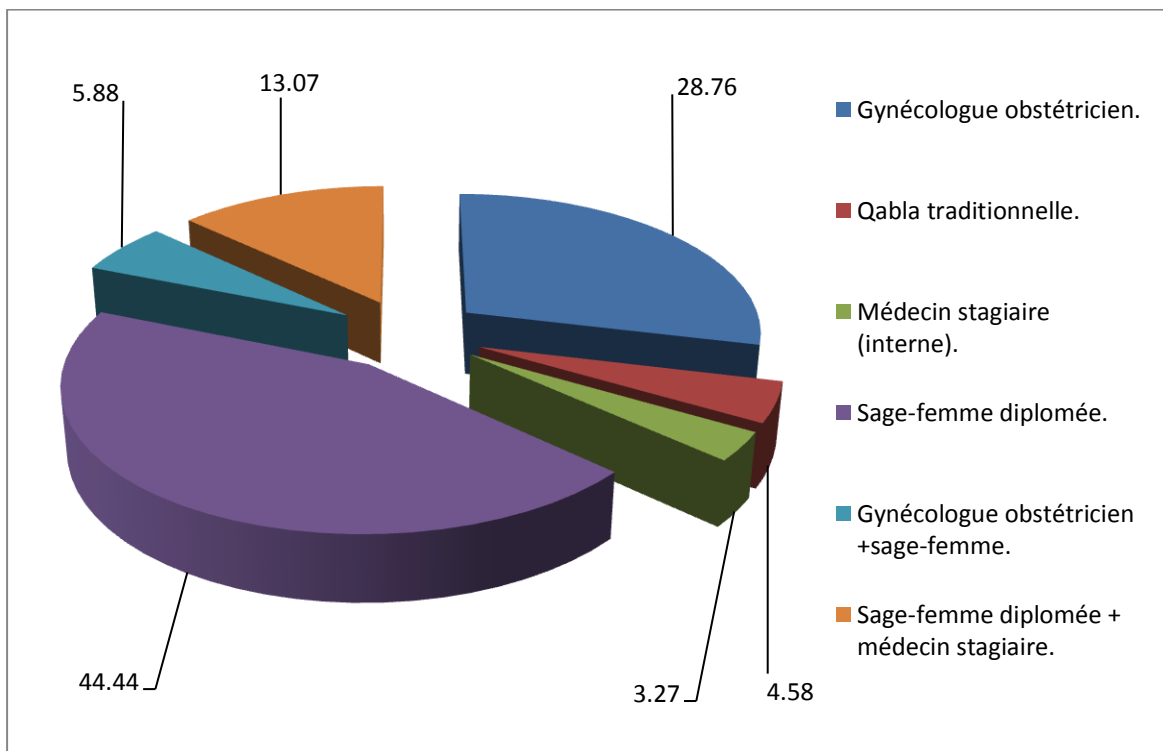
Graphique n°17 : Répartition des enquêtées selon le lieu d'accouchement.



6.2)- Personnel médical chargé de l'accouchement :

D'après le **tableau n° 16 (en annexe)**, indique que 44.44% des femmes ont été assistées par une sage-femme pendant l'accouchement, la part qui a été assistée par un gynécologue obstétricien atteint 28.76%, les femmes assistées par une sage- femme et médecin stagiaire correspondent à 13.07%. 5.88% la proportion assistée par un gynécologue obstétricien et une sage-femme au moment de l'accouchement. 3.27% une minorité a été assistée par un médecin stagiaire et celles qui ont accouché à domicile ont été assistées par une sage-femme traditionnelle (qabla) représentent 4.58% de la population totale.

Graphique n°18 : Répartition des enquêtées selon la qualité du personnel chargé de l'accouchement.



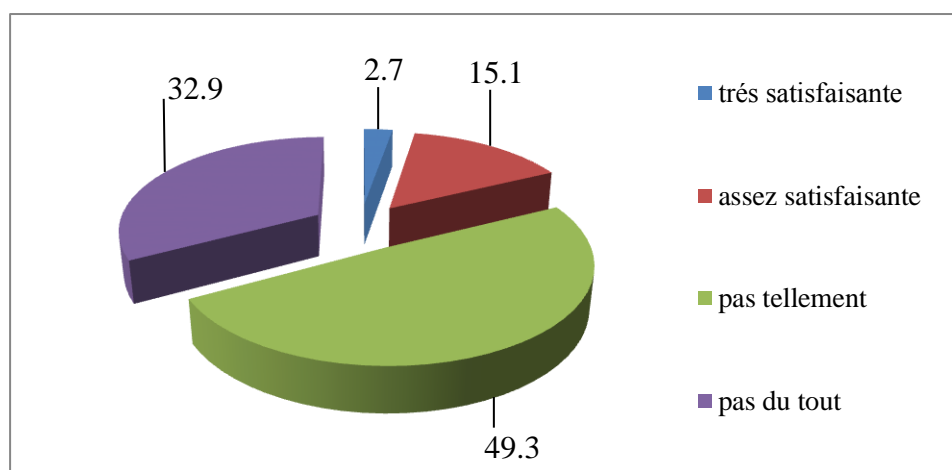
6.3)-Qualité d'assistance en lieu d'accouchement :

Le **tableau n° 17 (en annexe)**, montre que :

Près de la moitié 49.3% des femmes ont jugé que la qualité d'assistance en lieu d'accouchement n'est pas tellement satisfaisante, 32.9% ont jugé qu'il n'y-a aucune qualité d'accueil hospitalier. 15.1% l'ont jugée assez satisfaisante.2.7% la part minoritaire qui l'a énoncée très satisfaisante.

CHAPITRE : 03

Graphique n°19 : Répartition des enquêtées selon la qualité d'assistance en lieu d'accouchement.



6.4)- Nature d'accouchement :

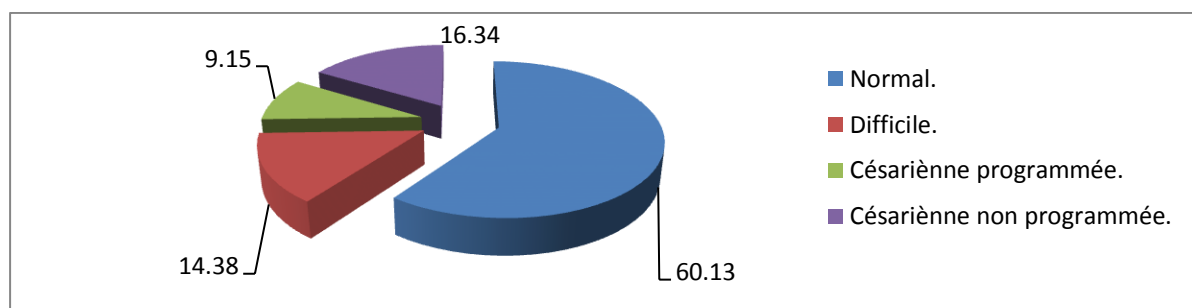
Le **tableau n° 18 (en annexe)** ressort les résultats suivants :

Plus de la moitié 60.13% des enquêtées ont fait un accouchement normal.

16.34% des femmes ont accouché avec une césarienne non programmée et 9.15% ont accouché avec une césarienne programmée.

14.38% des femmes ont eu un accouchement difficile. Il est important de prêter attention à la femme enceinte, notamment au moment de son accouchement, de réunir toutes les conditions pour l'aider à accoucher sans difficulté, car la nature d'accouchement empreint de manière bonne ou mauvaise l'état psychologique de la femme et donc sa décision initiale d'allaiter.

Graphique n°20 : Répartition des enquêtées selon la nature d'accouchement.



6.5)- Sexe de l'enfant de 18 mois :

D'après le **tableau n° 19 (en annexe)** les résultats de l'enquête révèlent des différences, le sexe masculin est supérieur représente 58.17%, et le sexe féminin correspond à 41.83%.

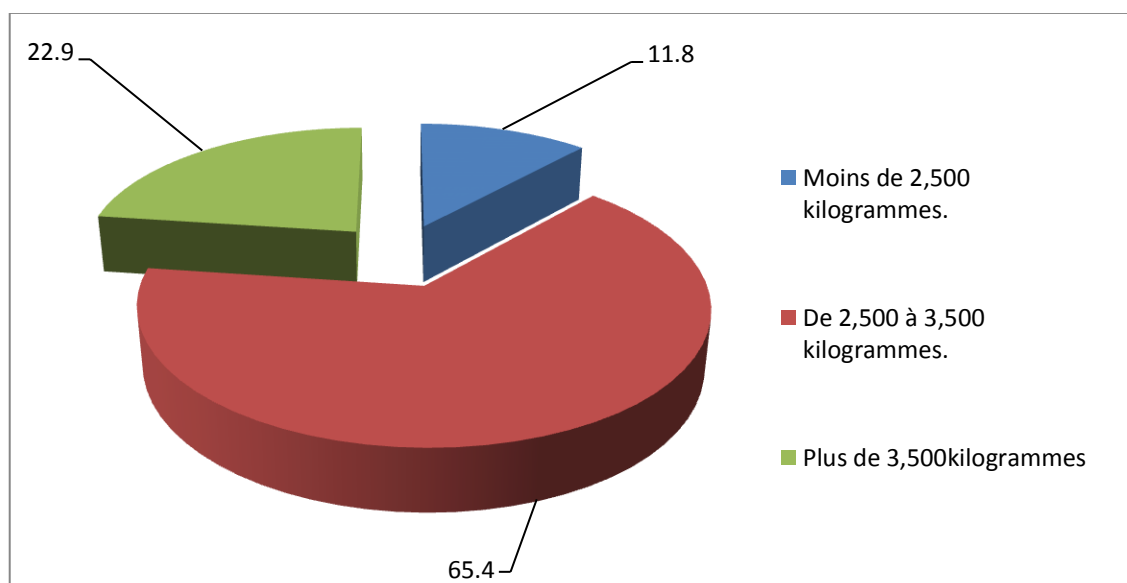
6.6)- Poids de l'enfant à la naissance :

Le **tableau n° 20 (en annexe)** indique que plus de la moitié (65.4%) des nouveau-nés sont nés avec un poids normal qui varie entre 2,500 kilogrammes à 3,500 kilogrammes.

22.9% des nouveau-nés sont nés avec un poids de plus de 3,500 kilogrammes ce dernier est considéré au dessus de la normal.

11.8% des bébés sont nés avec un poids de moins de 2,500 kilogrammes. Le poids moyen à la naissance de l'échantillon est de 2.11 kilogrammes en cas ou le bébé aura une complication de santé, l'insuffisance de poids peut le mener à la mort.

Graphique n°21 : Répartition des enquêtées selon le poids de l'enfant à la naissance.

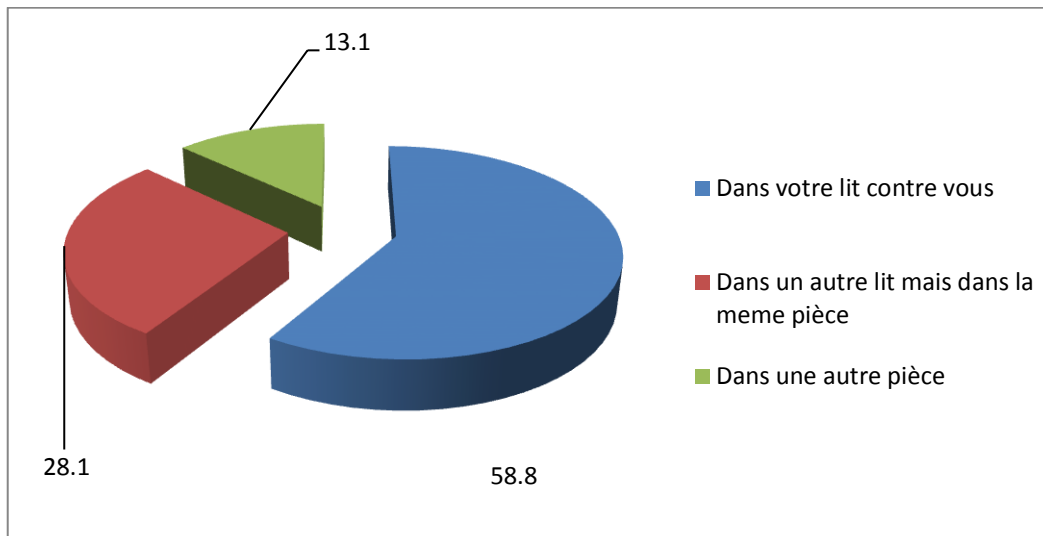


6.7)- Placement du nouveau-né après l'accouchement :

Les hôpitaux et centres d'accouchement peuvent supporter l'allaitement immédiatement après la naissance du bébé par la cohabitation, c'est-à-dire le fait de placer les nouveau-nés avec leurs mères pendant le séjour à l'hôpital, encourage un contact précoce entre mère et nouveau-né, ainsi que l'allaitement.

Les résultats du **tableau n°21 (en annexe)** montrent que 58.8% des nouveau-nés sont placés dans le même lit de leur mère, 28.1% sont placés dans un autre lit mais dans la même pièce et 13.1% sont mis dans une autre pièce.

Graphique n° 22: Répartition des enquêtées selon le placement du nouveau-né après l'accouchement.



6.8)- Bienfaits de l’allaitement maternel sur la santé de l’enfant :

L’enquête a tenté de vérifier le niveau de connaissances des femmes sur les bienfaits de l’allaitement maternel sur la santé de l’enfant.

Tableau n° 25: Répartition des enquêtées selon leurs connaissances sur les bienfaits de l’allaitement au sein sur la santé de l’enfant.

Connaissez-vous les bienfaits de l’allaitement au sein sur la santé de l’enfant.	Effectifs	%
meilleure nutrition pour une bonne croissance	99	64.7
des échanges psychoaffectifs intenses avec la mère	33	21.6
il préserve contre la diarrhée	4	2.6
il préserve contre l’allergie	4	2.6
Il préserve contre les affections et infections.	6	3.9
Ne sait pas.	7	4.6
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

En termes de connaissances des bienfaits de l’allaitement au sein sur la santé de l’enfant, la plupart des enquêtées (64.7%) déclarent connaître que l’allaitement est un meilleur aliment pour la croissance de l’enfant. 21.6% des femmes savent que l’allaitement constitue des échanges psychoaffectifs intenses entre la mère et le nouveau-né. 2.6% les plus faibles proportions des femmes ayant déclaré connaître que l’allaitement préserve contre la diarrhée et contre l’allergie suivie par 3.9% des femmes sont au courant que le lait au sein préserve contre les affections et les infections et 4.6% des femmes ne connaissent aucun bienfait de l’allaitement sur la santé de l’enfant.

6.9)- Bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de la mère :

L'étude a également essayé d'examiner les connaissances des enquêtées sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère.

Tableau n° 26 : Répartition des enquêtées selon leurs connaissances sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère.

Connaissez-vous les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère ?	Effectifs	Pourcentage
il réduit le risque de cancer du sein	62	40,52
Il réduit le cancer du sein et de l'ovaire.	5	3,27
Effet contraceptif + il réduit le cancer du sein.	1	,65
Effet contraceptif, il réduit le cancer du sein et de l'ovaire.	3	1,96
Effet contraceptif + il réduit l'hémorragie + le cancer du sein et de l'ovaire.	2	1,31
ne sait pas	80	52,29
Total	153	100

Source : enquête sur terrain

Les résultats obtenus indiquent que plus de la moitié (52.29%) des femmes interrogées ne savent pas que l'allaitement au sein a des bienfaits sur la santé de la mère, 40.52% des femmes connaissent que l'allaitement réduit le risque de cancer du sein, les proportions des femmes déclarant savoir deux connaissances ou plus varient de manière très faible dont :

3.27% une minorité de femmes ne connaît que l'allaitement réduit le cancer du sein et de l'ovaire. 1.96% peu de femmes connaissent que l'allaitement a un effet contraceptif, peut réduire le cancer du sein et de l'ovaire. 1.31% deux femmes connaissent que l'allaitement a un effet contraceptif, diminue la perte de sang postpartum et réduit le cancer du sein et de l'ovaire.

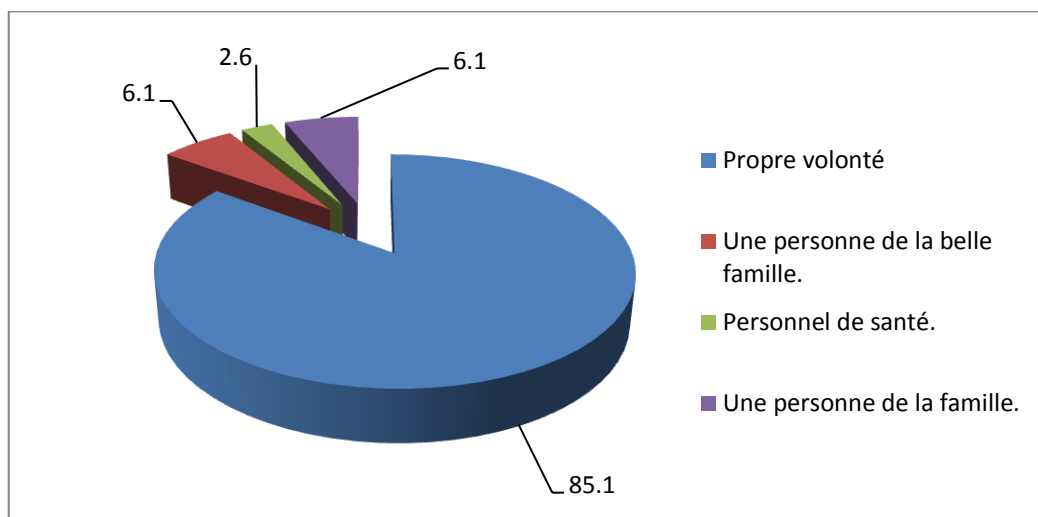
0.65% une part négligeable connaît que l'allaitement a un effet contraceptif et réduit le cancer du sein.

6.10)- Intervenants au début de l'allaitement en lieu d'accouchement :

De meilleures pratiques d'allaitement réalisées ont connu un support efficace de la part des personnes de santé dans les hôpitaux, les maternités et les établissements de soins, un autre support fournis par les membres de l'entourage de l'allaitante pour l'encourager à allaiter en rentrant chez elle.

Selon les données du **tableau n° 22 (en annexe)** 85.1% des femmes ont allaité au sein après l'accouchement sans être aidées (par leur propre gré). Pas de disparité observée dans l'intervention des membres de l'entourage 6.1% les parts respectives des personnes de la famille du mari et de la femme qui l'ont poussée à allaiter, alors que le personnel de santé quant à lui le rôle et le devoir de veiller sur les mères pour qu'elles allaitent représente que 2.6%.

Graphique n°23: Répartition des enquêtées selon le support initial donné aux mères après l'accouchement.



6.11)- Temps de la première tétée d'allaitement après l'accouchement :

D'après la recommandation mondiale, les femmes doivent immédiatement allaiter dans l'heure qui suit la naissance du bébé car un allaitement immédiat ou précoce allonge et stimule la production du lait maternel.

Quelque soit le lieu d'accouchement, **le tableau n° 23 (en annexe)** indique que 90.35% des femmes ont allaité au sein tout-juste après leur accouchement, par contre 9.65% des femmes n'ont pas allaité au sein immédiatement après leur accouchement.

6.12)-Temps de la première tétée :

Le tableau n° 24 (en annexe) montre que les proportions des premières tétées d'allaitement après l'accouchement varient selon les heures déclarées sont :

46.6% des enquêtées ont allaité au sein après les (3 à 6 premières heures) de leur accouchement. Le temps de la première tétée pour la majeure partie des femmes semble-t-il être loin de la recommandation mondiale.

20.4% des femmes ont allaité au sein après les (6 à 12 heures) de la naissance du bébé. Ce temps demeure loin de la référence internationale.

15.5% des femmes ont nourris au sein après (2 à 3 heures).

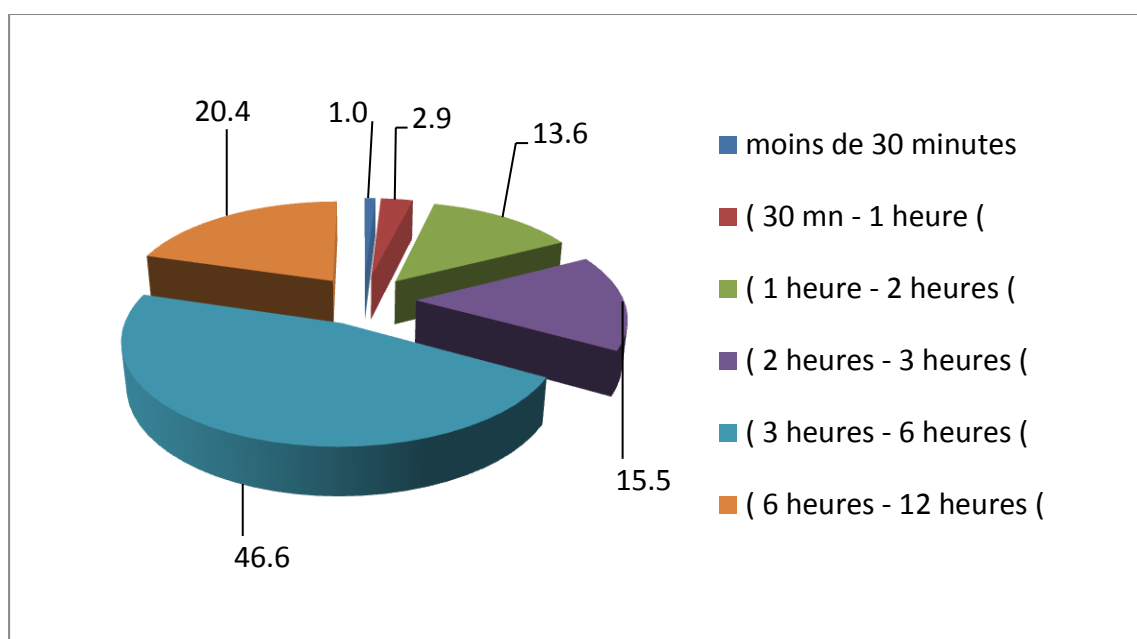
13.6% ont allaité au sein après (1 à 2 heures) de la naissance du bébé.

2.9% ont allaité au sein dans les (30mn à 1 heure) après l'accouchement. Cette durée de la mise au sein s'accorde avec la recommandation de l'OMS, mais la part des enquêtées qui a allaité précocement reste faible.

1% de la population enquêtée a allaité immédiatement dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement. Ce temps correspond parfaitement à la recommandation mondiale mais une seule femme a allaité après 30 minutes qui suivent la naissance du bébé. Cependant, le temps

moyen de la première mise au sein du bébé juste après sa naissance reste loin et de la recommandation internationale est de 4.65 heures.

Graphique n° 24 : Répartition des enquêtées selon le temps de la première tétée d'allaitement.

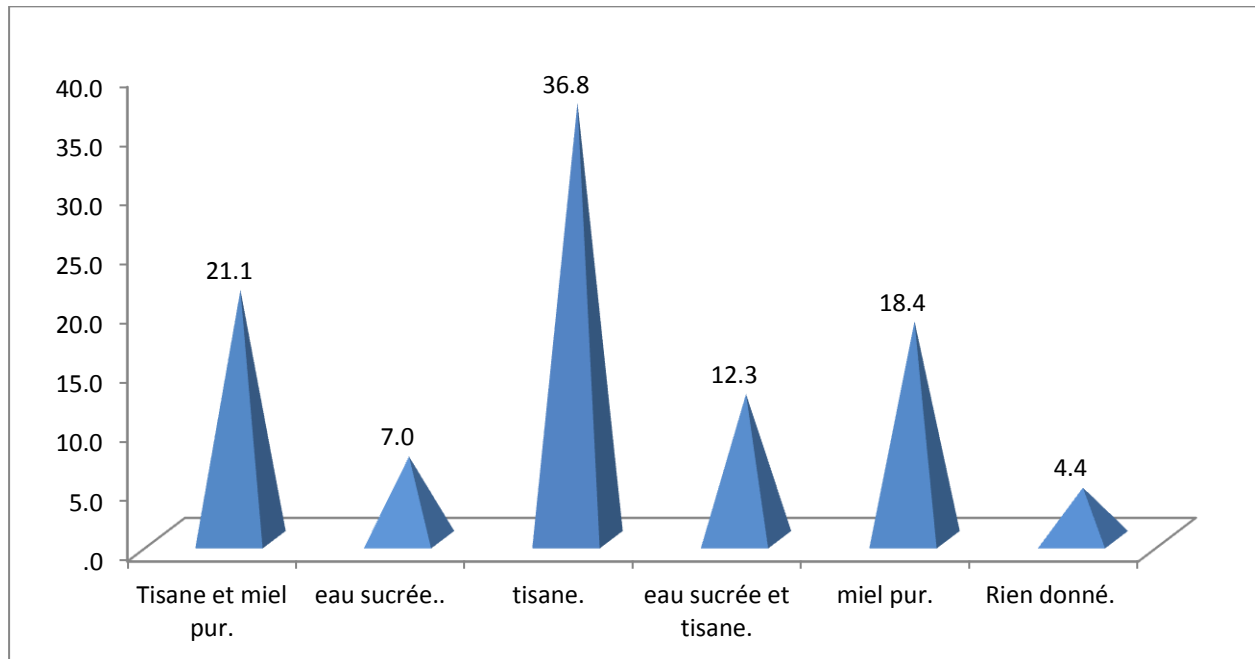


6.13)- Premier aliment donné avant l'allaitement au sein :

Quelques minutes après la naissance du bébé, ou au cours des six premiers mois de vie, quelque soit le type d'aliment donné, l'eau et les autres liquides ou aliments font généralement plus de mal que de bien aux nouveau-nés car ils augmentent le risque de maladies diarrhéiques et autres maladies, même s'ils ne sont pas contaminés, ils irritent les intestins du bébé et créent un déséquilibre dans les bactéries protectrices des intestins. Par ailleurs, il est important pour la santé du nouveau-né que la mère lui donne immédiatement son colostrum, c'est-à-dire le lait jaune produit par les seins de la mère au cours des premiers jours après l'accouchement. Le colostrum comprend des concentrations élevées d'hydrates de carbone, de protéines et d'anticorps (faisant l'effet d'un vaccin pour prévenir les infections), et n'irrite pas les intestins du nouveau-né comme le font les liquides.

Les résultats **du tableau n° 25 (en annexe)** indiquent que toutes les enquêtées ont un comportement similaire en matière de nutrition. Il s'avère que presque tous les nouveau-nés ont reçu plusieurs types de liquides juste après la naissance et avant d'être allaités au sein, en effet, 36.8% de nouveau-nés ont consommé uniquement de la tisane, l'OMS considère ce don précoce des liquides comme un crime commis contre un corps immature, 21.1% des bébés ont consommé de la tisane et du miel pur, cet acte est considéré comme un double crime en donnant deux liquides inappropriés et en une seule fois au bébé, 18.4% des bébés ont pris du miel pur, 12.3% ont consommé de l'eau sucrée et de la tisane, le bébé reçoit trois aliments en un seul coup :(l'eau + sucre + la tisane) donc il s'agit d'une condamnation triplée, 7% ont pris de l'eau sucrée, alors que 4.4% de nouveau-nés n'ont rien consommé.

Graphique n°25 : Répartition des enquêtées selon le premier aliment donné avant l'allaitement au sein.



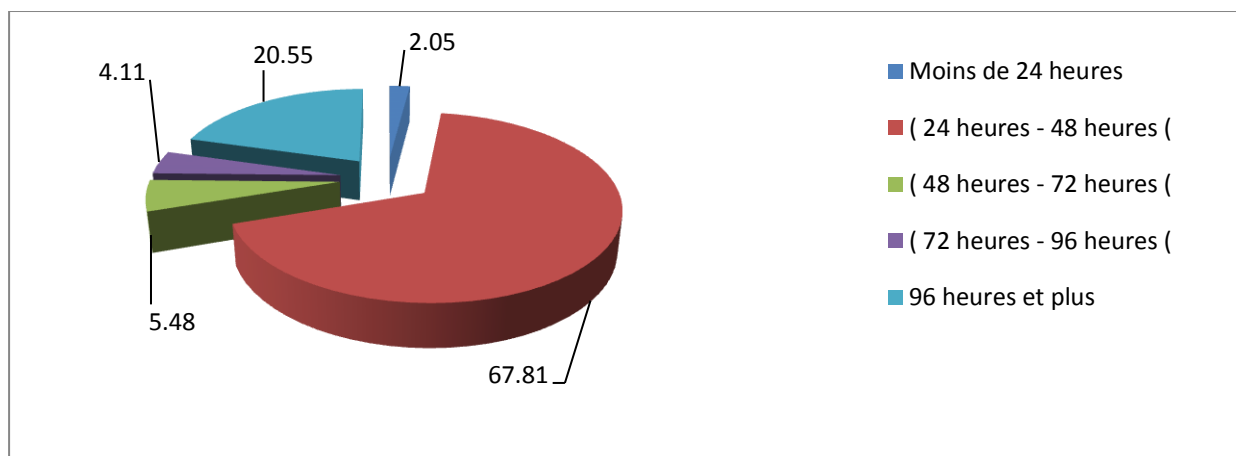
6.14)- Durée de séjour en milieu hospitalier :

Généralement, pour un accouchement normal la durée de séjour en milieu assisté est de 48 heures, durant ce temps la femme et son bébé sont systématiquement examinés avant qu'ils quittent la maternité et en cas ou la femme accouche par une césarienne il est impératif de la retenir et la laisser sous surveillance médicale pour un temps de 96 heures ou plus pour gérer les éventuels problèmes qui peuvent suivre l'accouchement.

Les résultats du **tableau n°26 (en annexe)** indiquent que plus de deux quarts (67.81%) des enquêtées ont séjourné pendant 02 jours révolus. 20.55% ont séjourné pendant 04 jours et au delà en milieu hospitalier, l'enquête a observé des proportions de séjour faibles dont :

5.48% des femmes ont demeuré 03 jours, 4.11% ont eu une durée de séjour de 04 jours révolus, alors que 2.05% des enquêtées ont passé une durée de moins d'un jour en lieu d'accouchement. Cependant, la durée de séjour moyenne de l'échantillon est de 2.73 jours.

Graphique n°26 : Répartition des enquêtées selon la durée de séjour en milieu hospitalier.

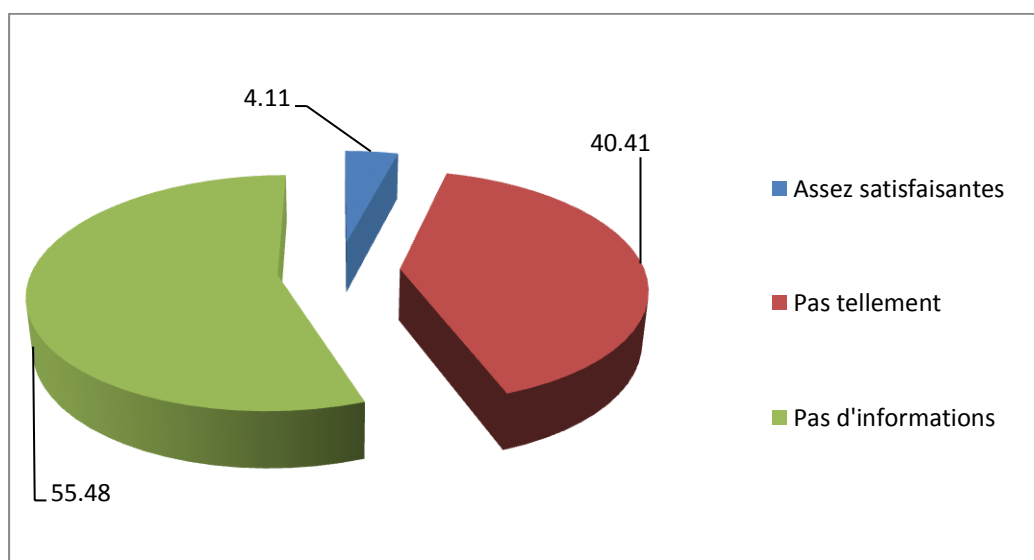


6.15)- Qualité de l'information pendant le séjour hospitalier :

Les informations sur l'allaitement au sein prodiguées aux femmes après leur accouchement, peuvent à la fois supporter la décision initiale des femmes d'allaiter, et leur capacité de maintenir leur choix et de réussir.

Quelque soit le lieu d'accouchement et la durée de séjour, **le tableau n° 27 (en annexe)** montre que plus de la moitié 55.48% des femmes n'ont pas reçu des informations sur l'allaitement au sein, 40.41% la proportion des enquêtées qui ont reçu des informations pas tellement importantes, par contre la part qui a reçu des informations assez satisfaisantes ne représente que 4.11%. Aucune enquêtée n'a répondu avoir reçu une ou des informations très satisfaisantes en matière d'allaitement.

Graphique n°27 : Répartition des enquêtées selon les informations reçues pendant le séjour hospitalier.



6.16)-Examen médical du nouveau-né en milieu hospitalier :

Il est obligatoire pendant le séjour hospitalier, le pédiatre examine de manière systématique le bébé pendant les 48 heures pour faire le point sur son comportement en général et sur sa façon de se nourrir. Durant l'examen le pédiatre conseille la mère d'allaiter au sein car il apporte au bébé les constituants nutritifs les mieux adaptés à son développement, en particulier cérébral.

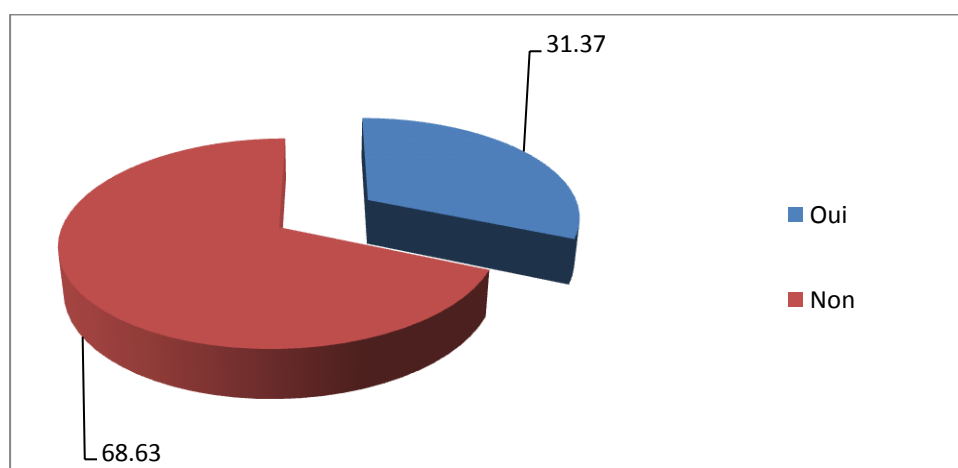
Toutes les enquêtées révèlent que l'ensemble des nouveau-nés ont reçu un examen médical après l'accouchement sans être incitées d'allaiter au sein exclusif pendant les six premiers mois, quelque soit le milieu hospitalier (étatique ou privé) et la durée de séjour.

6.17)-Examen médical après le retour à la maison :

Certaines femmes après avoir quitté le lieu d'accouchement voient qu'il est nécessaire de vérifier encore l'état du bébé, généralement sont des femmes qui n'arrivent pas communiquer avec leurs bébés après leur retour à la maison, soit parce que sont des femmes qui n'ont pas eu le temps de poser toutes les questions qui leurs tracassent, notamment les jeunes mamans en lieu d'accouchement. La visite du pédiatre va leur permettre d'établir un contact important avec le bébé, apprendre à le nourrir et savoir quand il est satisfait.

Concernant l'examen médical du bébé après avoir quitté le milieu hospitalier (étatique ou privé) et celles qui ont accouché à domicile, **le tableau 28 (en annexe)**, révèle que 31.37% des femmes déclarent avoir fait un autre examen médical chez un pédiatre privé sans être recommandées par ce dernier d'allaiter au sein exclusif pendant les six premiers mois et 68.63% des femmes n'ont pas fait.

Graphique n° 28: Répartition des enquêtées selon l'examen médical après le retour à la maison.



6.18)-Consultation pré- vaccinale (PMI) de l'enfant :

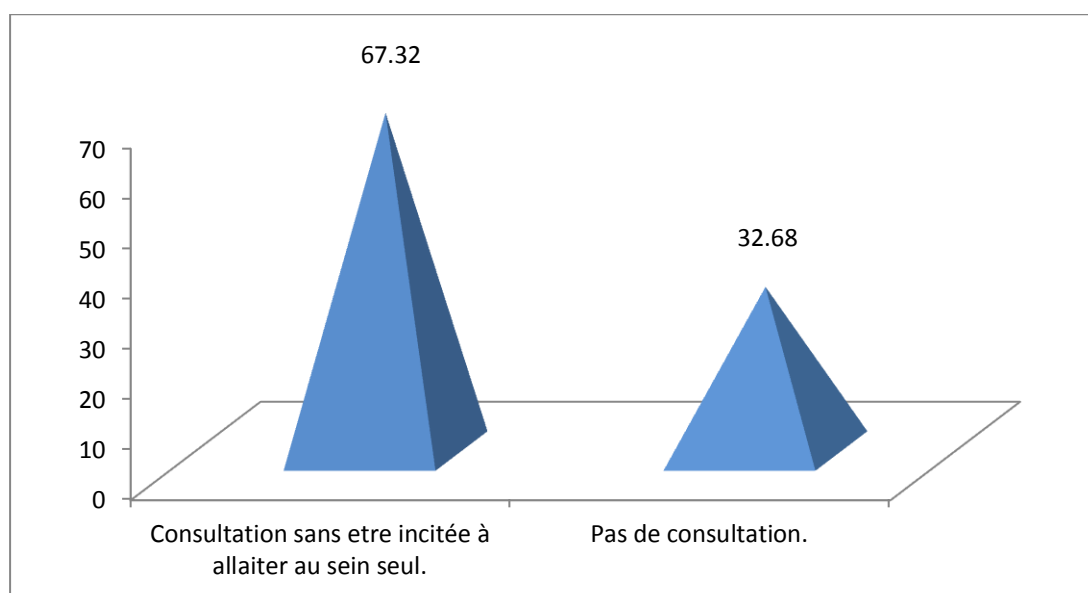
Tous les enfants en âge de vaccination doivent être examinés par un médecin pour vérifier si son état de santé au moment de vaccination lui permet d'être immunisé et ceci par l'absence des affections et des infections mais en cas où le médecin diagnostique ces dernières chez l'enfant telles que les bronchites ou la diarrhée la vaccination sera reportée jusqu'à ce que l'enfant soit rétabli, également le médecin de la (PMI) doit orienter la mère vers le mode de

CHAPITRE : 03

nutrition le plus approprié au bébé en lui donnant des conseils médicaux actualisés sur l'importance d'allaiter de manière optimale et veiller à surveiller le régime alimentaire du bébé à travers les rendez-vous vaccinal, tout en encourageant la mère d'allaiter au sein et pour longtemps .

Les résultats **du tableau n° 29 (en annexe)**, montrent que plus de la moitié 67.32% des femmes avouent que leurs enfants ont fait une consultation pré-vaccinale mais elles ne sont pas recommandées à allaiter au sein exclusif et 32.68% des enquêtées déclarent n'avoir pas reçu une visite pré-vaccinale.

Graphique n° 29 : Répartition des enquêtées selon les motivations du médecin en matière d'allaitement exclusif pendant les consultations pré-vaccinales.

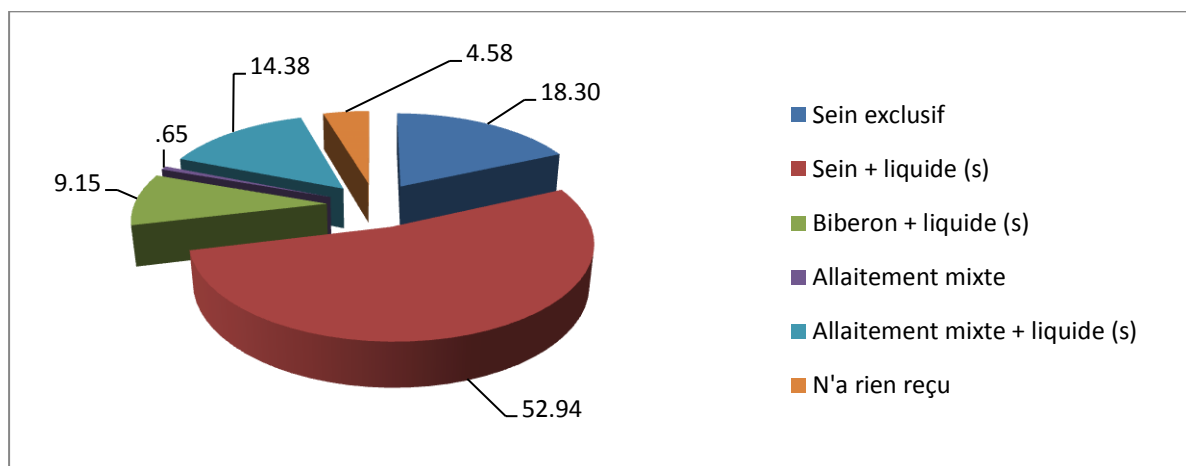


6.19)- Type d'allaitement donné pendant le séjour hospitalier :

Les prestataires de soins dans les hôpitaux et centres d'accouchement, peuvent supporter l'allaitement immédiatement après la naissance d'un bébé en aidant les mères à commencer à allaiter plus tôt et de manière optimale par la cohabitation qui consiste à placer les nouveau-nés avec leurs mères pendant le séjour en lieu d'accouchement, à prévenir les mères des dangers liés au fait de donner d'autres liquides que le colostrum au nouveau-né, et de lui donner des aliments supplémentaires avant six mois et comment gérer les difficultés qu'elles peuvent rencontrer durant l'allaitement.

Quelque soit le lieu d'accouchement, les résultats **du tableau n° 30 (en annexe)**, indiquent que 71.24% des nouveau-nés sont allaités au sein immédiatement après leur naissance, dont 52.94% des bébés ont reçu un allaitement au sein avec d'autres liquides et 18.30% sont nourris au sein exclusif. 15.03% des nouveau-nés qui sont allaités au mixte, dont 14.38% sont nourris au mixte plus d'autres liquides et 0.65% sont alimentés au mixte. Cependant 9.15% des nouveau-nés nourris au biberon plus d'autres liquides. Les nouveau-nés qui n'ont rien reçu en lieu d'accouchement ne représentent que 4.58%.

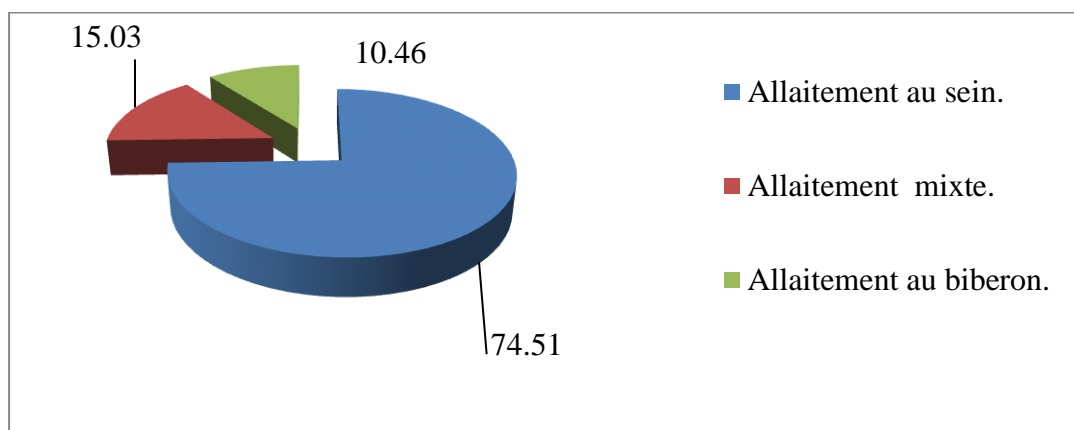
Graphique n°30 : Répartition des enquêtées selon le type d'allaitement donné pendant le séjour hospitalier.



6.20)- Type d'allaitement donné au nouveau-né juste- après le retour à la maison :

Selon les données **du tableau n° 31** (en annexe) révèlent que 74.51% des femmes ont donné le lait au sein après leur retour à la maison, 15.03% des femmes ayant suivi l'allaitement mixte et 10.46% des femmes ont suivi l'allaitement au biberon.

Graphique n° 31 : Répartition des enquêtées selon le type d'allaitement continué au retour à la maison.



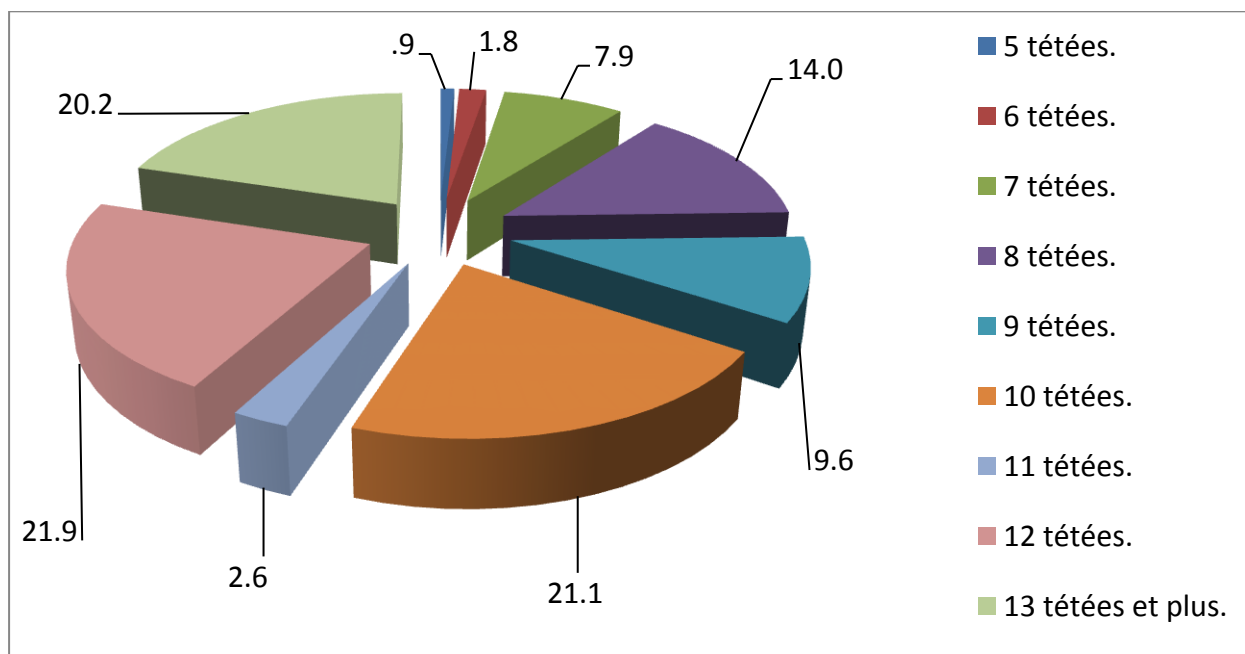
6.21)-Nombre de tétées au sein par 24 heures pendant les premiers mois :

Normalement, les nourrissons en bonne santé tètent 8 à 12 fois toutes les 24 heures car l'estomac de ces derniers est de petite taille et doit être rempli souvent. Une femme doit allaiter son bébé sur demande, jour et nuit. Le nombre idéal varie avec l'âge de l'enfant, soit entre 10 et 12 allaitements par jour au cours des premières semaines après la naissance, puis entre 8 et 10 fois par jour, y compris au moins une fois par nuit au cours des premiers mois. Les séances d'allaitement pendant la journée ne doivent pas être espacées de plus de quatre heures le jour, et de plus de six heures la nuit.

CHAPITRE : 03

La lecture du **tableau n° 32 (en annexe)**, indique que le nombre moyen de tétées par 24 heures est de 10.55 pendant les premiers mois, ce nombre est presque identique à la référence internationale : (12 tétées/24 heures), quelque soit le niveau d'instruction, l'âge et la situation individuelle des enquêtées, les fréquences de tétées d'allaitement les plus élevées comprennent 8, 10 et 12 tétées / 24 heures soit respectivement 14%, 21.1% et 21.9%.

Graphique 32 : Le nombre de tétées donné par 24 heures.

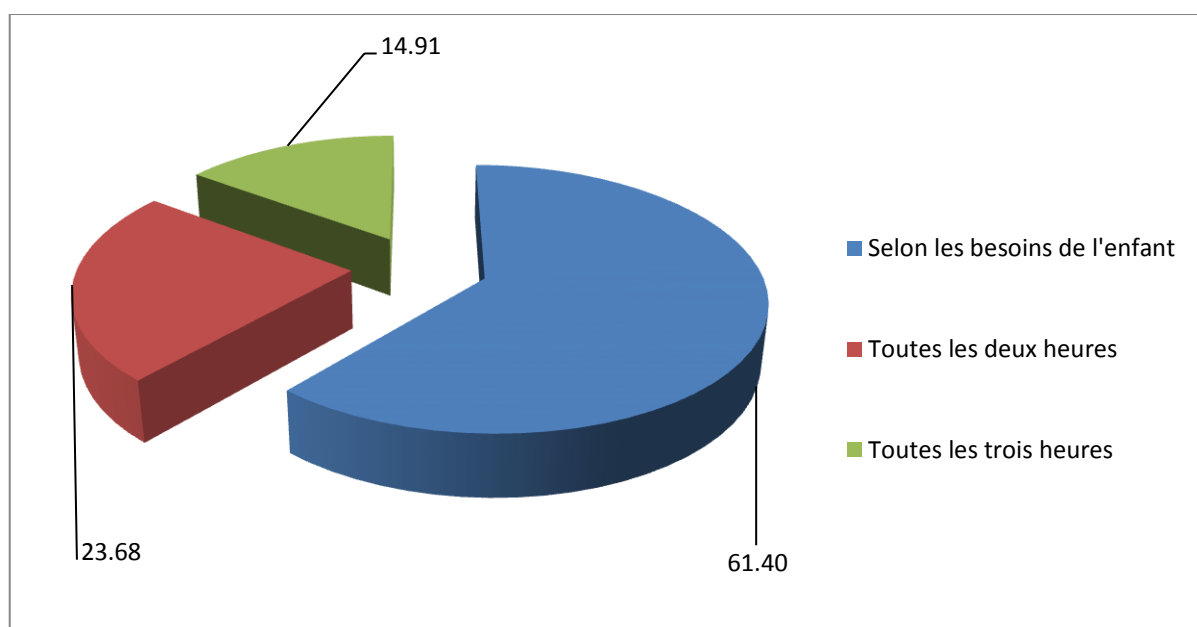


6.22)- Rythme de l'allaitement au sein :

Il est de plus en plus admis que la tétée doit-être libre, réglée par le bébé lui-même ; ceci est valable pour la durée de chaque tétée, comme pour l'horaire et la fréquence des tétées. Cet allaitement à la demande se base ainsi sur les signes de faim du bébé ; la mère va reconnaître le moment ou son enfant réclame la tétée ; pour qu'elle puisse le faire, le point essentiel est que l'enfant soit près d'elle.

Les données du **tableau n°33 (en annexe)** indiquent que plus de deux quarts (61.40%) des enquêtées allaitent selon les besoins de l'enfant, 23.68% des femmes nourrissent leur enfant toutes les deux heures et 14.91% allaitent les bébés après chaque trois heures.

Graphique n°33 : Répartition des enquêtées selon le rythme de l'allaitement au sein.

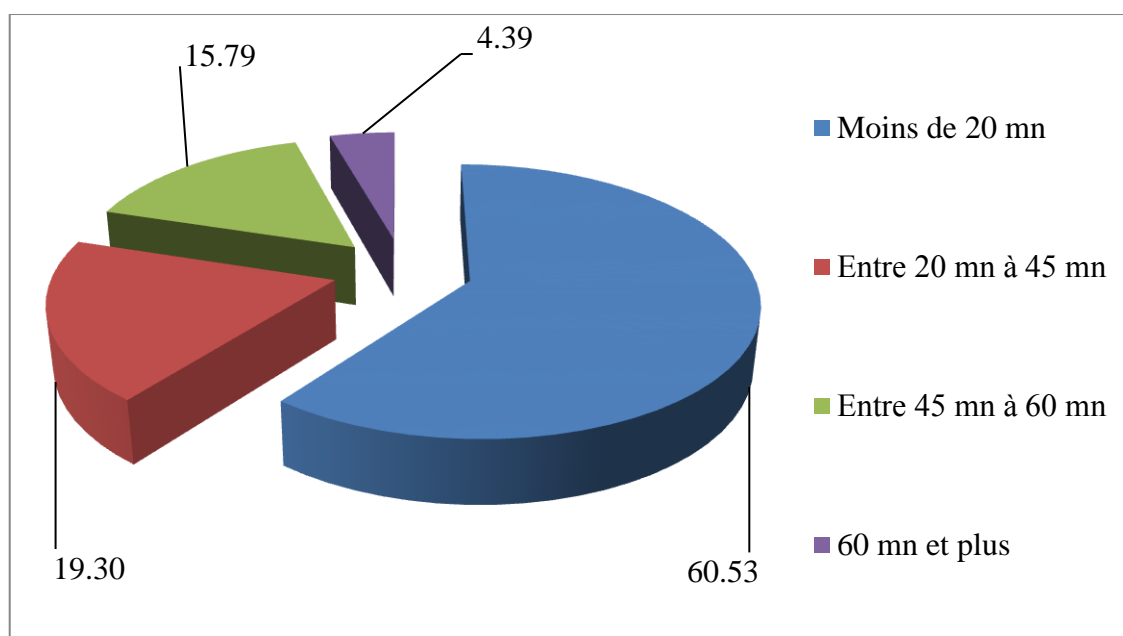


6.23)- Temps de la séance d'allaitement au sein :

Pendant les deux premiers mois de son existence, au fur et à mesure que le nourrisson apprend à mieux s'alimenter, la plupart des séances d'allaitement durent entre 20 et 45 minutes. Généralement, une femme doit allaiter le bébé des deux seins pendant chaque séance, en laissant le bébé terminer sur un sein avant de passer à l'autre (à moins que le nourrisson ne souhaite pas continuer à téter sur le deuxième sein).

Les résultats du **tableau n° 34 (en annexe)** révèlent que plus de deux quarts(60.53%) des enquêtées ont moins de 20 minutes pour allaiter leur bébé, quant à la durée idéale (20 à 45 minutes) cette dernière ne représente même pas le un quart de l'échantillon correspond à 19.30%. 15.79% est la part qui allaite entre (45 mn à 60 mn) et 4.39% est la proportion la plus faible qui a (60 mn et plus) pour allaiter au sein.

Graphique n° 34: Répartition des enquêtées selon le temps des séances d'allaitement au sein.

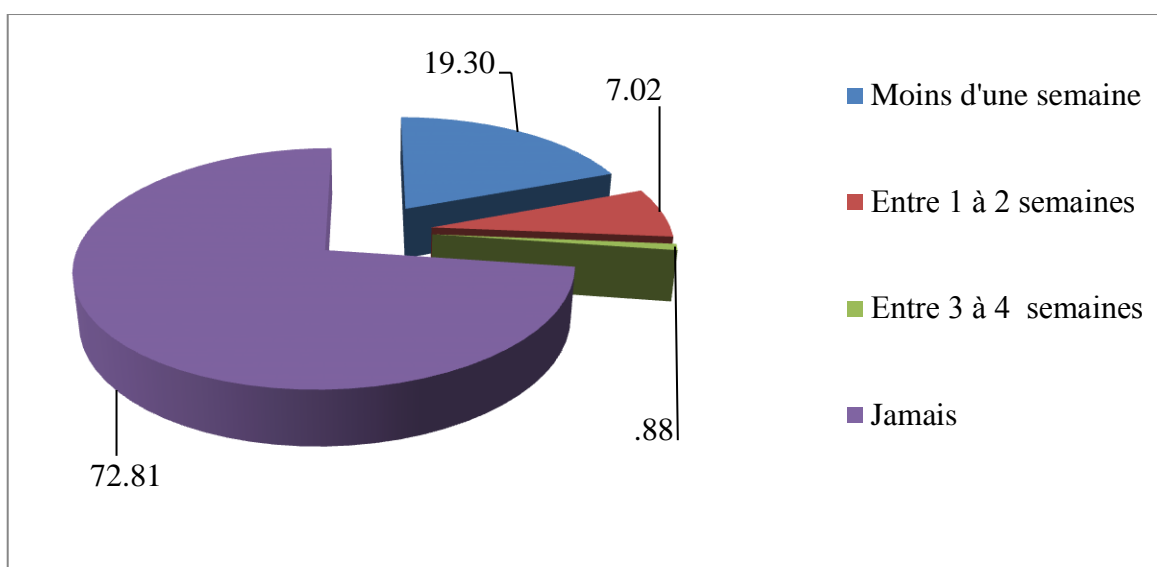


6.24)- Age du maintien de l'allaitement exclusif:

D'après les dernières recherches scientifiques en matière d'allaitement, l'OMS affirme que le lait maternel seul (sans l'associer avec d'autres aliments solides ou liquides) quelconque, même pas de l'eau peut complètement nourrir un bébé pendant les six premiers mois de sa vie vu qu'il est complet dans sa composition nutritionnelle et facilite au bébé de digérer les nutriments dont il a besoin, il permet de maintenir la bonne santé du nouveau-né, stimule la croissance et le développement sains d'un enfant, mieux que tout autre substitut, les bébés qui sont nourris au sein ont un risque plus bas de décès, à la fois pendant la première enfance (moins d'un an) et la petite enfance (de l'âge d'un an à cinq ans).

Les résultats **du tableau n°35 (en annexe)** indiquent que **72.81%** des enquêtées avouent n'avoir complètement pas pratiqué l'allaitement exclusif, par ailleurs **19.30%** déclarent l'avoir maintenu pendant moins d'une semaine, **7.02%** l'ont maintenu entre **07** à **14** jours, par contre l'enquête a observé **0.88%** qui l'a maintenu jusqu'à **28** jours et l'âge moyen du maintien de l'allaitement exclusif de l'échantillon atteint seulement les **7.64** jours. Malheureusement la situation de l'allaitement exclusif à (06 mois) dans la commune d'Oran dans cette étude n'enregistre aucun niveau de pratique comparable à l'échelle nationale et mondiale du moment qu'aucune enquêtée n'a allaité de manière exclusive, jusqu'à ce que son bébé ait six mois et l'enquête a enregistré des pourcentages négligeables et insignifiants pour les comparer.

Graphique n° 35 : Répartition des enquêtées selon le maintien de l'allaitement exclusif.



6.25)- Age du maintien de l'allaitement au sein:

A partir de l'âge **de six mois**, les bébés ont besoin d'une variété d'aliments en plus du lait maternel. Les autres aliments procurent alors des nutriments supplémentaires pour une croissance et un développement normaux. L'allaitement continue néanmoins à apporter une contribution importante, bien au-delà des six premiers mois. L'allaitement peut et doit continuer jusqu'à l'âge **de deux ans** ou plus car il fournit de l'énergie, des protéines et d'autres nutriments comme de la vitamine A et du fer à l'enfant qui grandit. Lorsque les autres nutriments sont peu abondants, le lait maternel peut continuer à fournir la moitié ou plus des nutriments d'un jeune enfant.

Le tableau n° 36 (en annexe) montre que :

35.96% des enquêtées ont maintenu l'allaitement au sein jusqu'à 01 mois (voir le tableau n°36.1 en annexe) dont :

48.78% des enquêtées ont un niveau secondaire,

21.95% des enquêtées ont un niveau moyen,

17.07% des femmes ayant un niveau supérieur,

12.20% ont un niveau primaire.

15.79% la part de la population qui a maintenu l'allaitement jusqu'à 02 mois (voir le tableau n° 36.2 en annexe) dont :

44.44% presque la moitié des enquêtées ont un niveau secondaire,

38.89% de femmes ayant un niveau moyen,

11.11% ayant un niveau supérieur et

5.56% n'ayant aucun niveau d'instruction.

CHAPITRE : 03

23.68% la proportion qui a pratiqué l'allaitement jusqu'à 03 mois (voir le tableau n°36.3 en annexe) dont :

40.74% de femmes ont un niveau d'instruction secondaire,

22.22% des enquêtées ayant un niveau d'instruction supérieur,

14.81% représentent les parts des enquêtées qui ont les niveaux d'instruction suivants : moyen et primaire,

7.41% des femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction.

3.51% des femmes qui ont allaité jusqu'à 06 mois (voir le tableau n°36.4 en annexe) dont :

Un quart (25%) seulement une femme s'avère avoir un niveau d'instruction primaire,

Deux quarts (50%) deux femmes de l'échantillon ont un niveau d'instruction secondaire,

Un quart (25%) uniquement une femme est de niveau supérieur.

8.77% ont maintenu l'allaitement au sein jusqu'à 18 mois (voir le tableau n°36.5 en annexe) dont :

Près de la moitié des enquêtées (40%) ont un niveau d'instruction secondaire,

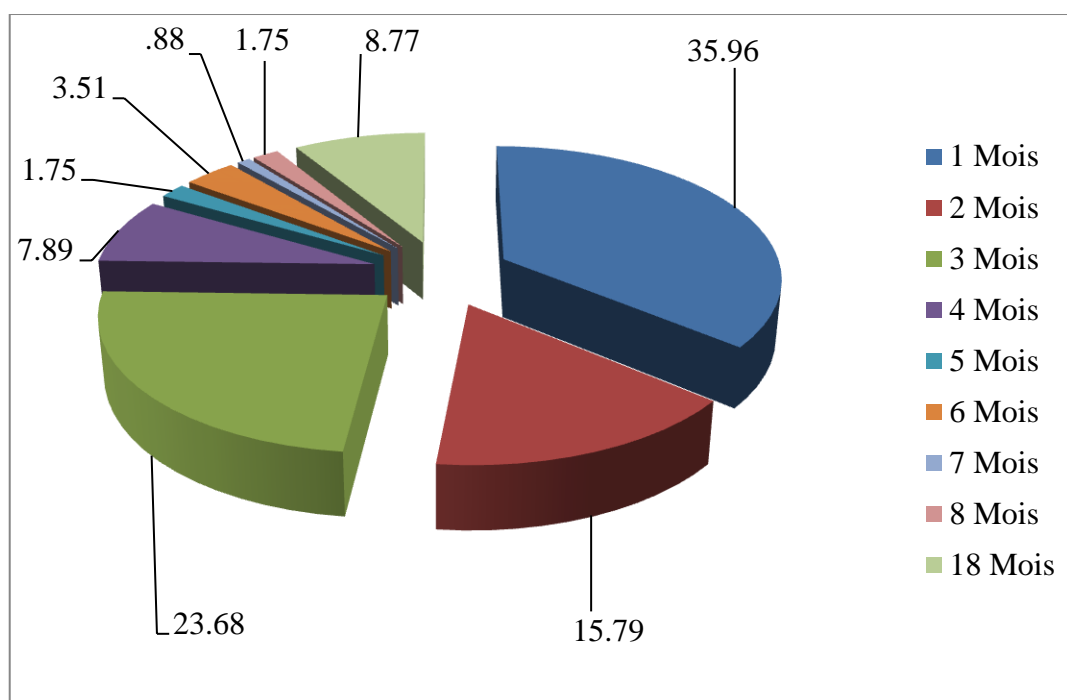
30% des femmes ont un niveau moyen,

20% n'ont aucun niveau d'instruction, et

10% seulement une femme a un niveau supérieur.

Cependant l'âge moyen du maintien de l'allaitement au sein (sevrage) est de 3.78 mois, il y-a une similitude entre l'âge moyen de l'enquête et celui de national (3 mois) selon l'enquête (MICS₃ 2006).

Graphique n° 36 : Répartition des enquêtées selon le maintien de l'allaitement au sein.



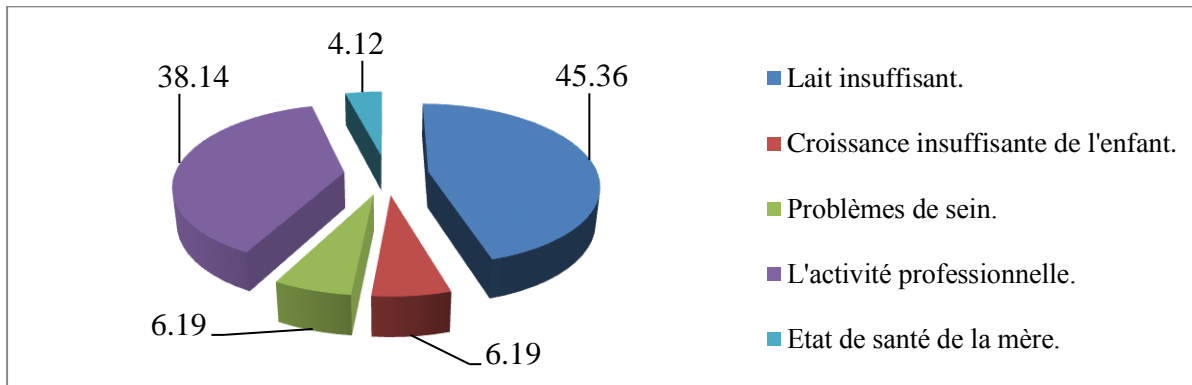
6.26)- Raisons d'arrêt de l'allaitement au sein avant les six premiers mois :

Pour l'intérêt général de la santé de la mère et de l'enfant, les femmes doivent allaiter précocement au sein et de manière exclusive jusqu'à l'âge de six mois et à partir de cet âge l'allaitement peut et doit être continué avec une nourriture complémentaire jusqu'à l'âge de deux ans ou plus. Malheureusement, il y a beaucoup de femmes dans le monde pratiquent un allaitement court (même pas à six mois) pour de nombreuses raisons.

L'OMS recommande l'allaitement au sein exclusif (optimal) au cours des six premiers mois de vie, car le lait maternel est une substance vivante riche en anticorps et en cellules immunocompétentes qui protègent le bébé contre les infections les diarrhées, si fréquentes et dangereuses pendant les premières semaines. Ces cellules et ces anticorps sont impossibles à fabriquer industriellement; le lait artificiel ne peut donc en contenir, même lorsqu'il est dit "maternisé". L'eau, lait artificiel et d'autres liquides ou aliments pendant les six premiers mois de vie font augmenter le risque de maladies diarrhéiques et autres maladies en irritant les intestins du bébé et créent un déséquilibre dans les bactéries protectrices des intestins.

Selon les données **du tableau n° 37(en annexe)**, montrent que 45.40% des femmes déclarent que l'insuffisance de lait est la cause principale d'avoir pratiqué un allaitement court, 38.10% des femmes avouent que la reprise de l'activité professionnelle est la seconde raison. Pas de différence entre les proportions des femmes qui révèlent que les raisons suivantes : la « croissance insuffisante de l'enfant » et « les problèmes de sein » sont les causes de leur arrêt précoce d'allaiter au sein, représentent 6.20%. 4.10% des femmes déclarent que leur état de santé est la raison pour laquelle ont arrêté d'allaiter avant les six premiers mois.

Graphique n° 37: Répartition des enquêtées selon les raisons d'arrêt de l'allaitement au sein avant les six premiers mois.



6.27)- Raisons de non-allaitement maternel :

Normalement, toutes les femmes peuvent et doivent allaiter au sein sans difficulté, sauf dans des cas suivants :

Galactosémie congénitale (rare);

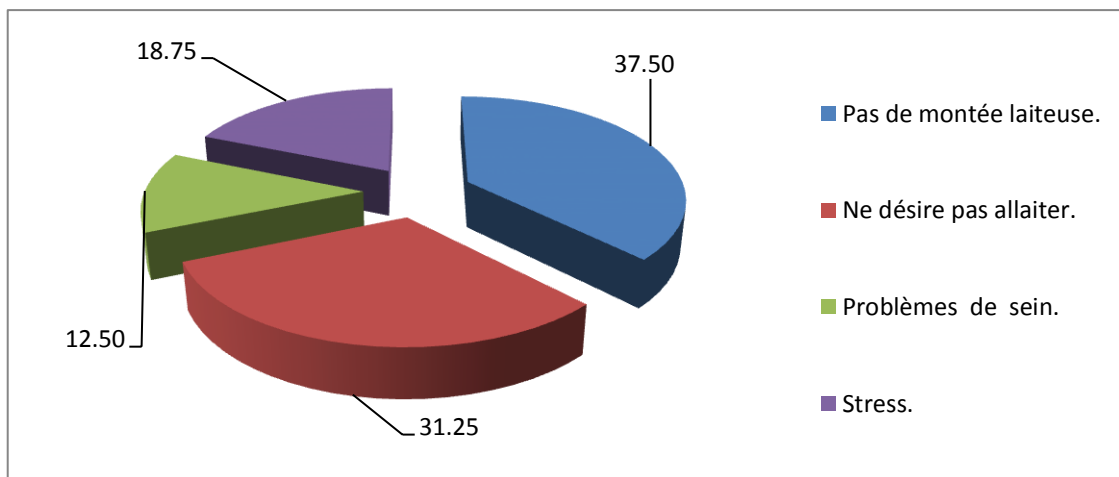
Intolérance au lactose (exceptionnelle);

Psychose maternelle grave;

Mère porteuse du virus VIH.

Les données **du tableau n°38 (en annexe)** montrent que 37.50% des femmes ont avoué que la première raison de leur non- allaitement est "l'absence de montée laiteuse". 31.25% des enquêtées ont déclaré qu'elles n'ont pas désiré allaiter au sein. 18.75% ont avoué que la raison de leur non-allaitement est le "stress". 12.50% ont déclaré que les problèmes de sein sont les raisons de leur non-allaitement.

Graphique n°38 : Répartition des enquêtées selon les raisons de non- allaitement maternel.

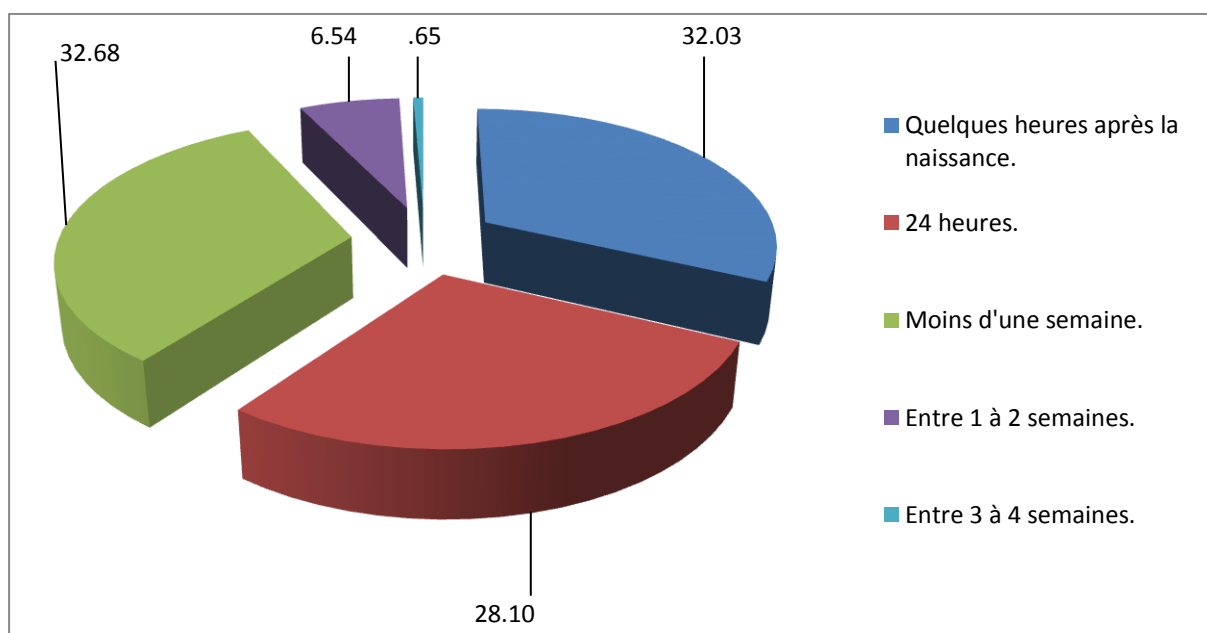


6.28)- Age de l'enfant à l'introduction d'eau :

Le bébé n'a pas besoin d'eau, pendant le premier semestre, car le lait maternel contient tous les éléments nutritionnels et les immunités pour satisfaire totalement aux besoins nutritionnels d'un nourrisson surtout au cours des six premiers mois de sa vie.

Le tableau n°39 (en annexe) révèle que quelque soit le type d'allaitement donné, 32.68% des enquêtées ont avoué que l'âge de l'enfant à l'introduction d'eau est moins d'une semaine, sont suivies par 32.03% des femmes l'ont introduite à quelques heures après la naissance du bébé. 28.10% l'ont donnée dans les 24 heures. 6.54% peu de femmes qui ont donné l'eau entre 1 à 2 semaines et 0.65% une femme seulement a introduit l'eau au bébé entre 3 à 4 semaines. Par ailleurs, l'âge moyen à l'introduction d'eau est de 2.16 jours. Ce dernier indique qu'il y a une précocité qui peut être dangereuse avec des retentissements nocifs sur la santé publique dans le futur.

Graphique n° 39 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction d'eau.

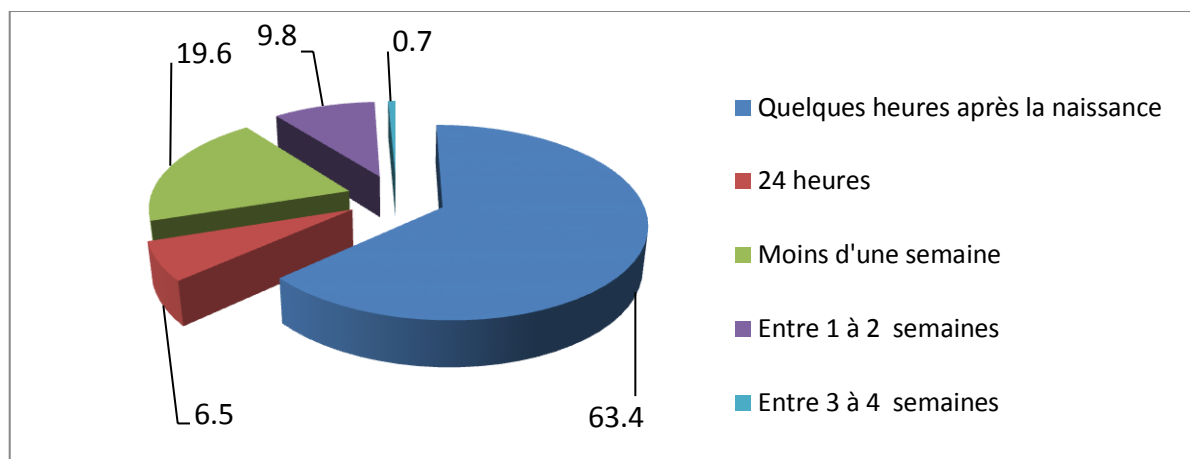


6.29)- Age de l'enfant à l'introduction de tisane :

A partir de l'âge de six mois, L'OMS recommande aux mères d'introduire les liquides. La tisane doit être donnée de manière rare afin d'éviter de désordres intestinaux, généralement accompagnés de diarrhées qui constituent la principale cause de décès chez les bébés.

Le tableau n°40 (en annexe) montre que quelque soit le type d'allaitement donné, plus de la moitié 63.4% des femmes ont donné de la tisane quelques heures après la naissance des bébés. 19.6% des mères ont donné au bébé de la tisane dans moins d'une semaine. 9.8% l'ont donnée entre 1 à 2 semaines après la naissance des bébés. 6.5% peu de femmes l'ont introduite dans les 24 heures et 0.7% une seule femme l'a donnée entre 3 à 4 semaines. Cependant l'âge moyen à l'introduction de la tisane est de 1.78 jour. Ce qu'il y a à affirmer que la tisane est pernicieuse avant l'âge de 06 mois.

Graphique n° 40: Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de tisane.

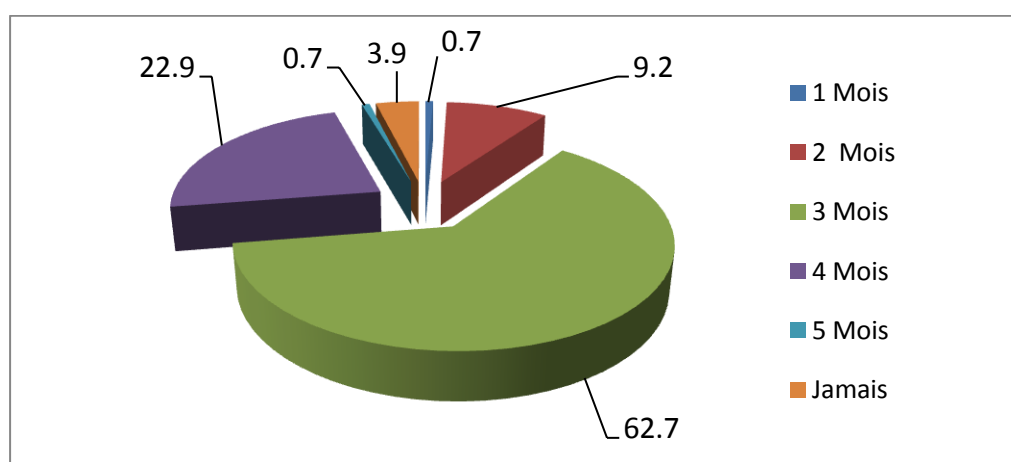


6.30)-Age de l'enfant à l'introduction de jus :

Même le jus, les bébés doivent commencer à le consommer à partir du deuxième semestre, la période pendant laquelle les intestins sont matures et aptes à digérer d'autres aliments sans aucune difficulté.

Les données du tableau n°41(en annexe) indiquent que quelque soit le type d'allaitement donné, plus de la moitié 62.7% des femmes ont donné de jus aux bébés à l'âge de 03 mois. 22.9% la part qui l'a proposé à 04 mois. 9.2% la proportion de femmes qui a commencé à donner le jus à l'âge de 02 mois. 0.7% des proportions des femmes qui ont donné le jus aux bébés à l'âge de "01 mois" et "05 mois" alors que 3.9% des enquêtées n'ont jamais donné de jus à leurs bébés. L'âge moyen à l'introduction de jus est de 4.33 mois, son introduction reste précoce et peut causer des problèmes morbides à la santé générale.

Graphique n° 41 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de jus.



6.31)- Age de l'enfant à l'introduction des semi-solides :

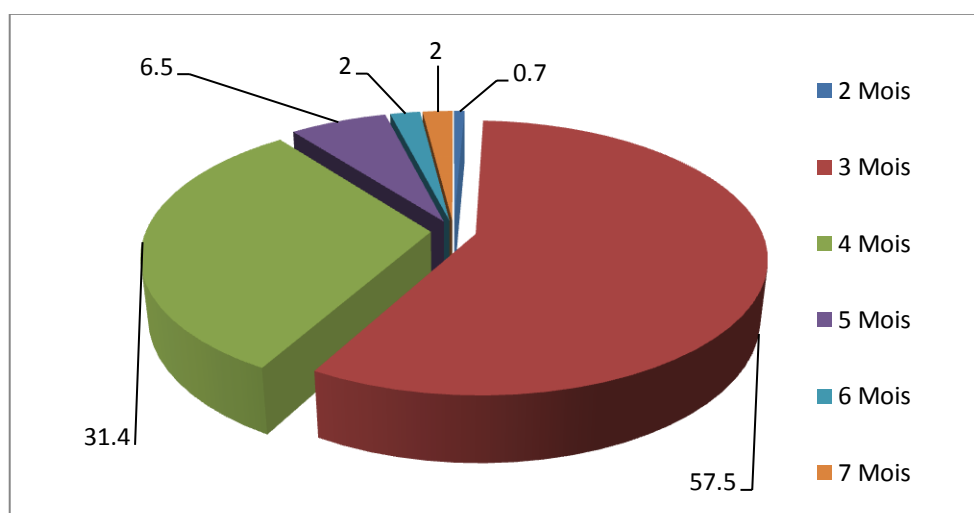
Au-delà de 06 mois, le bébé a nécessairement besoin à des semi- solides, les parents doivent donc commencer progressivement à les donner au bébé en plus du lait maternel- notamment des

CHAPITRE : 03

produits laitiers, des denrées semi-solides des fruits et des légumes et leur variété peut augmenter peu à peu.

A la lecture des données **du tableau n° 42 (en annexe)**, quelque soit le type d'allaitement donné, il est constaté que la plupart (57.5%) des enquêtées ont commencé tôt (à 03mois) à donner aux bébés des semi-solides. 31.4% des femmes l'ont commencé à l'âge de 04 mois. (6.5%) une minorité qui a donné des semi-solides à l'âge de 05 mois. (2%) des parts des femmes qui ont introduit des semi-solides à "06 mois" et " 07 mois". (0.7%) une proportion négligeable qui a introduit des semi-solides à l'âge de 02 mois. Par ailleurs, l'âge moyen à l'introduction des semi-solides est de 3.58 mois. Ce dernier s'avère aussi précoce et inquiétant, peut-être plus tard une source de problèmes de santé.

Graphique n° 42 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction des semi-solides.

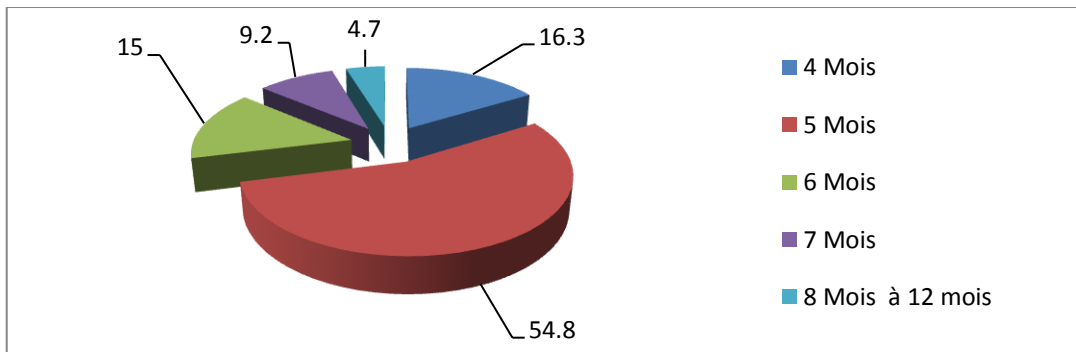


6.32)- Age de l'enfant à l'introduction des solides :

De six mois à au moins deux ans, le bébé commence à grandir de manière rapide, cette croissance exige plus que le lait maternel et les aliments semi-solides, une autre variété complémentaire d'aliments solides, notamment de la viande hachée, la volaille, le poisson et les œufs. Cependant, il est souhaitable que la mère continue à allaiter fréquemment le bébé sur demande, et donne à celui-ci des quantités de plus en plus importantes d'autres aliments après chaque tétée.

À travers les résultats **du tableau n° 43 (en annexe)**, quelque soit le type d'allaitement donné, il est constaté que l'introduction des aliments solides se fait de manière précoce à (05 mois) de la majorité des enquêtées (54.8%). 16.3% ont donné une nourriture solide à l'âge de 04 mois et 15% l'ont commencée à 6 mois. Toutefois, 9.2% des enquêtées ont donné une alimentation solide à partir de 07 mois. Par contre 4.7% peu de femmes ont introduit de manière presque appropriée des aliments solides à partir de 08mois à 12 mois. L'âge moyen de l'échantillon à l'introduction des solides est de 5.37 mois, il s'avère tôt par rapport à l'âge recommandé à l'échelle mondiale.

Graphique n° 43 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction des solides.

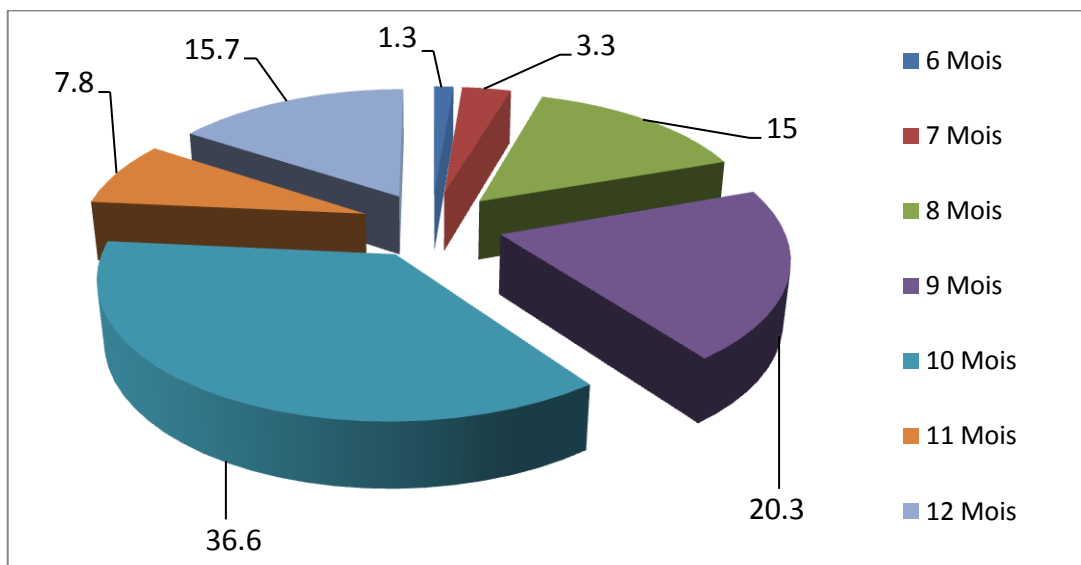


6.33)- Age de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale :

A l'âge de 12 mois, la plupart des enfants peuvent manger les mêmes aliments que le reste de la famille, tant que la nourriture est préparée de manière diététique à ce que l'enfant puisse la digérer facilement.

Les données **du tableau n°44 (en annexe)** ont fait ressortir que 36.6% des femmes ont commencé à donner de nourriture familiale aux bébés à l'âge de 10 mois. 20.3% l'ont donnée à l'âge de 09 mois. 15.7% et 15% des parts des femmes ayant commencé la nourriture familiale à partir des âges de 12 mois et de 08 mois. 7.8% la part qui l'a introduite à l'âge de 11 mois. 1.3% et 3.3% sont des proportions les plus faibles des femmes ayant donné une alimentation familiale à l'âge de 06 mois et 07 mois. Par ailleurs, l'âge moyen à l'introduction de nourriture familiale est de 9.74 mois, ce dernier se révèle ainsi précoce à la recommandation internationale, cette précocité peut représenter un danger sur la santé des jeunes enfants.

Graphique n° 44 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale.

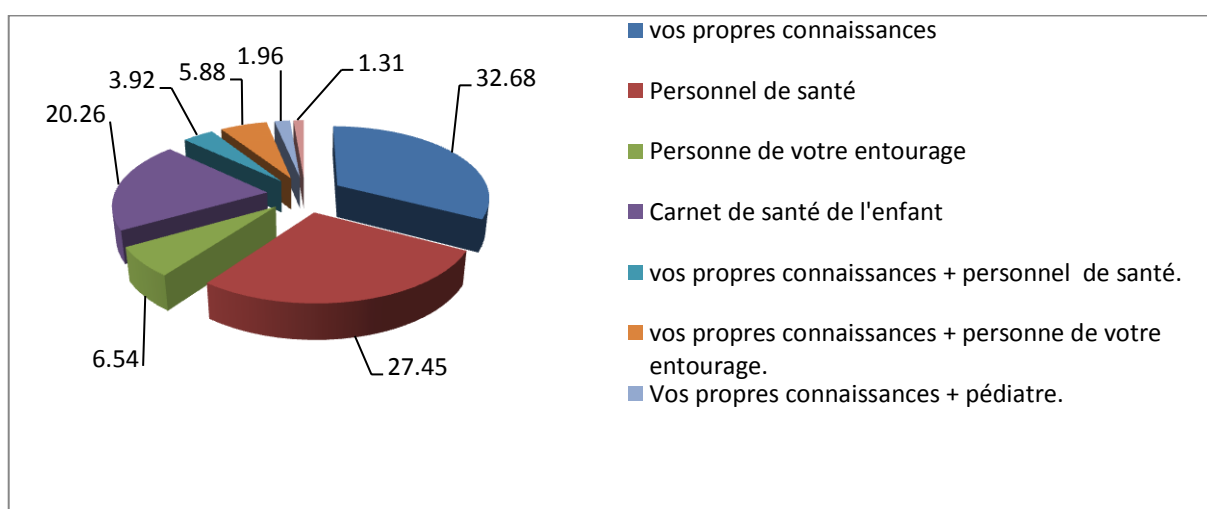


6.34)-Intervenants de la diversification alimentaire :

Ce n'est qu'à six mois, les intestins seront matures et aptes à recevoir d'autres aliments en plus du lait maternel, la raison pour laquelle l'OMS et d'autres organismes de l'ONU, conseillent les parents de commencer progressivement à donner au bébé des liquides puis des denrées semi-solides aux aliments solides, et leur variété peut augmenter peu à peu. Cependant, il est souhaitable que la mère continue à allaiter fréquemment jusqu'à l'âge de deux ans et au delà le bébé sur demande, et donne à celui-ci des quantités de plus en plus importantes d'autres aliments après chaque tétée.

Les résultats **du tableau n°45 (en annexe)** révèlent que la majorité 32.68% des enquêtées commencent à diversifier l'alimentation de leurs bébés selon leurs propres connaissances acquises antérieurement, 27.45% ont diversifié par l'intermédiaire du personnel de santé pendant des périodes de vaccination, 20,26% ont introduit d'autres aliments en faisant recours au carnet de santé de l'enfant, ce dernier contient des instructions à tort à propos de l'âge de la première introduction alimentaire qui est mentionné à (04 mois) dans les carnets de santé, alors que l'âge approprié de la première diversification doit-être commencée à partir de 06 mois et plus. Cette instruction erronée doit-être rectifiée et reformuler par le ministère de la santé et de la population, afin de pouvoir éviter à la population de pratiquer des instructions fausses ayant des retentissements difficiles à gérer et à supporter. D'autres intervenants sont données mais sont moins importants.

Graphique n° 45 : Répartition des enquêtées selon les intervenants de la diversification alimentaire.



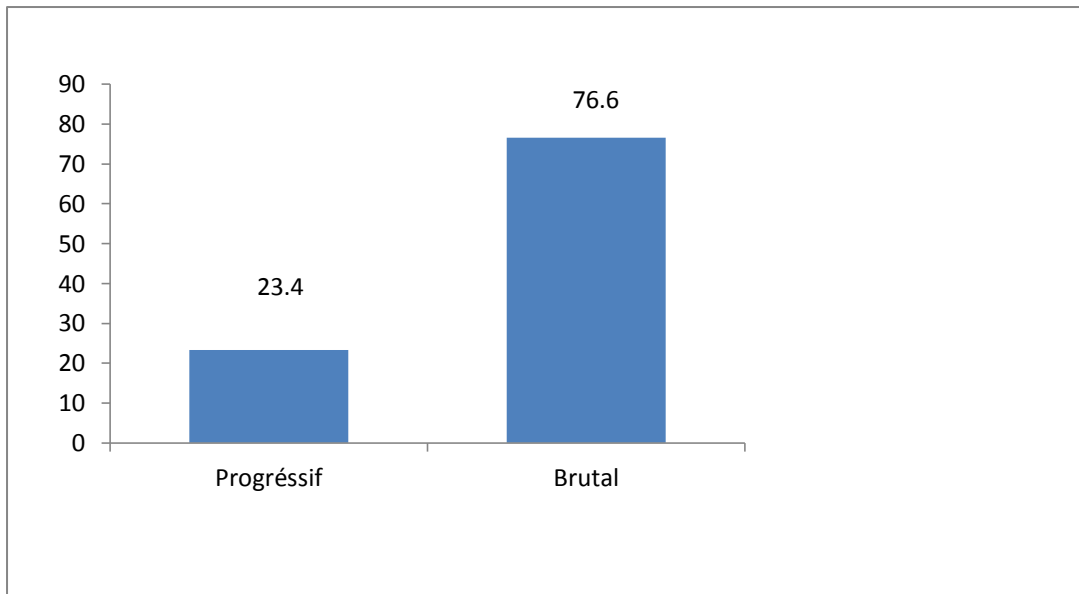
6.33)- Type du sevrage :

Le sevrage est très difficile à déterminer, mais généralement, il revient à la décision de l'enfant. L'arrêt de l'allaitement maternel doit-être progressif, en augmentant le nombre de repas et en diminuant le nombre de tétées, arrêter les tétées nocturnes en dernier lieu.

Les résultats **du tableau n° 46 (en annexe)** montrent que plus de la moitié 76.6% des femmes ont sevré leurs bébés de manière brutale, ce mode est vivement déconseillé par les pédiatres car il désordonne le fonctionnement des intestins et provoque généralement des diarrhées sévères qui

peuvent à leur tour déshydrater l'enfant jusqu'à l'entraîner à la mort. 23.4% ont sevré de manière progressive.

Graphique n° 46 : Répartition des enquêtées selon le type du sevrage



6.36)- Motifs du sevrage :

Le sevrage le plus naturel est celui où c'est l'enfant lui-même qui montre des signes de désintéressement à l'allaitement tout en acceptant fort bien les autres aliments. Cette période coïncide souvent avec le renforcement de la dentition.

Le tableau n°47 (en annexe) indique que **52.6%** l'équivalent de plus de deux quarts des enquêtées ont révélé que "le lait maternel insuffisant" est le principal motif de l'arrêt de l'allaitement au sein. 25.5% des femmes ont arrêté de nourrir au sein à cause de la reprise de l'activité professionnelle. D'autres motifs d'arrêt sont donnés et moins importants dont:

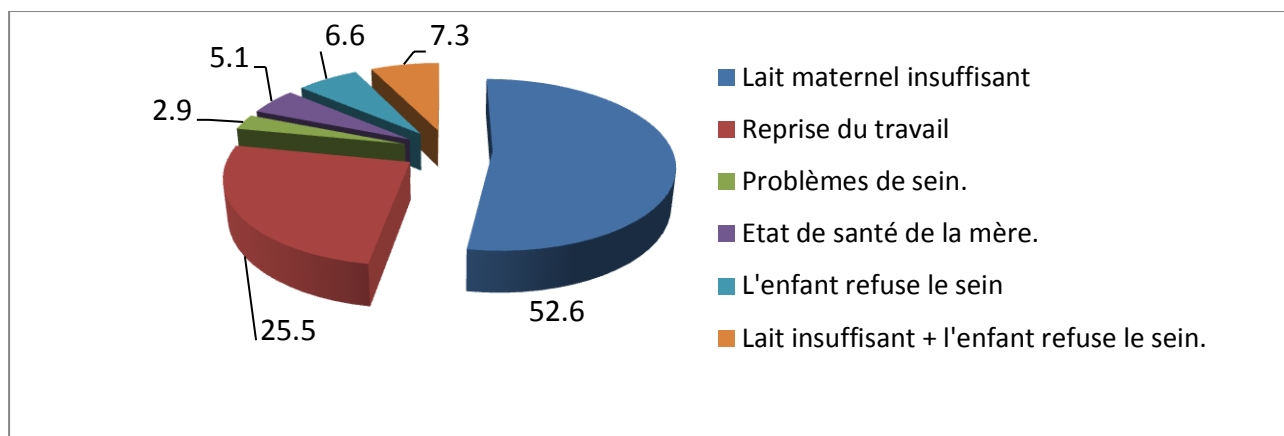
7.3% des femmes ont accusé le " lait maternel insuffisant + l'enfant refuse le sein".

6.6% ont déclaré que leurs enfants ont refusé le sein.

5.1% des enquêtées ont révélé que leur état de santé (maladie) qui est en cause.

2.9% ont déclaré " problèmes de sein" sont les motifs du sevrage.

Graphique n° 47 : Répartition des enquêtées selon les motifs du sevrage.



6.37)-Age de l'enfant à l'introduction de lait pour adultes :

L'allaitement au sein ou artificiel (infantile) peuvent et doivent continuer jusqu'à l'âge de deux ans, au-delà des deux ans, les parents peuvent donner des laits pour adultes aux bébés, car ces derniers, quelque soit leur qualité ne peuvent contenir les nutriments de base ni substituer l'allaitement au sein à défaut le lait infantile (maternisé).

Le tableau n° 48 (en annexe), montre que la plupart (31.2%) des enquêtées ont commencé à nourrir leurs bébés des laits pour adultes à l'âge de 13 mois, sont suivies de 18.1% l'ont donnés à 12 mois, 15.2% des femmes i ont introduit les laits pour adultes à l'âge de 10 mois et 11.6% celles qui l'ont proposés à partir de l'âge de 11 mois. L'enquête a observé des fluctuations des proportions à d'autres âges mais sont moins importantes dont :

0.7% une part négligeable a introduit le lait pour adultes à l'âge de 06 mois.

7.2% l'ont donné à l'âge de 07 mois.

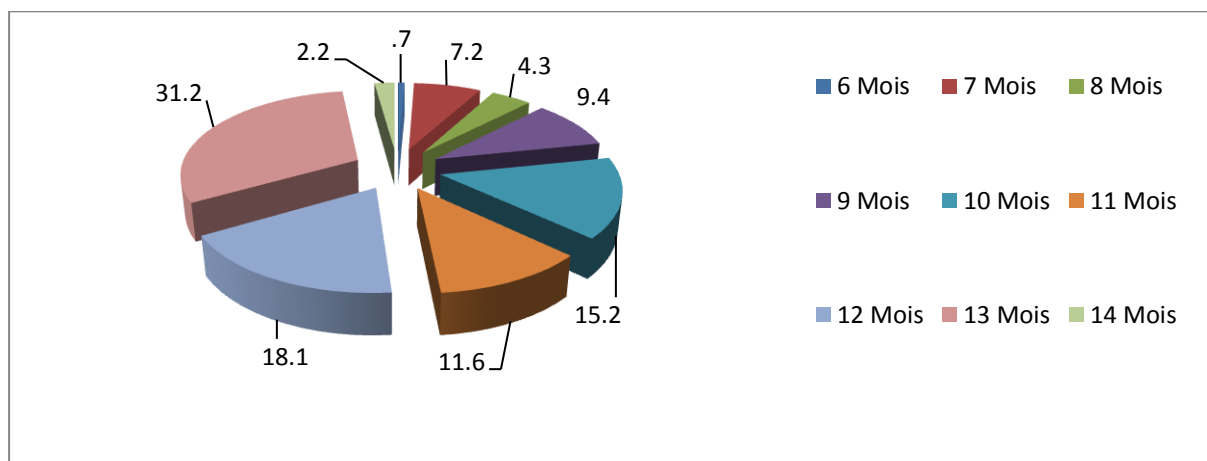
4.3% une minorité a donné de lait à l'âge de 08 mois.

9.4% ont alimenté les bébés de ce dernier à l'âge de 09 mois.

2.2% très peu de femmes ayant introduit le lait à l'âge de 14 mois.

Cependant, l'âge moyen de l'échantillon à l'introduction des laits pour adultes est de 11.07 mois. Ce dernier s'avère précoce à la recommandation internationale, cette précocité peut-être la source de morbidité infantile.

Graphique n° 48: Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de lait pour adultes.



6.38)- Affections et infections infantiles :

Les bénéfices immunologiques directs et indirects de l'allaitement aident à protéger contre les maladies diarrhéiques de deux manières :

- 1)- L'allaitement au sein surtout l'exclusif élimine totalement le risque d'exposer le bébé à l'eau contaminée qui est la source principale des maladies diarrhéiques dans de nombreux pays.
- 2)- En aidant le système immunitaire du nouveau-né lui-même à se développer et à se protéger contre les pathogènes gastro-intestinaux. Les agents anti-infectieux dans le lait maternel, comme les anticorps et les macrophages, inhibent ou détruisent les pathogènes de manière active.

L'allaitement au sein protège contre les infections respiratoires aiguës, sont la cause principale de décès chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement, ainsi que contre la pneumonie est l'infection respiratoire la plus sérieuse. Elle cause 9 morts sur tout le 10 résultant d'une infection respiratoire aigüe chez les enfants de moins de cinq ans. Il protège aussi contre les infections de l'oreille moyenne, qui peuvent entraîner une déficience auditive et, par conséquent, un retard de langage.

Egalement, l'allaitement protège contre les maladies chroniques, comme le diabète et l'asthme, il réduit l'apparition de certains cancers chez les enfants, comme la leucémie et de lymphomes.

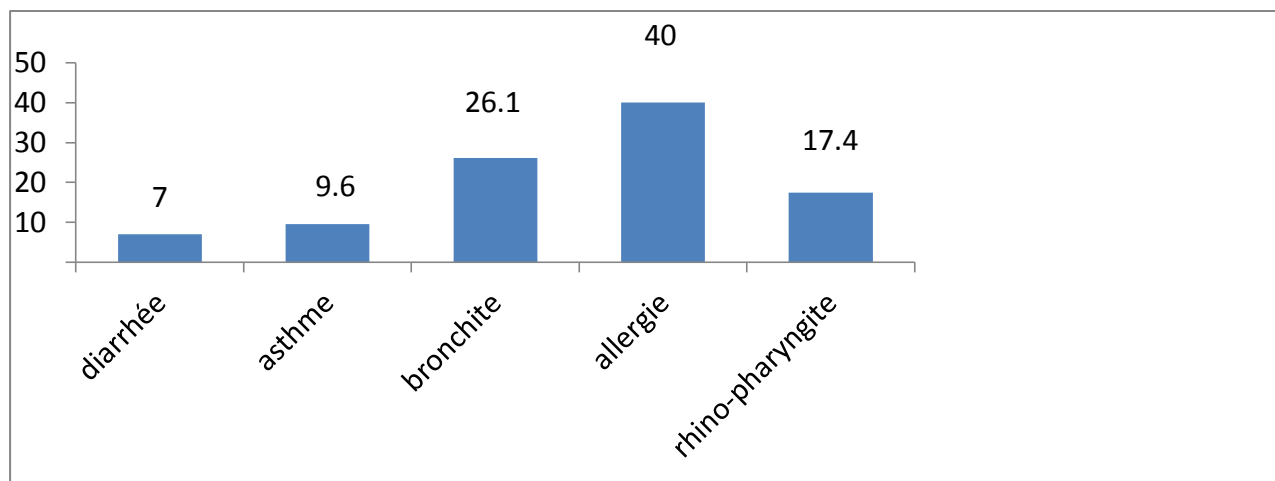
Les résultats **du tableau n°49 (en annexe)** révèlent que 75.2% le trois quarts des enquêtées ont avoué que leurs enfants souffrent d'une affection à répétition et 24.8% un quart des femmes ayant déclaré que leurs enfants ne souffrent d'aucune maladie.

6.39)- Types d'affections :

Nombreuses études à travers le monde révèlent que plus le nombre de mois d'allaitement est élevé, plus les enfants sont prémunis contre les maladies et les infections les plus morbides. C'est pourquoi les enfants nourris au sein ont besoin de moins de soins de santé, et, par conséquent, ceci représente une autre économie pour les familles et pour le système médical et la société.

Le tableau n°50 (en annexe) fait ressortir que le pourcentage le plus élevé d'enfants souffre de l'allergie, il représente 40%. La bronchite est en deuxième position dont 26.1% des enfants en sont malades. 17.4% des enfants souffrant de la rhino-pharyngite et 9.6% ont l'asthme, par contre 7% des enfants ont de la diarrhée.

Graphique n° 49: Répartition des enquêtées selon les types d'affections.



6.40)- Poids par rapport à l'âge de 18 mois :

Le poids par rapport à l'âge est une mesure qui doit-être interprétée avec prudence car elle peut indiquer de manière claire l'état nutritionnel chez l'enfant. Le poids est largement vérifié par les pédiatres, il leur permet de contrôler l'aspect qualitatif de la nutrition par lequel les spécialistes peuvent quelque soit les mouvements saisonniers suivre l'évolution de la croissance et l'état de santé de l'enfant.

Les données **du tableau n° 51 (en annexe)** montrent qu'un peu plus de la moitié (51%) a un poids normal par rapport à l'âge de 18 mois. Presque la deuxième moitié est répartie de manière inégale dont 28.8% des enfants ont un poids supérieur à l'âge actuel et 20.3% ont un poids inférieur à l'âge.

7)- Contraception et les pratiques d'allaitement au sein :

Les prestataires de soins de santé et les médecins doivent aider les femmes qui allaitent à pratiquer une méthode de planning familial immédiatement, avec la méthode de l'aménorrhée due à la lactation (LAM). Cette méthode est efficace et temporaire et elle peut être utilisée à condition que les trois critères ci-dessous soient tenus :

- ❖ Les règles de la mère n'ont pas recommencé,
- ❖ Le bébé bénéficie d'un allaitement complet ou quasi-complet et fréquent, de jour comme de nuit, et
- ❖ Le bébé a moins de six mois.

Dès qu'une des conditions précitées change, ou si une femme décide qu'elle ne veut plus s'en remettre à la méthode de l'aménorrhée due à la lactation, elle peut et doit se tourner vers une

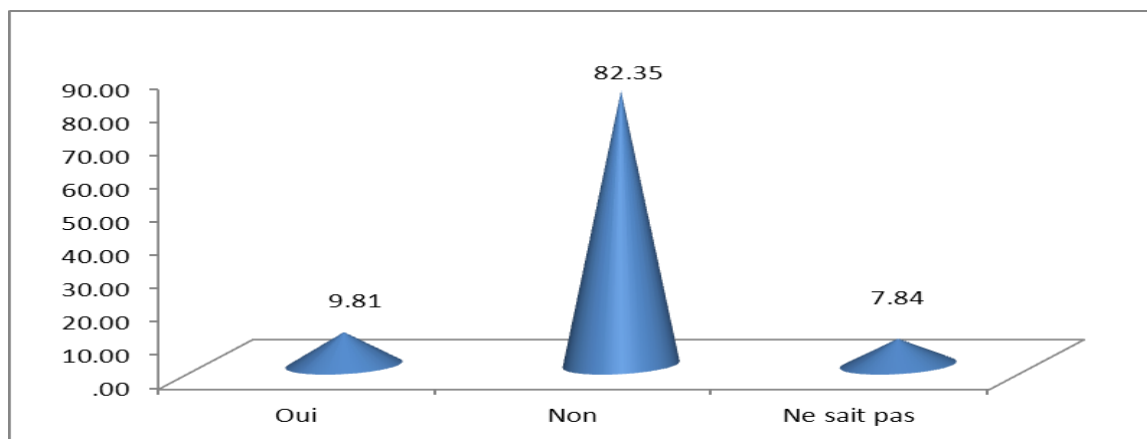
autre méthode de planning familial surtout au-delà de six mois si elle souhaite éviter une grossesse.

7.1)- L'allaitement maternel espace-t-il les naissances :

Les femmes doivent être informées qu'en utilisant la méthode due à l'allaitement peuvent retarder leur grossesse suivante. À partir de l'âge de 06 mois cette méthode n'est plus fiable, les femmes doivent faire des choix informés sur d'autres méthodes de contraception.

Les données **du tableau n°52 (en annexe)** indiquent que la plupart 82.35% des femmes pensent que l'allaitement exclusif ne peut espacer les naissances, 9.81% des enquêtées connaissent que l'allaitement espace les naissances et seulement 7.84% ne le savent pas.

Graphique n° 50 : Répartition des enquêtées selon le rôle de l'allaitement exclusif dans l'espacement des naissances.



7.2)- La prescription contraceptive en lieu d'accouchement :

Quelque soit le lieu d'accouchement, le gynécologue obstétricien ou le personnel qui s'occupe de la femme après l'accouchement doivent prescrire et conseiller aux femmes allaitantes une contraception adaptée à l'allaitement.

Les résultats de l'enquête révèlent que toutes les femmes (146) qui ont accouché dans un lieu assisté ont affirmé d'avoir reçu une ordonnance de médicaments (traitement) et de contraception adaptée à l'allaitement.

7.3)- Type de contraception prescrite :

Toutes les femmes ayant accouché en milieu assisté ont eu de contraception type micro-dosé : (pilule à une seule hormone : progestatif) adaptée à l'allaitement maternel, sauf 07 femmes n'ont pas reçu cette contraception, car elles ont accouché à domicile et assistées par des sage femmes traditionnelles.

7.4)- L'emploi de contraception adaptée à l'allaitement :

En cas ou un des trois critères de la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement ne s'appliquent plus, les femmes allaitantes peuvent employer d'autres options de contraception, ces dernières

comprennent des méthodes non hormonales qui n'affectent ni l'allaitement ni le lait maternel, mais la plus fiable chez nous, la méthode hormonale (pilule qui ne contient que du progestatif) qui est appropriée à établir un bon allaitement sans nuire à la croissance du bébé, et n'influence surtout pas sur la quantité et la qualité du lait maternel pendant les six premiers mois après l'accouchement.

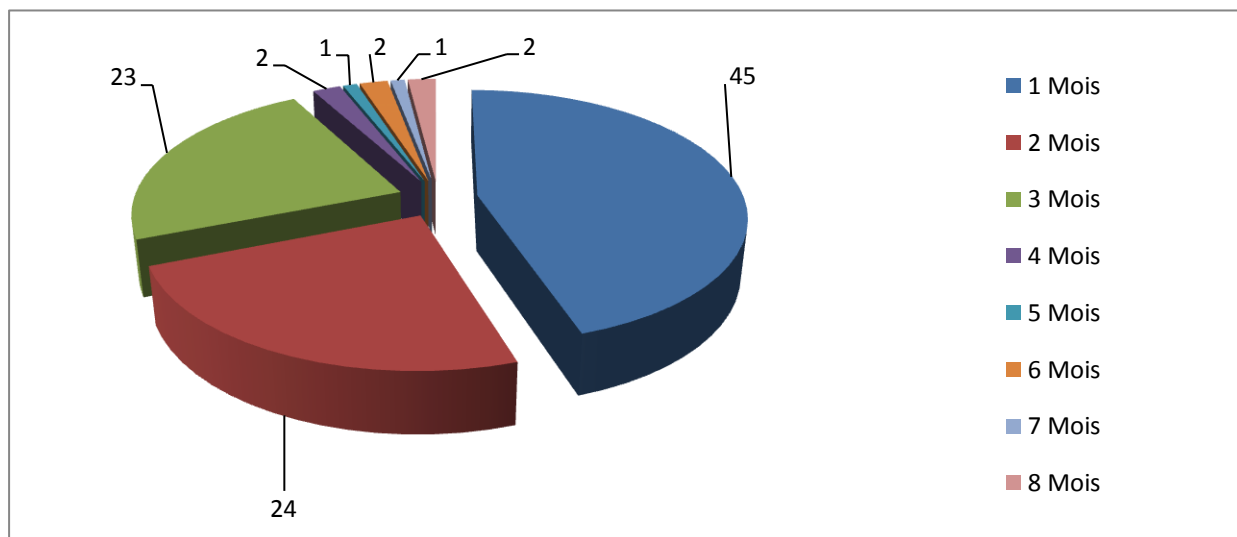
Les résultats **du tableau n°53 (en annexe)** font apparaître que la plupart (87.7%) des femmes ont utilisé la pilule adaptée à l'allaitement et 12.3 % ne l'ont pas utilisée.

7.5)-: Le temps de l'emploi de contraception adaptée à l'allaitement :

Les prestataires ou les gynécologues doivent renseigner aux femmes allaitantes de continuer à suivre la méthode de contraception prescrite pendant les six premiers mois pour réaliser sans difficulté un allaitement réussi.

Le tableau n° 54 **(en annexe)** montre que près de la moitié (45%) des femmes avouent d'avoir utilisé la pilule adaptée au lait maternel au cours d'un mois. 24% des enquêtées l'ont suivie pendant 02 mois et 23% l'ont utilisée jusqu'à 03 mois. L'enquête a constaté qu'au fur et à mesure le bébé prend de l'âge (de 04 mois jusqu'à 08 mois) les proportions des femmes utilisant la méthode prescrite s'amointrissent. Cependant, La durée moyenne de suivie de la pilule adaptée à l'allaitement est de 2.18 mois.

Graphique n° 51: Répartition des enquêtées selon le temps de l'emploi de contraception adaptée à l'allaitement.

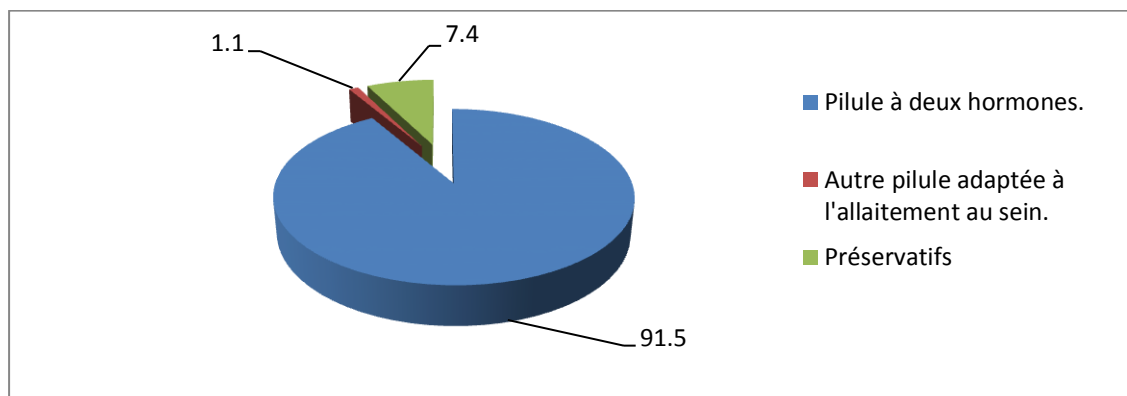


7.6)- Changement de contraception adaptée à l'allaitement au sein pendant les six premiers mois :

Normalement, les femmes qui allaitent doivent continuer à utiliser jusqu'à l'âge de 06 mois la méthode de contraception prescrite en lieu d'accouchement médicalisé pour pouvoir réaliser une pratique d'allaitement optimale, en même temps, pour éviter une grossesse non souhaitée, en cas ou certaines femmes ne tolèrent pas la première marque de contraception donnée, il est impératif pour elles de voir un spécialiste en médical qui les aident à transiter vers une autre méthode qui n'affecte pas l'allaitement.

Le tableau n° 55 (en annexe) ressort des données inquiétantes, plus de trois quarts (91.5%) des femmes ont changé la pilule donnée initialement en maternité en faisant recours à la pilule à deux hormones pendant les six premiers mois. Par contre 7.4% peu de femmes ont fait recours aux préservatifs et une proportion négligeable (1.1%) a transité vers une autre pilule adaptée à l'allaitement.

Graphique n° 52 : Répartition des enquêtées selon d'autres méthodes de contraception utilisée pendant les six premiers mois pour les femmes qui allaitent.

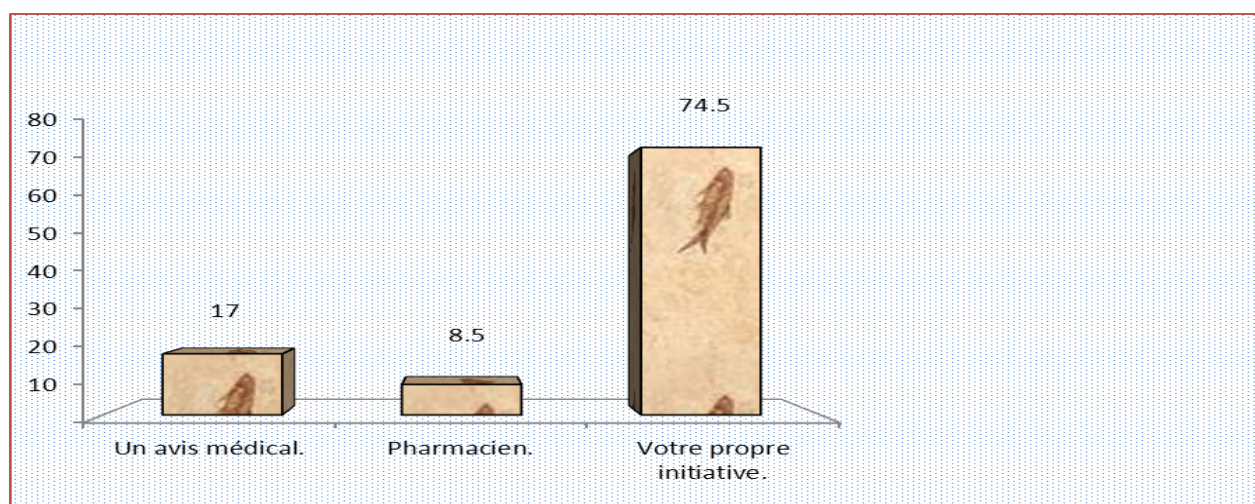


7.7)- Intervenants dans le changement de contraception donnée en maternité :

Sont rares les femmes qui tolèrent mal certains contraceptifs oraux, mais pour se protéger contre une grossesse non désirée ces dernières sont obligées de les changer. Le changement le plus juste est celui qui est basé sur un avis médical et une information correcte.

Le **tableau n°56 (en annexe)** indique des données alarmante, près des trois quarts (74.5%) des enquêtées ont changé de contraception de leur propre initiative, seulement 17% des femmes l'ont changée après un avis médical et 8.5% ont fait recours chez un pharmacien.

Graphique n° 53 : Répartition des enquêtées selon les intervenants dans le changement de contraception donnée en maternité.

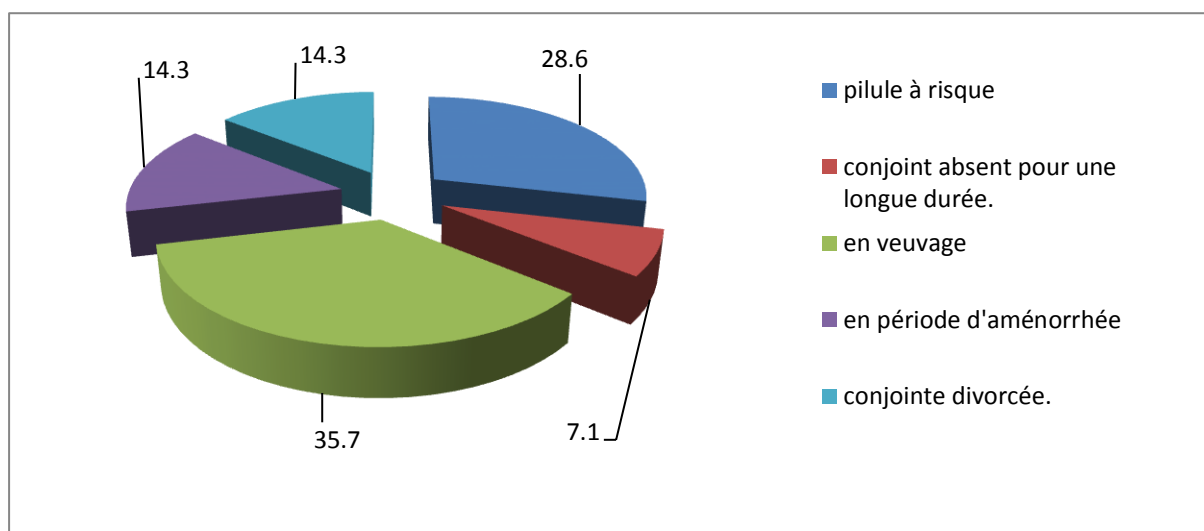


7.8)- Raisons de non- emploi de contraception adaptée à l'allaitement donnée en lieu d'accouchement :

Actuellement, il est très important aux couples d'apprendre à utiliser des méthodes de contraception basées sur leur connaissance de leur fécondité, en cas d'un accouchement récent la contraception doit-être appropriée au mode d'alimentation du bébé et aux conditions sociales et sanitaire des couples.

Dans cette enquête, **le tableau n° 57 (en annexe)** ressort que le veuvage est la principale raison de non-emploi de contraception donnée en maternité, elle est de 35.7%. 28.6% des enquêtées pensent que la pilule adaptée à l'allaitement est une contraception à risque. 14.3% des proportions de femmes qui sont en période d'aménorrhée, d'autres sont divorcées et en dernier 7.1% une femme n'a pas utilisé cette contraception ni autre à cause de l'absence longue du conjoint.

Graphique n° 54 : Répartition des enquêtées selon les raisons de non- emploi de contraception donnée en lieu d'accouchement.

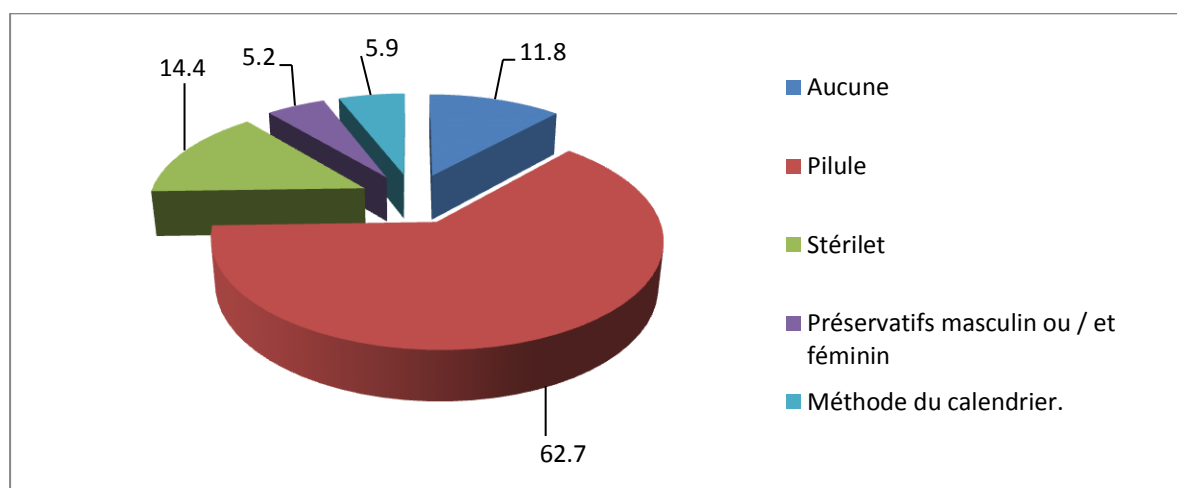


7.9)- Méthode de contraception utilisée actuellement :

Actuellement, le couple dispose de plusieurs options de contraception, ces dernières comprennent des méthodes non hormonales et hormonales, leur emploi est impératif pour éviter une naissance, basé sur la connaissance de la fécondité, même le mode d'allaitement donné en cas de bébé et à la situation générale de santé du couple.

Pour ce qui est des méthodes actuellement utilisées, **voir le tableau n°58 (en annexe)** la majeure partie (62.7%) utilise la pilule qui est considérée la plus fiable des moyens contraceptifs, 14.4% des femmes invoquent le stérilet en second position, 11.8% n'utilisent aucune méthode pour qu'elles soient engrossées, 5.9% suivent la méthode du calendrier et 5.2% emploient des préservatifs.

Graphique n° 55: Répartition des enquêtées selon la méthode de contraception utilisée actuellement.



8)-Travail professionnel de la femme et l'allaitement :

Généralement, les femmes qui travaillent hors de leur domicile, lorsqu'elles recommencent à travailler à plein temps après un accouchement, la séparation avec le bébé rend la continuation de l'allaitement exclusif difficile pendant l'intégralité des premiers six mois de la vie de l'enfant.

Durant ces dernières décennies, L'ONU et L'OMS se sont concerté pour proposer aux gouvernements d'entreprendre quelques "actions prioritaires" qui s'adressent aux problèmes d'allaitement. Le travail de la femme rend la poursuite de l'allaitement difficile. Les gouvernements peuvent demander et encourager les entreprises et les employeurs à fournir des efforts pour améliorer les possibilités d'allaitement sur le lieu de travail en: donnant aux employées des pauses pour allaiter, sans perte de salaire, à fournir des endroits propres et sans danger au lieu de travail pour permettre aux femmes d'extraire et de conserver le lait maternel, à assurer aux allaitantes qui travaillent un congé de maternité assez long pour pratiquer un allaitement optimal, offrir des indemnités médicales qui incluent les soins prénatals et postnatals. Une politique d'allaitement efficace en milieu de travail peut aider les travailleuses à allaiter exclusivement, et pendant des périodes plus longues.

8.1)-Secteur juridique de l'entreprise :

Il s'agit de savoir qui détient l'autorité dans l'entreprise, l'établissement ou l'exploitation dans laquelle travaille la femme. Il y-a trois secteurs juridiques :

1)- **Le secteur public** : regroupe l'ensemble des entreprises, établissements ou exploitations appartenant à l'état.

2)- **Le secteur privé** : regroupe l'ensemble des entreprises, établissements ou exploitations appartenant à une personne physique ou morale.

3)- **Le secteur mixte** : regroupe les entreprises, établissements ou exploitations appartenant en partie au secteur public, et en partie au secteur privé (national ou étranger).

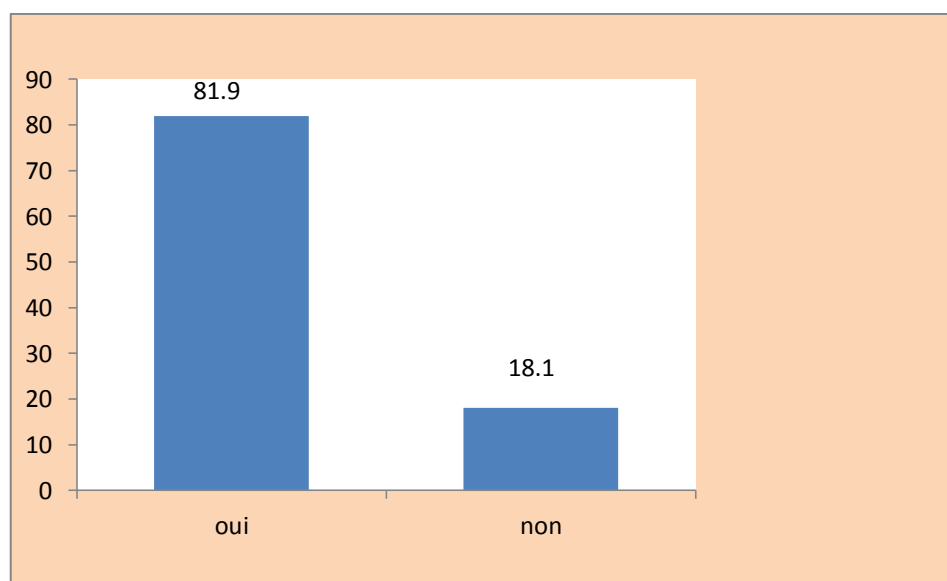
D'après les données **du tableau n°59 (en annexe)** révèlent que plus de trois quarts (76.4%) de femmes travaillent dans le secteur public et moins d'un quart (23.6) travaille dans le secteur privé.

8.2)- Affiliation à la caisse de sécurité sociale :

La femme doit déclarer sa grossesse à la sécurité sociale dès qu'elle connaisse son état, cette déclaration va lui permettre de se bénéficier des avantages de l'assurance des allocations prénatales, maternité (postnatales) et de l'allaitement.

Les données **du tableau n°60 (en annexe)** annoncent 81.9% des femmes sont affiliées à une caisse de sécurité sociale et que 18.1% ne le sont pas.

Graphique n° 56: Répartition des enquêtées selon leur affiliation ou non à la caisse de sécurité sociale.

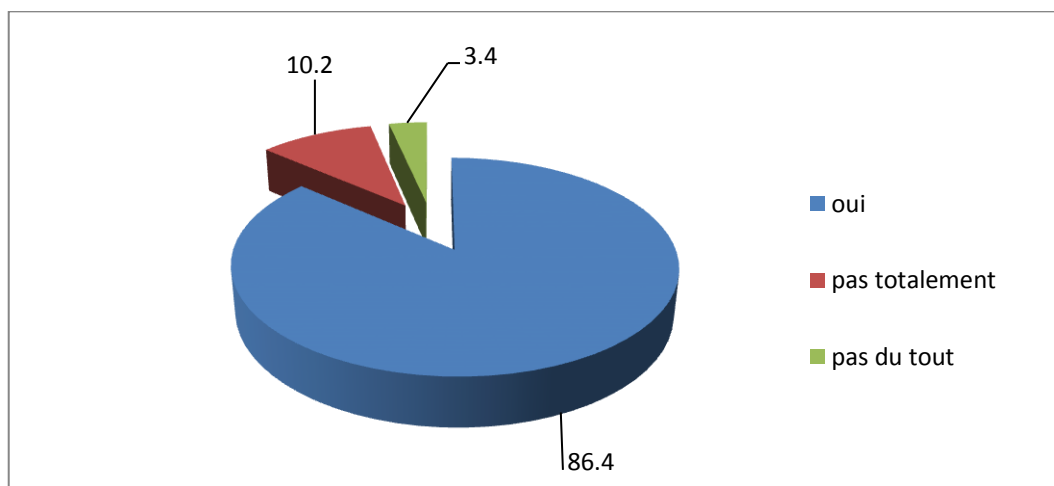


8.3)- Remboursement de la caisse de sécurité sociale :

De manière générale, les frais occasionnés par la grossesse et l'accouchement (frais d'examen médicaux, frais d'analyses, frais d'explorations biologiques et électroradiologiques, frais pharmaceutiques...) sont remboursés à 100% des tarifs fixés par voie réglementaire. Les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant sont remboursés à 100% des tarifs fixés pendant une durée maximale de 08 jours. Les frais de restauration et d'hôtellerie à raison d'un forfait de 50 DA par jour.

Les résultats **du tableau n°61 (en annexe)**, montrent près de 86.4% des femmes sont totalement remboursées pour leur frais occasionnés à la grossesse et l'accouchement, 10.2% sont remboursées que de la moitié et 3.4% une proportion faible n'a pas été remboursée.

Graphique n° 57: Répartition des enquêtées selon le remboursement de la caisse de sécurité sociale.

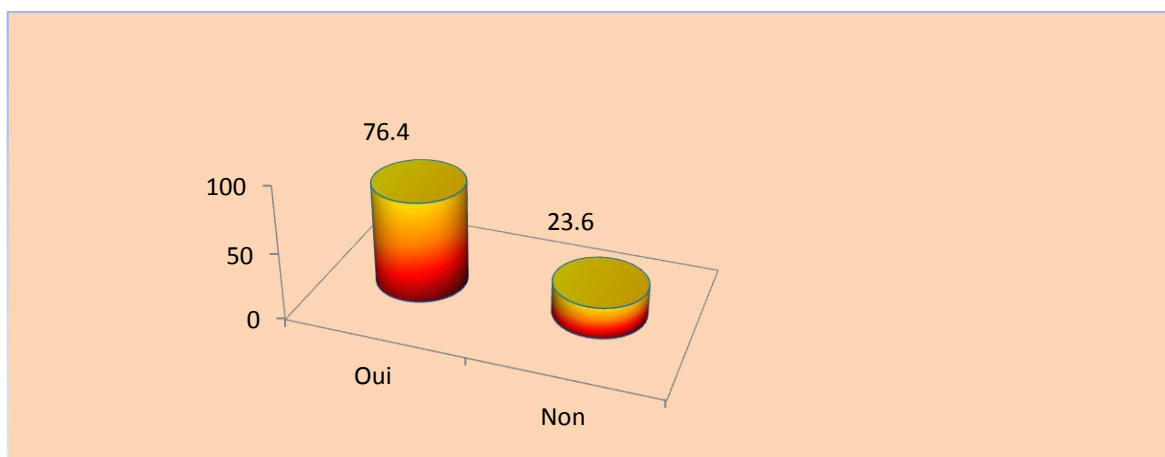


8.4)- Le congé de maternité après l'accouchement :

Comme dans le secteur public ou privé, la femme qui travaille a droit à un congé de maternité de 98 jours qui peut être pris seulement au moment où le bébé sort de l'hôpital ou / maternité. Si l'employeur du secteur privé ne respecte pas ces obligations selon le droit du travail, la travailleuse peut s'adresser pour le plaindre à l'inspection du travail.

Le tableau n°62(en annexe), confirme que 76.4% des enquêtées ont bénéficié d'un congé de maternité juste après la naissance du bébé, et 23.6% la part qui n'a pas bénéficié.

Graphique n° 58: Répartition des enquêtées selon le congé de maternité.



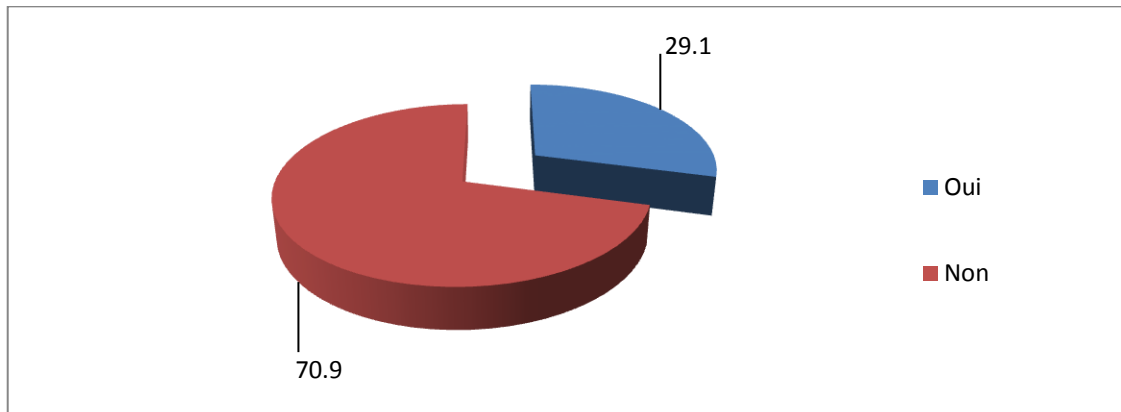
8.5)- Prolongation de congé de maternité :

Quel que soit le secteur juridique, la femme qui travaille peut prolonger son congé de maternité sans être payée. La protection en matière de santé et de retraite est maintenue pendant ce congé sans solde.

CHAPITRE : 03

Les données **du tableau n°63 (en annexe)** montrent près 29.1% des femmes ont prolongé leur congé de maternité et la majeure partie (70.9%) ne l'a pas fait.

Graphique n° 59: Répartition des enquêtées selon la prolongation de congé de maternité.



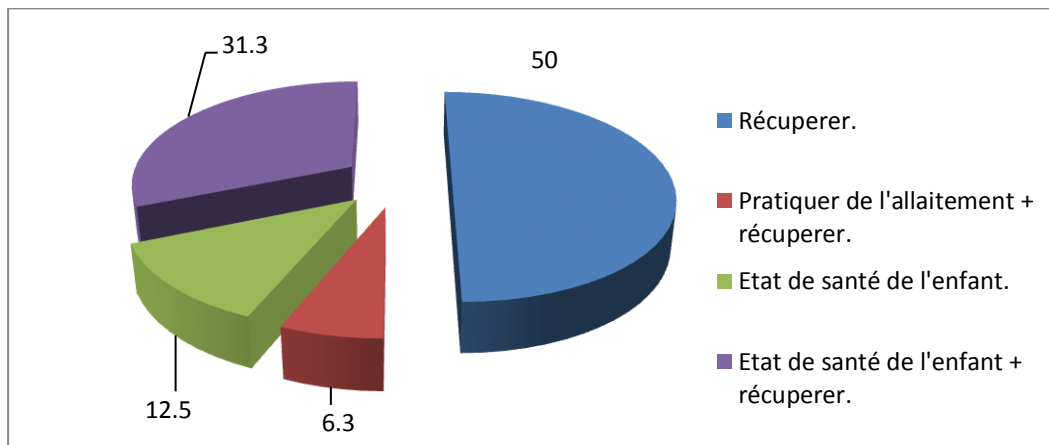
8.6)- Raisons de prolongation de congé de maternité :

La femme peut prolonger son congé de maternité pour des raisons liées soit :

- A une pénible grossesse.
- A l'accouchement.
- Pratiquer un allaitement optimal ou plus long.
- Etat de santé de l'enfant /ou de la mère.
- Récupérer.

Le tableau n° 64 (en annexe) fait ressortir que la moitié 50% de la population enquêtée a prolongé le congé dans le but de récupérer. 31.3% des femmes ont prolongé la durée à cause de l'état de santé de l'enfant et pour récupérer, 12.5% ont prolongé pour l'état de santé de l'enfant par contre, la pratique de l'allaitement est la raison la moins invoquée à cette prolongation, représente que 6.3%.

Graphique n° 60: Répartition des enquêtées selon les raisons de prolongation de congé de maternité.



8.7)- Horaires d'allaitement maternel :

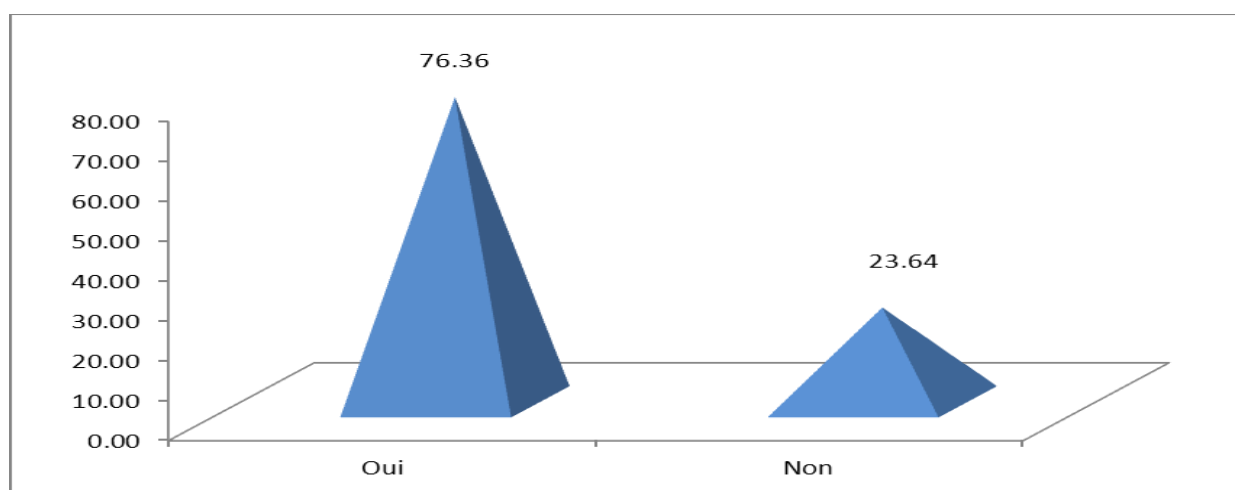
Dans le cadre de la législation du travail, la travailleuse salariée qui allaite, bénéficie à sa reprise de travail d'heures d'absences spéciales payées pendant une année :

02 heures par jour pendant les 06 premiers mois.

01 heure par jour pendant les 06 derniers mois.

Les résultats de l'enquête (**tableau n° 65 en annexe**) révèlent que plus de trois quarts (76.36%) des femmes ont bénéficié d'heures d'allaitement: 02 heures par jour pendant les 06 mois et 01 heure par jour pendant les 06 derniers mois et 23.64% n'ont pas bénéficié.

Graphique n° 61: Répartition des enquêtées selon les horaires d'allaitement maternel.



8.8)- Satisfaction des femmes des horaires consacrés à l'allaitement maternel :

Les données de l'enquête confirment que la totalité (100% des femmes) qui a bénéficié d'heures d'allaitement n'est pas satisfaite du temps consacré à l'allaitement au niveau des lieux de travail.

9)- Opinions :

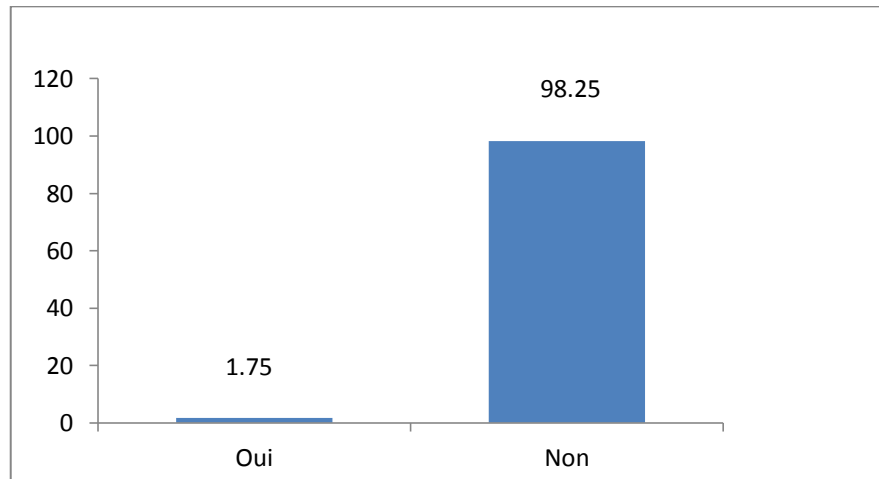
Il s'agit de vérifier les connaissances des femmes et quelques comportements des personnes proches par rapport à l'allaitement.

9.1)-Conservation de lait au sein :

Pour réduire le taux de mortalité et éradiquer la morbidité chez les jeunes enfants, L'OMS et L'ONU recommandent aux femmes, notamment celles qui travaillent de conserver leur propre lait au lieu d'alimenter le bébé de lait artificiel.

Le tableau n° 66 (en annexe) montre que presque la totalité de la population enquêtée (98.25%) ont répondu (**non**) le lait au sein ne peut-être conservé et seulement 1.75% des femmes ont répondu (oui) le lait au sein peut –être conservé.

Graphique n° 62: Répartition des enquêtées selon leur connaissance sur la conservation de lait au sein.



9.2)- Conditions de la conservation :

L'enquête affirme que les 02 femmes qui ont répondu (**oui**) le lait au sein peut-il- être conservé, elles connaissent une des conditions de sa conservation qui est le : (**réfrigérateur**).

9.3)- Temps de conservation de lait au sein :

Les dernières études confirment que le lait se conserve pendant 03 jours au réfrigérateur et 01 an au congélateur à condition qu'il n'y ait des coupures d'électricité longues.

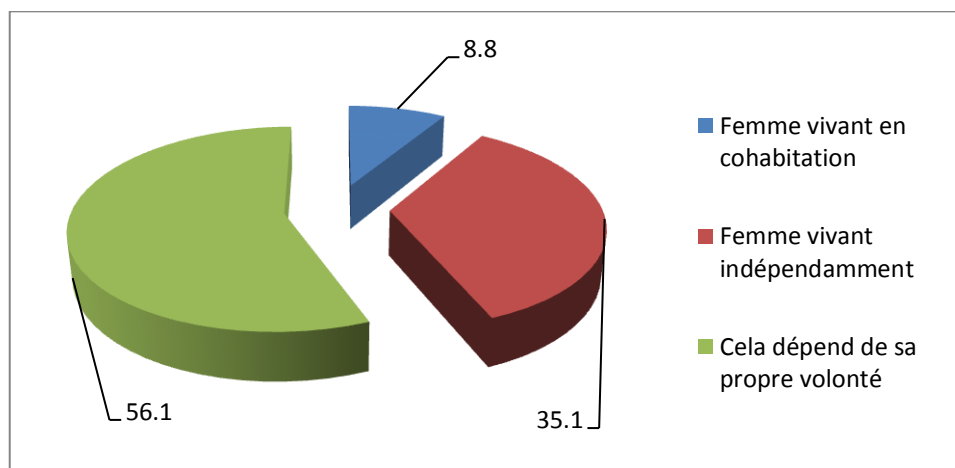
L'étude révèle que toujours ces 02 femmes ne connaissent pas le temps de conservation de lait au sein.

9.4)- Type de femme qui en profite mieux de la pratique d'allaitement maternel :

Plusieurs études effectuées dans le monde ont indiqué que les femmes qui sont entourées et côtoyées de personnes de la famille, soit la mère, la belle mère, le mari, d'autre membres de la famille et les amis, tous ces membres par leurs opinions, encouragements et soutien influencent de nombreuses femmes dans leurs pratiques d'allaitement au sein.

Les résultats de l'enquête (**tableau n° 67 en annexe**) montrent que 56.1% des enquêtées pensent qu'une meilleure pratique d'allaitement dépend de la volonté de la femme allaitante, 35.1% pensent que femme qui vit indépendamment en profite mieux de la pratique d'allaitement au sein et 8.8% une minorité pense que la femme qui vit en cohabitation est mieux aidée dans sa pratique d'allaitement.

Graphique n° 63: Répartition des enquêtées selon le type de femme qui en profite mieux de la pratique d'allaitement maternel.

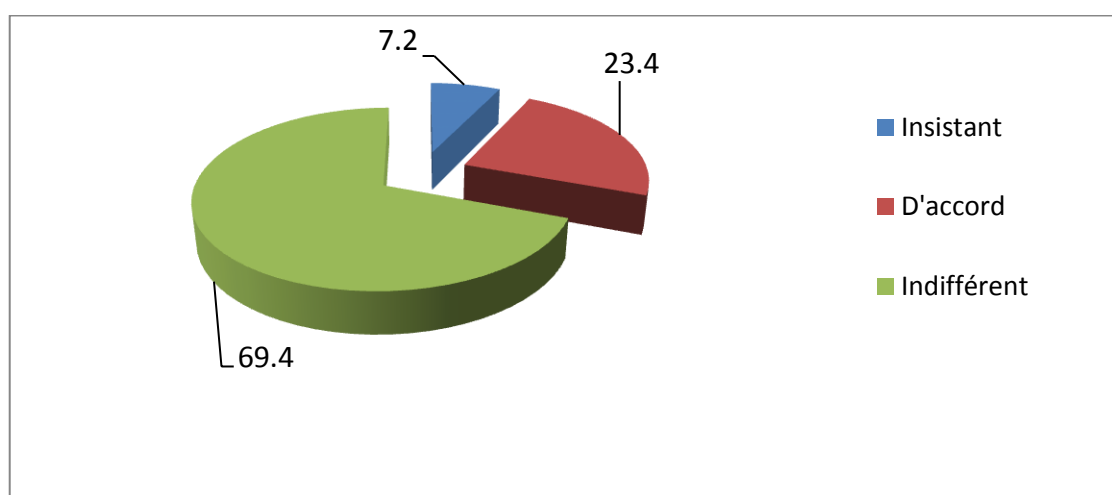


9.5)- Attitude du mari vis-à-vis la pratique de l'allaitement maternel :

De nombreuses études ont indiqué que les préférences des maris spécialement influencent largement les pratiques d'allaitement. Les femmes les plus allaitantes, sont celles qui sont soutenues, encouragées et supportées par leurs maris.

L'enquête ressort (voir le tableau n° 68 en annexe) près de 69.4% des femmes avouent que leurs maris ont une attitude " d'indifférence " vis-à-vis leur pratique d'allaitement, 23.4% des maris sont d'accord pour que leurs femmes pratiquent de l'allaitement et 7.2% des maris qui insistent sur leurs femmes pour qu'elles allaitent.

Graphique n° 64: Répartition des enquêtées selon l'attitude du mari vis-à-vis la pratique de l'allaitement maternel.



9.6)-Attitude négative des personnes de la famille pour la pratique de l'allaitement au sein:

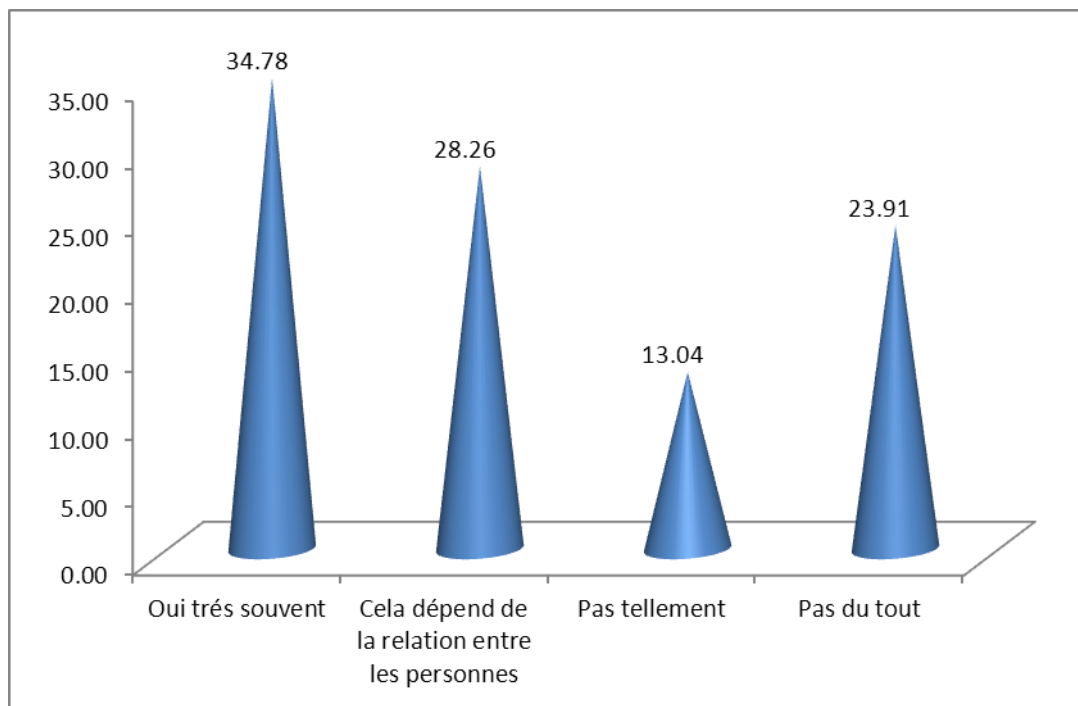
D'après les chiffres mondial, il y-a deux femmes sur trois se sentent lasses pendant les semaines qui suivent la naissance. Il va falloir accorder plusieurs semaines de repos à l'organisme de la femme si celle-ci ne veut pas ressentir longtemps une fatigue qui retentira sur son humeur et sur

CHAPITRE : 03

son allaitement. Cette situation nouvelle exige beaucoup d'humilité de la part des membres de la famille et de complicité avec la femme allaitante en lui portant d'aide dans les tâches ménagères et de s'occuper des enfants grands.

Le tableau n° 69 (en annexe) montre 34.78% des femmes ont déclaré qu'il y-a très souvent une personne qui a une attitude négative pour leur pratique de l'allaitement au sein. 28.26% ont déclaré que leur pratique de l'allaitement dépend de la relation entre les personnes qui habitent avec elle, 23.91% des enquêtées ont avoué qu'il n'y-a pas de comportement négatif de la part des personnes de son entourage et 13.04% des femmes ont révélé qu'il y-a une attitude pas tellement négative vis-à-vis l'allaitement.

Graphique n° 65: Répartition des enquêtées selon l'attitude négative des personnes de la famille pour la pratique de l'allaitement au sein.

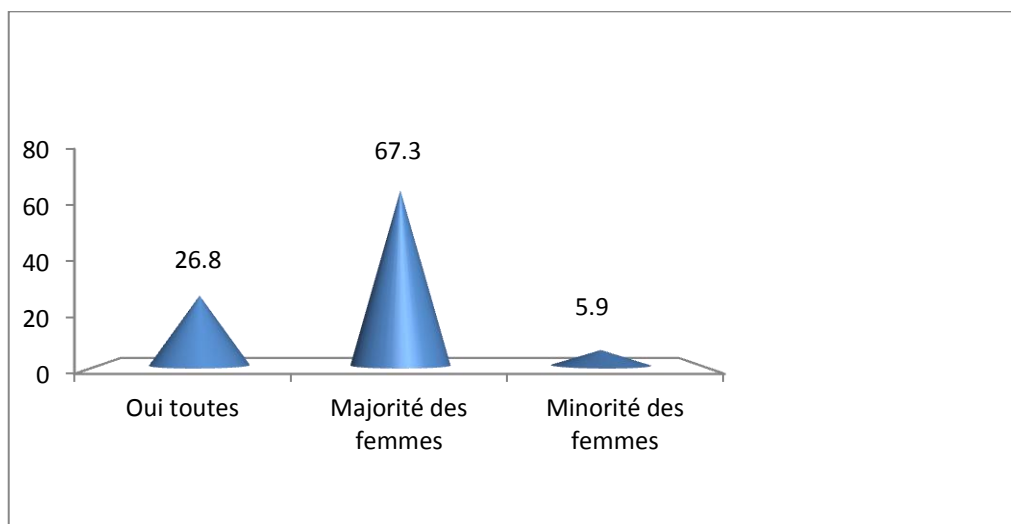


9.7)-Conscience des femmes des bienfaits de l'allaitement au sein :

Grace aux travaux de recherche qui ont compris de manière plus claire les propriétés de l'allaitement au sein, les populations ont pris une grande conscience des bienfaits indéniables de ce dernier jusqu'à ce que son retour soit devenu impératif dans les sociétés.

Les données de l'enquête dans (**le tableau n°70 en annexe**) indiquent 67.3% des femmes pensent que la majorité des femmes sont conscientes des bienfaits de l'allaitement au sein, 26.8% pensent que toutes les femmes connaissent les bienfaits de lait au sein et 5.9% une minorité qui n'est pas consciente.

Graphique n° 66: Répartition des enquêtées selon la Conscience des femmes des bienfaits de l'allaitement au sein.

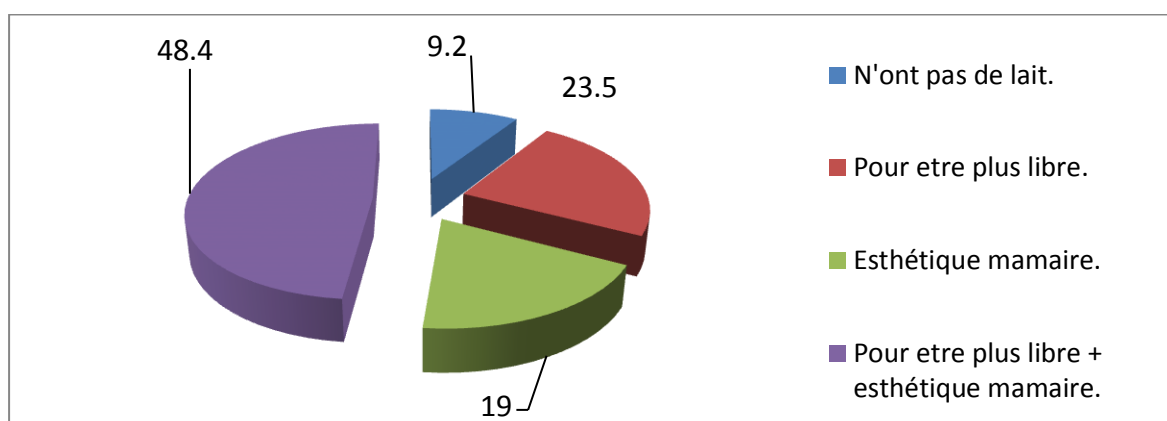


9.8)- Recours des femmes de nos jours à l'allaitement au biberon :

Les femmes de notre société abandonnent tôt l'allaitement au sein, généralement les raisons de cet abandon reviennent aux pressions sociales de la vie exercées sur la femme, et des perceptions erronées sur l'allaitement issues des croyances de longue date.

Le tableau n°71 (en annexe) montre que 48.4% des femmes font recours à l'allaitement au biberon pour être plus libre et pour l'esthétique mammaire. 23.5% ont fait recours à l'allaitement artificiel pour être plus libre. 19% pour l'esthétique mammaire et 9.2% des femmes utilisent le biberon car elles n'ont pas de lait.

Graphique n° 67: Répartition des enquêtées selon le recours des femmes de nos jours à l'allaitement au biberon.



9.9)-Stratégie efficace de promotion et d'encouragement à l'allaitement maternel :

Le développement socio-économique s'est accompagné d'un fort déclin de l'allaitement, plus les facteurs socioculturels tels : l'éclatement de la famille traditionnelle, le rôle négatif des services de santé et l'information médicale et surtout l'évolution de la position de la femme dans la société qui a provoqué de manière directe ou indirecte un changement important du comportement de la

CHAPITRE : 03

femme en matière d'allaitement. Il est donc nécessaire de dégager et proposer une stratégie qui joue sur plusieurs plans pour encourager et soutenir l'allaitement.

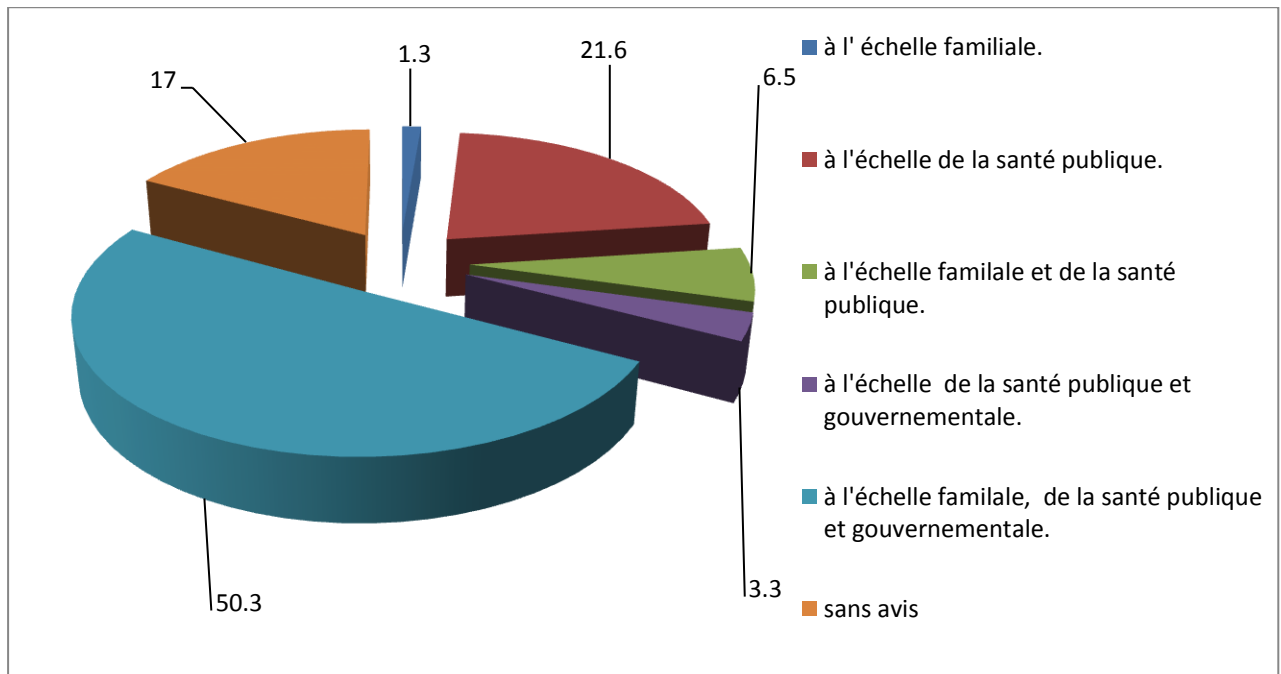
Les données du tableau n° 72 (en annexe) indiquent que près de la moitié (50.3%) des femmes voit qu'il est nécessaire de dégager une stratégie au niveau de la famille de la santé publique et du gouvernement. 21.6% des enquêtées pensent que son utilité soit surtout à l'échelle de la santé publique. 17% des femmes n'ont aucun avis sur cette stratégie. Les pourcentages les plus faibles enregistrés révèlent:

6.5% des femmes pensent que la stratégie soit à l'échelle de la santé publique.

3.3% des femmes voient que stratégie doit-être dégagée au niveau de la santé publique et du gouvernement.

1.3% des enquêtées disent qu'elle est nécessaire au niveau familial.

Graphique n° 68: Répartition des enquêtées selon la Stratégie de promotion et d'encouragement de la l'allaitement maternel.



2)- Analyse approfondie

1)- Test du Khi-deux de Pearson (X^2) :

Est un test statistique non paramétrique, sert à prendre des décisions, présenté en trois types sont :

- Le chi-deux **d'ajustement ou de conformité** : il consiste à comparer une distribution observée à caractère qualitatif à une distribution calculée.
- Le chi-deux et le test **d'homogénéité** ou le chi-deux et le test **d'indépendance** : permet de tester la liaison entre deux ou plusieurs distributions de caractères qualitatifs.

Le test du chi-deux est généralement appliqué aux tableaux de contingence à deux ou plusieurs modalités ; il est utilisé pour comparer les fréquences des deux groupes afin d'inférer une relation entre X et Y. Le test peut-être appliqué **si les conditions de travail** suivantes sont disponibles :

A)- L'échantillon est tiré aléatoirement (au hasard).

B)- L'échantillon à une taille adéquate.

C)- La population de référence à une distribution connue. On suppose au départ que la distribution de l'échantillon (n) correspond à celle de la population de référence (N).

D)- Le seuil de signification est fixé en science sociale à 5% (le risque).

E)- Une variable nominale : dichotomique ou multi-dichotomique.

F)- Hypothèses : Il est impératif pour le statisticien avant d'effectuer une étude de comparaison entre deux distributions de poser préalablement des hypothèses sous lesquelles, il va pouvoir calculer ou tester si la répartition de l'échantillon pour la variable nominale étudiée est similaire ou non à la répartition de population de référence. Donc les hypothèses servent à affirmer ou infirmer la liaison existante entre deux ou plusieurs distributions, autrement dit :

- Si on accepte l'**hypothèse nulle (H_0)** au seuil de signification alpha de 5% : il y a plus de 05 chances sur 100 que les fluctuations observées soient dues au hasard et l'on peut affirmer que la répartition de l'échantillon est bien similaire (identique) à celle de la population de référence(N).
- Si on refuse l'**hypothèse nulle qui est alternée par l' (H_1)** avec alpha de 5% : il y a moins de 05 chances sur 100 que les fluctuations observées soient dues au hasard. On considère que la répartition de l'échantillon (**n**) pour la variable étudiée ne correspond pas à celle de la population de référence (N).

CHAPITRE : 03

1.1)- Méthode d'application d'un tableau croisé :

La variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

La variable dépendante..... type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement.

Tableau n° 27 : type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement selon le niveau d'instruction des mères.

niveau d'instruction ?	sein exclusif	sein + liquide (s)	biberon + liquide (s)	allaitement mixte	allaitement mixte + liquide (s)	n'a rien reçu	Total
aucun	1	4	1				6
primaire	1	10	2		2	2	17
moyen	5	21	3		6	1	36
secondaire	15	35	3	1	7	2	63
supérieur	6	11	5		7	2	31
Total	28	81	14	1	22	7	153

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	16.155 ^a	20	.707
Rapport de vraisemblance	17.486	20	.621
Nombre d'observations valides	153		

H0 : il n'y a pas de différence entre les fréquences ou les proportions des deux groupes.

H1 : il existe une différence entre les fréquences des deux groupes, une différence qui n'est pas au hasard.

a-20 cellules (66.7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

L'analyse des résultats du test du khi deux :

Le résultat du test du Khi-deux de Pearson, **valeur = 16,155**. Cette valeur permet de calculer la valeur de la signification asymptotique (bilatérale).

-ddl ou **degré de liberté = 20**. Ce dernier permet aussi de calculer la valeur de la signification asymptotique (bilatérale).

-Le sig ou la valeur de **P (signification asymptotique bilatérale)** dans ce cas est = 0,707. Cette dernière permet de calculer l'erreur qui détecte qu'il y a une différence significative ou non entre

CHAPITRE : 03

les fréquences des variables (croisées) étudiées sont : **le niveau d'instruction et type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement.**

Discussion :

Puisque la valeur de la signification asymptotique bilatérale qui est de 0.707 est supérieure à 0.05 ; l'hypothèse nulle est retenue, il s'agit de conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les différents types d'allaitement donnés pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement, c'est-à-dire que les fréquences des différents niveaux d'instruction sont équivalents dans les divers types d'allaitement donnés en milieu assisté.

1.2)- Méthode d'application d'un tableau croisé :

La variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

La variable dépendante..... connaissez-vous les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant.

Tableau n° 28 : Connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant selon le niveau d'instruction des mères.

niveau d'instruction ?	meilleure nutrition pour une bonne croissance	des échanges psycho-affectifs intenses avec la mère	il préserve contre la diarrhée	il préserve contre l'allergie	ne sait pas	il préserve contre les affections et infections	Total
aucun	5	0	0	0	1	0	6
primaire	15	1	0	0	1	0	17
moyen	33	2	0	0	1	0	36
secondaire	35	17	2	0	3	6	63
supérieur	11	13	2	4	0	1	31
Total	99	33	4	4	6	7	153

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	54.461 ^a	20	.000
Rapport de vraisemblance	57.253	20	.000
Nombre d'observations valides	153		

CHAPITRE : 03

H0 : il n'y a pas de différence entre les fréquences ou les proportions des deux groupes.

H1 : il existe une différence entre les fréquences des deux groupes, une différence qui n'est pas au hasard.

a.23 cellules (76.7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .16.

L'analyse des résultats du test du khi deux :

Le résultat du test du Khi-deux de Pearson, **valeur** = **54.461**. Cette valeur permet de calculer la valeur de la signification asymptotique (bilatérale).

-ddl ou **degré de liberté** = **20**. Ce dernier permet aussi de calculer la valeur de la signification asymptotique (bilatérale).

-Le sig ou la valeur de **P (signification asymptotique bilatérale)** dans ce cas est = 0,000.

Discussion :

Comme la valeur de la signification asymptotique bilatérale qui est de 0.000 est inférieure à 0.05 ; l'hypothèse nulle est rejetée, il s'agit de conclure qu'il y a de différence significative entre les différentes **connaissances sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant** c'est-à-dire que les fréquences des différents niveaux d'instruction ne sont pas équivalents dans les différentes connaissances sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant.

1.3)-Méthode d'application d'un tableau croisé :

La variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

La variable dépendante... connaissez-vous les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère.

Tableau n° 29 : Connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère selon leur niveau d'instruction.

		connaissiez-vous ses bienfaits sur la santé de la mère ?						Total
		Il réduit le cancer du sein et de l'ovaire.	Effet contraceptif + il réduit le cancer du sein et de l'ovaire.	Effet contraceptif + il réduit l'hémorragie + le cancer du sein et de l'ovaire.	Ne sait pas	Il réduit le risque de cancer du sein	Effet contraceptif + il réduit le cancer du sein.	
niveau d'instruction	aucun	0	0	0	6	0	0	6
	primaire	0	0	0	16	1	0	17
	moyen	0	0	0	34	2	0	36
	secondaire	2	2	0	24	35	0	63
	supérieur	3	1	2	0	24	1	31
Total		5	3	2	80	62	1	153

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	90.945 ^a	20	.000
Rapport de vraisemblance	111.847	20	.000
Nombre d'observations valides	153		

H0 : il n'y a pas de différence entre les fréquences ou les proportions des deux groupes.

H1 : il existe une différence entre les fréquences des deux groupes, une différence qui n'est pas au hasard.

a.22 cellules (73.3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de .04.

L'analyse des résultats du test du khi deux :

Le résultat du test du Khi-deux de Pearson, **valeur = 90.945** Cette valeur permet de calculer la valeur de la signification asymptotique (bilatérale).

-ddl ou **degré de liberté = 20**. Ce dernier permet aussi de calculer la valeur de la signification asymptotique (bilatérale).

-La sig ou la valeur de **P (signification asymptotique bilatérale)** dans ce cas est = 0,000. Cette dernière permet de calculer l'erreur qui déclare qu'il y a une différence significative ou non entre les fréquences des variables (croisées) étudiées sont : **le niveau d'instruction des mères et leurs connaissances sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère.**

Discussion :

Comme la valeur de la signification asymptotique bilatérale qui est de 0.000 est inférieure à 0.05 ; l'hypothèse nulle est rejetée, il s'agit de conclure qu'il y a de différence significative entre les différentes **connaissances sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère**, c'est-à-dire que les fréquences des différents niveaux d'instruction ne sont pas équivalents dans les différentes connaissances sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère.

2)- Coefficient de contingence :

Le test de contingence décrit la relation entre deux variables qualitatives nominales (X et Y). On calcule ce coefficient pour :

- Etablir l'existence d'une association entre X et Y au sein de l'échantillon.

CHAPITRE : 03

- Pour mesurer le degré d'association ou de cooccurrence entre X et Y au sein de l'échantillon.
- Pour inférer une relation entre X et Y au sein de la population.

Le coefficient de contingence varie entre 0 et 1.

La valeur minimale (0) correspond à une absence d'association et la valeur maximale (1) elle n'est jamais atteinte. Par convention, on dira que la relation entre X et Y est :

- Parfaite si $C = 1$
- Très forte si $C > 0.8$.
- Forte si C se situe entre 0.5 et 0.8.
- D'intensité moyenne si C se situe entre 0.2 et 0.5.
- Faible si C se situe entre 0 et 0.2.
- Nulle si $C = 0$.

Dans un test de contingence, il y a deux données importantes :

a)- Le résultat du test de contingence ou Value. Ce dernier mesure le degré de cooccurrence entre les variables dépendante nominale (Y) et indépendante nominale (X) de votre échantillon.

b)- La valeur de p du test C, soit Signification approximée. Cette dernière est obtenue au moyen d'un test d'hypothèse.

Si la signification approximée ou valeur de p est supérieure à 0.05, l'hypothèse nulle est acceptée pour conclure que l'association ou cooccurrence observée entre X et Y est due au hasard.

Si la signification approximée ou valeur de p est inférieure à 0.05, l'hypothèse nulle est rejetée pour conclure que la corrélation entre X et Y existe bel et bien au sein de la population.

2.1)- Méthode d'application d'un tableau croisé :

La variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

La variable dépendante..... type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement.

Tableau n°30 : type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement selon le niveau d'instruction des mères.

Mesures symétriques

	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	.309	.707
Nombre d'observations valides	153	

H0 : la relation entre le niveau d'instruction et le type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou/en lieu de votre accouchement est due au hasard, il n'y a pas de relation.

CHAPITRE : 03

H1 : la relation entre le niveau d'instruction et le type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou/en lieu de votre accouchement ne peut être attribuée au hasard, il existe un lien entre les deux variables.

Résultats obtenus :

La valeur de coefficient de contingence = 0.309.

La signification approximée = 0.707.

Discussion :

La signification approximée ou p est supérieure à 0.05, l'hypothèse nulle est acceptée pour conclure que la relation entre le type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement et le niveau d'instruction n'existe pas au sein de la population, et d'une intensité moyenne puisque $C = 0.309$.

2.2)- Méthode d'application d'un tableau croisé :

La variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

La variable dépendante..... connaissez-vous les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant.

Tableau n° 31 : Connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant selon le niveau d'instruction des mères.

Mesures symétriques

	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	.512	.000
Nombre d'observations valides	153	

H0 : la relation entre le niveau d'instruction et le type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou/en lieu de votre accouchement est due au hasard, il n'y a pas de relation.

H1 : la relation entre le niveau d'instruction et le type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou/en lieu de votre accouchement ne peut être attribuée au hasard, il existe un lien entre les deux variables.

Résultats obtenus :

La valeur de coefficient de contingence = 0.512.

La signification approximée = 0.000.

Discussion :

La signification approximée ou p est inférieure à 0.05, l'hypothèse nulle est rejetée et à conclure que la corrélation entre la connaissance des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant et le niveau d'instruction existe au sein de la population, et bien forte puisque $C = 0.512$.

2.3)-Méthode d'application d'un tableau croisé :

La variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

La variable dépendante..... connaissez-vous les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère.

Tableau n° 32 : Connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère selon leur niveau d'instruction.

Mesures symétriques		
	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Coefficient de contingence	.611	.000
Nombre d'observations valides	153	

H0 : la relation entre le niveau d'instruction et le type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou/en lieu de votre accouchement est due au hasard, il n'y a pas de relation.

H1 : la relation entre le niveau d'instruction et le type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou/en lieu de votre accouchement ne peut être attribuée au hasard, il existe un lien entre les deux variables.

Résultats obtenus :

La valeur de coefficient de contingence = 0.611.

La signification approximée = 0.000.

Discussion :

La signification approximée ou p est inférieure à 0.05, l'hypothèse nulle est rejetée et à conclure que la corrélation entre la connaissance des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère et le niveau d'instruction existe au sein de la population, et bien forte puisque $C = 0.611$

3)-Test de STUDENT (le test t) :

De façon générale, **le test t** est un test statistique paramétrique qui compare deux moyennes pour formuler des conclusions. Il est utilisé si la recherche comporte deux groupes indépendants et que la variable dépendante est quantitative ou si dans la recherche les participants ont été l'objet de deux mesures dans le but de comparer les moyennes de ces deux groupes afin d'inférer une relation entre X et Y.

❖ Conditions de travail du test t :

a)- Si la signification asymptotique bilatérale ou la valeur de P est supérieure à 0.05, l'hypothèse nulle ou H₀ est retenue et conclut qu'il n'y a pas de différence significative.

CHAPITRE : 03

b)- Si la signification asymptotique bilatérale ou la valeur de P est inférieure à 0.05, l'hypothèse nulle ou H_0 est rejetée et conclut qu'il y a une différence significative.

3.1)-Variables étudiées :

Variable indépendante..... Sexe de l'enfant.

Variable dépendante..... Jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif.

Tableau n° 33 : Age du maintenu l'allaitement exclusif selon le sexe de l'enfant.

	sexe de votre enfant (18mois) ?	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif ?	masculin	67	8.19	3.552	.434
	féminin	47	6.85	4.237	.618

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes							
									Intervalle de confiance 95% de la différence	
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure	
jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif ?	Hypothèse de variances égales	11.883	.001	1.834	112	.069	1.343	.732	-.108-	2.794
	Hypothèse de variances inégales			1.778	87.668	.079	1.343	.755	-.158-	2.844

H_0 : il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des deux groupes.

CHAPITRE : 03

H_1 : il y a une différence significative entre les moyennes des deux groupes.

Résultats obtenus :

Test T = 1.778.

ddl degré de liberté, ici = 87.668.

La valeur de P (sig bilatérale) sur le tableau = 0.079. Lorsque les variances sont inégales.

Discussion :

La signification asymptotique bilatérale est supérieure à alpha 0.05, l'hypothèse nulle ou H_0 est retenue et conclut qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes (masculin et féminin) dans le maintien de l'allaitement exclusif.

3.2)-Variables étudiées :

L'âge de l'enfant du maintien de l'allaitement au sein et le sexe de l'enfant.

Analyse des résultats :

Variable indépendante.....sexe de l'enfant.

Variable dépendante..... Jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein.

Tableau n° 34 : Age du maintenu l'allaitement au sein selon le sexe de l'enfant.

	sexe de votre enfant (18mois) ?	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein ?	masculin	67	3.37	4.379	.535
	féminin	47	4.36	5.084	.742

CHAPITRE : 03

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
								Intervalle de confiance 95% de la différence	
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Inférieure	Supérieure
jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein ?	Hypothèse de variances égales		-1.110	112	.269	-.989	.891	-2.753	.776
	Hypothèse de variances inégales		-1.081	89.458	.283	-.989	.914	-2.805	.828

H_0 : il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des deux groupes.

H_1 : il y a une différence significative entre les moyennes des deux groupes.

Résultats obtenus :

Test T = - 1.081.

DDL degré de liberté, ici = 89.458.

La valeur de P (sig bilatérale) sur le tableau =0.283. Lorsque l'hypothèse de variances sont inégales.

Discussion :

La signification asymptotique bilatérale est supérieure à alpha 0.05, l'hypothèse nulle ou H_0 est retenue et conclut qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes (masculin et féminin) dans le maintien de l'allaitement au sein.

CHAPITRE : 03

3.3)-Statistiques sur échantillon unique :

Variable étudiée : jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif.

Valeur du test T = 06 mois (durée optimale de l'allaitement au sein exclusif recommandée par L'OMS).

Tableau n°35 : Jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif.

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif ?	114	7.64	3.888	.364

	Valeur du test = 6 mois					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif ?	4.505	113	.000	1.640	.92	2.36

H_0 : il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des deux groupes.

H_1 : il y a une différence significative entre les moyennes des deux groupes.

Résultats obtenus :

Test T = 4.505.

ddl degré de liberté, ici = 113.

La valeur de P (sig bilatérale) sur le tableau =0.000.

Discussion :

La signification asymptotique bilatérale est inférieure à alpha 0.05, l'hypothèse nulle ou H_0 est rejetée et conclut qu'il y a une de différence significative entre la durée optimale de l'allaitement exclusif calculée et la durée optimale recommandée par L'OMS.

CHAPITRE : 03

3.4)-Statistiques sur échantillon unique :

Variable étudiée : jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein.

Valeur du test = 18 mois au lieu (24 mois durée idéale de l'allaitement au sein recommandée par L'OMS)*.

Tableau n°36 : Jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein.

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein ?	114	3.78	4.686	.439

*Vu l'absence de vaccination des enfants de 24 mois et pour assurer la rencontre des mères dans les services de vaccination, l'étude a travaillé sur un échantillon d'enfants âgé de 18 mois qui se rapproche de 24 mois.

	Valeur du test = 18					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein ?	-32.397-	113	.000	-14.219-	-15.09-	-13.35-

H_0 : il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des deux groupes.

H_1 : il y a une différence significative entre les moyennes des deux groupes.

Résultats obtenus :

Test T = -32.397.

DDL degré de liberté, ici = 113.

La valeur de P (sig bilatérale) sur le tableau =0.000.

Discussion :

La signification asymptotique bilatérale est inférieure à alpha 0.05, l'hypothèse nulle ou H_0 est rejetée et conclut qu'il y a une différence significative entre la durée idéale de l'allaitement exclusif calculée et la durée optimale recommandée par L'OMS.

4)- ANOVA :

L'ANOVA à un facteur (analyse de variance à un facteur) est utilisée dans le cas des tests de comparaison de moyennes sur plusieurs (plus de deux) échantillons indépendants ou groupes. L'analyse de la variance est effectuée pour comparer les moyennes de ces groupes afin d'inférer une relation entre X et Y. Cette analyse est fondée sur deux principes :

- a)- Plus les différences entre les moyennes des groupes observées dans l'échantillon sont grandes, plus il y a de chance que la relation existe dans la population.
- b)- Plus la dispersion (la variance) dans les groupes est petite, plus les différences entre les moyennes sont réelles dans la population.

Ce test peut-être appliqué si les hypothèses statistiques se formulent :

1)- L'hypothèse nulle ou H_0 –est une hypothèse qui postule qu'il n'y a pas de différence entre les moyennes des trois groupes (ou mesures).

$$H_0 = \text{Groupe 1} = \text{Groupe 2} = \text{Groupe 3.}$$

2)- L'hypothèse alternative ou H_1 postule qu'il existe une différence entre les moyennes des trois groupes (ou mesures).

$$H_1 = \text{Groupe 1} \neq \text{Groupe 2} \neq \text{Groupe 3.}$$

L'existence de cette différence permet d'inférer que X est bien la cause de Y.

4.1)- Variables étudiées :

Variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

Variable dépendante.....Age de l'enfant à l'introduction d'eau.

CHAPITRE : 03

Tableau n° 37 : Age de l'enfant à l'introduction d'eau selon le niveau d'instruction des mères.

niveau d'instruction ?	Moyenne	N	Ecart-type	Minimum	Maximum	Erreur standard de la moyenne
aucun	2.33	6	1.211	quelques heures après la naissance	entre 1 à 2 semaines	.494
primaire	2.29	17	.772	quelques heures après la naissance	moins d'une semaine	.187
moyen	2.39	36	.964	quelques heures après la naissance	entre 1 à 2 semaines	.161
secondaire	2.11	63	1.002	quelques heures après la naissance	entre 3 à 4 semaines	.126
supérieur	1.87	31	.957	quelques heures après la naissance	entre 1 à 2 semaines	.172
Total	2.16	153	.974	quelques heures après la naissance	entre 3 à 4 semaines	.079

tableau – ANOVA

			STomme des carrés	df	Moyenne des carrés	F	Signification
âge de l'enfant à l'introduction d'eau ? * niveau d'instruction ?	Inter- groupes	Combiné	5.111	4	1.278	1.359	.251
	Intra-classe		139.124	148	.940		
	Total		144.235	152			

H0 : Il n'y a pas de différence entre les groupes.

H1 : Il existe une différence entre les groupes.

Résultats de l'enquête obtenus :

Le résultat de $F = 1.359$.

Degré de liberté ici = 152.

La valeur de P (sig = 0.251).

CHAPITRE : 03

Discussion

Puisque la valeur de signification ou p est supérieure à alpha 0.05 l'hypothèse nulle ou H_0 est retenue pour conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes. L'âge moyen de l'enfant à l'introduction d'eau ne diffère pas selon le niveau d'instruction des mères.

4.2)- Variables étudiées :

Variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

Variable dépendante.....Age de l'enfant à l'introduction de tisane.

Tableau n° 38 : Age de l'enfant à l'introduction de tisane selon le niveau d'instruction des mères.

niveau d'instruction ?	Moyenne	N	Ecart-type	Minimum	Maximum	Erreur standard de la moyenne
aucun	2.17	6	1.329	quelques heures après la naissance	entre 1 à 2 semaines	.543
primaire	1.65	17	1.057	quelques heures après la naissance	entre 1 à 2 semaines	.256
moyen	1.61	36	1.128	quelques heures après la naissance	entre 1 à 2 semaines	.188
secondaire	1.81	63	1.105	quelques heures après la naissance	entre 2 à 4 semaines	.139
supérieur	1.90	31	1.136	quelques heures après la naissance	entre 1 à 2 semaines	.204
Total	1.78	153	1.113	quelques heures après la naissance	entre 2 à 4 semaines	.090

Tableau - ANOVA

		Somme des carrés	df	Moyenne des carrés	F	Signification
âge de l'enfant à l'introduction de tisane ? * niveau d'instruction ?	Inter-groupes	2.749	4	.687	.548	.701
	Intra-classe	185.695	148	1.255		
	Total	188.444	152			

H_0 : Il n'y a pas de différence entre les groupes.

H_1 : Il existe une différence entre les groupes.

Résultats de l'enquête obtenus :

CHAPITRE : 03

Le résultat de $F = 0.548$.

Degré de liberté ici = 152.

La valeur de P (sig = 0.701).

Discussion

Comme la valeur de signification ou p est supérieure à alpha 0.05 l'hypothèse nulle ou H_0 est retenue pour conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes. L'âge moyen de l'enfant à l'introduction de tisane ne diffère pas selon le niveau d'instruction des mères.

4.3)- Variables étudiées :

Variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

Variable dépendante.....Age de l'enfant à l'introduction de jus.

Tableau n° 39 : Age de l'enfant à l'introduction de jus selon le niveau d'instruction des mères.

niveau d'instruction ?	Moyenne	N	Ecart-type	Minimum	Maximum	Erreur standard de la moyenne
aucun	5.00	6	2.000	3 mois	jamais	.816
primaire	4.94	17	1.952	3 mois	jamais	.473
moyen	4.47	36	1.320	2 mois	jamais	.220
secondaire	4.13	63	.553	1 mois	4 mois	.070
supérieur	4.13	31	.718	2 mois	5 mois	.129
Total	4.33	153	1.118	1 mois	jamais	.090

Tableau- ANOVA

			Somme des carrés	df	Moyenne des carrés	F	Signification
age de l'enfant à l'introduction de jus ? * niveau d'instruction ?	Inter- groupes	Combiné	13.619	4	3.405	2.857	.026
		Intra-classe	176.381	148	1.192		
		Total	190.000	152			

H_0 : Il n'y a pas de différence entre les groupes.

H_1 : Il existe une différence entre les groupes.

Résultats de l'enquête obtenus :

Le résultat de $F = 2.857$.

Degré de liberté ici = 152.

CHAPITRE : 03

La valeur de P (sig = 0.026).

Discussion

Puisque la valeur de signification ou p est inférieure à alpha 0.05 l'hypothèse nulle ou H_0 est rejetée pour conclure qu'il y a une différence significative entre les groupes. L'âge moyen de l'enfant à l'introduction de jus diffère selon le niveau d'instruction des mères.

4.4)- Variables étudiées :

Variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

Variable dépendante.....Age de l'enfant à l'introduction des semi-solides.

Tableau n° 40 : Age de l'enfant à l'introduction des semi-solides selon le niveau d'instruction des mères.

niveau d'instruction ?	Moyenne	N	Ecart-type	Minimum	Maximum	Erreur standard de la moyenne
aucun	3.33	6	1.033	2	5	.422
primaire	3.41	17	.507	3	4	.123
moyen	3.44	36	.652	3	5	.109
secondaire	3.60	63	.834	3	7	.105
supérieur	3.81	31	1.195	3	7	.215
Total	3.58	153	.864	2	7	.070

Tableau - ANOVA

			Somme des carrés	df	Moyenne des carrés	F	Signification
âge de l'enfant à l'introduction des semi-solides ? * niveau d'instruction ?	Inter-groupes	Combiné	3.128	4	.782	1.050	.384
		Intra-classe	110.258	148	.745		
		Total	113.386	152			

H_0 : Il n'y a pas de différence entre les groupes.

H_1 : Il existe une différence entre les groupes.

CHAPITRE : 03

Résultats de l'enquête obtenus :

Le résultat de $F = 1.050$.

Degré de liberté ici = 152.

La valeur de P (sig = 0.384).

Discussion

Puisque la valeur de signification ou p est supérieure à $\alpha 0.05$ l'hypothèse nulle ou H_0 est retenue pour conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes. L'âge moyen de l'enfant à l'introduction des semi-solides ne diffère pas selon le niveau d'instruction des mères

4.5)- Variables étudiées :

Variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

Variable dépendante.....Age de l'enfant à l'introduction des solides.

Tableau n° 41: Age de l'enfant à l'introduction des solides selon le niveau d'instruction des mères.

niveau d'instruction ?	Moyenne	N	Ecart-type	Minimum	Maximum	Erreur standard de la moyenne
aucun	4.83	6	.753	4	6	.307
primaire	5.24	17	1.147	4	8	.278
moyen	5.03	36	.845	4	7	.141
secondaire	5.41	63	1.265	4	12	.159
supérieur	5.87	31	1.544	4	11	.277
Total	5.37	153	1.240	4	12	.100

Tableau- ANOVA

			Somme des carrés	df	Moyenne des carrés	F	Signification
âge de l'enfant à l'introduction des solides ? * niveau d'instruction ?	Inter-groupes	Combiné	14.147	4	3.537	2.383	.054
	Intra-classe		219.618	148	1.484		
	Total		233.765	152			

H_0 : Il n'y a pas de différence entre les groupes.

H_1 : Il existe une différence entre les groupes.

Résultats de l'enquête obtenus :

Le résultat de $F = 20383$.

CHAPITRE : 03

Degré de liberté ici = 152.

La valeur de P (sig = 0.054).

Discussion

Puisque la valeur de signification ou p est supérieure à alpha 0.05 l'hypothèse nulle ou H_0 est retenue pour conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes. L'âge moyen de l'enfant à l'introduction des solides ne diffère pas selon le niveau d'instruction des mères.

4.6)- Variables étudiées :

Variable indépendante.....Niveau d'instruction des mères.

Variable dépendante.....Age de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale.

Tableau n° 42 : Age de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale selon le niveau d'instruction des mères.

niveau d'instruction ?	Moyenne	N	Ecart-type	Minimum	Maximum	Erreur standard de la moyenne
aucun	7.67	6	1.033	6	9	.422
primaire	9.00	17	1.000	7	10	.243
moyen	9.25	36	1.180	7	12	.197
secondaire	9.95	63	1.385	6	12	.174
supérieur	10.68	31	1.077	9	12	.193
Total	9.74	153	1.399	6	12	.113

Tableau - ANOVA

			Somme des carrés	df	Moyenne des carrés	F	Signification
âge de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale ? * niveau d'instruction ?	Inter-groupes	Combiné	73.828	4	18.457	12.210	.000
	Intra-classe		223.715	148	1.512		
	Total		297.542	152			

H_0 : Il n'y a pas de différence entre les groupes.

H_1 : Il existe une différence entre les groupes.

Résultats de l'enquête obtenus :

Le résultat de $F = 12.210$.

Degré de liberté ici = 152.

La valeur de P (sig = 0.000).

Discussion

Puisque la valeur de signification ou p est inférieure à $\alpha 0.05$ l'hypothèse nulle ou H_0 est rejetée pour conclure qu'il y a une différence significative entre les groupes. L'âge moyen de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale diffère selon le niveau d'instruction des mères.

Conclusion du troisième chapitre :

Au début, ce chapitre est consacré à présenter de manière détaillée la méthodologie de l'enquête utilisée, ensuite à analyser minutieusement les diverses variables proposées à l'étude du phénomène de l'abandon de l'allaitement... et à retrouver les divers facteurs en cause à l'aide d'un questionnaire qui se compose de multiples rubriques. Ces variables sont d'ordre : démographique, socio-économique et culturelle. Au préalable, l'étude a formulé plusieurs objectifs à atteindre et des hypothèses qui ont été complètement vérifiées par une enquête objectivement effectuée dans de nombreux services de vaccination de la commune d'Oran.

En termes chiffrés, les résultats finals de l'enquête ont réellement confirmé les quatre hypothèses de l'étude et effectivement que :

Manque de connaissances des femmes sur les avantages de l'allaitement maternel est une cause parmi d'autres qui ont décliné l'allaitement maternel.

Les attitudes négatives et le désintéressement des prestataires de soins de santé, de préparer, informer les femmes sur l'allaitement pendant des visites prénatales et de leur conseiller à le supporter plus longtemps après leurs accouchements et durant leurs soins postnatals ont contribué de manière forte à la chute de la pratique de l'allaitement.

L'activité professionnelle des femmes s'affirme comme un moyen favorisant un sevrage tôt et la poursuite de l'allaitement est donc devenue impossible.

L'absence de soutien des personnes de l'entourage de la mère allaitante, en particulier l'époux l'a encouragée d'abandonner précocement l'allaitement au sein.

CONCLUSION
GENERALE

Conclusion générale et recommandations :

Le but de l'étude est d'obtenir un tableau objectif sur l'abandon de l'allaitement maternel et son impact sur la santé de l'enfant. Les informations de l'enquête ont été collectées auprès des mères âgées entre 19 et 48 ans dont leurs enfants sont âgés de 18 mois et qui se présentent au niveau des centres de protection maternelle et infantile "PMI" des quatre établissements publics de santé de proximité (EPSP) et deux établissements hospitaliers spécialisés en gynécologie obstétrique (EHS), de la commune d'Oran, pour le rappel de vaccin : D.T.C.P. (contre la diphtérie, tétanos, coqueluche, et, poliomyélite).

Les neuf (09) rubriques (citées ci-après) que l'enquête a utilisé pour la collecte des informations ont permis à l'étude d'en conclure les résultats suivants :

1)- Première rubrique : Les caractéristiques de l'habitat et du ménage :

51,63% des enquêtées habitent dans des immeubles.

Le nombre moyen de pièces calculé par logement est de 03 pièces.

Le nombre moyen de ménages dans le logement est de 1.32.

Le nombre moyen de familles dans le logement est de 1.78.

La plupart des ménages se constituent de 05 et 06 personnes.

60.13% des femmes vivent avec d'autres personnes dont :

54.90% d'enquêtées habitent avec la belle-famille,

5.23% habitent avec la famille de l'enquêtée.

39.87% des femmes vivent indépendamment.

53.59% des enquêtées font entre 1 à 3 kilomètres pour accéder à une structure de santé.

Distance moyenne entre le domicile et la structure de santé est de 02 kilomètres.

En dépit de l'amélioration des caractéristiques de l'habitat et du ménage par rapport au passé, malgré la cohabitation demeure présente dans la ville d'Oran, l'enquête conclut que ces dernières n'ont joué aucun rôle significatif dans la poursuite de l'allaitement au sein même pas la durée optimale.

2)- Deuxième rubrique : Les caractéristiques démographiques de la mère :

L'âge moyen des femmes enquêtées est de 33.59 ans.

95.42% la plupart des femmes enquêtées sont mariées.

41.18% la plupart des femmes enquêtées ont un niveau d'instruction secondaire.

52.94% la majorité des femmes sont au foyer sans activité.

79.17% la majorité des enquêtées sont des salariées permanentes.

Le revenu mensuel moyen des femmes est de 28.800 DA.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

Les variables démographiques et socio-économiques s'avèrent assez bonnes et révèlent que les femmes ont un bon niveau d'instruction qui peut les aider à allaiter, mais l'évolution de la position de la femme dans la société (travail professionnel), d'autre part le volume des tâches à l'intérieur du domicile, ont poussé les femmes d'abandonner l'allaitement, notamment le sein exclusif.

3)-Troisième rubrique : Les caractéristiques démographiques du mari :

33.33% la plupart des époux ont un niveau d'instruction moyen.

32.68%, des époux ont un niveau d'instruction secondaire.

94.12% la majorité des époux sont occupés.

Le revenu mensuel moyen des maris est de 37.910 DA.

Quant aux variables sociodémographiques et économiques du mari s'annoncent plus bonnes, seulement elles n'ont pas rempli le devoir d'aider les femmes à pratiquer de manière plus longue l'allaitement au sein.

4)-Quatrième rubrique : Les caractéristiques concernant la vie génésique de la mère :

71.90% la plupart des femmes interrogées sont des multipares.

Le nombre moyen des naissances en vie est de 2.29 enfants /femme.

56.9% la plupart des femmes souhaitent d'avoir un autre enfant.

38.6% ne désirent plus en avoir.

4.6% sont indécises.

47.1% des femmes pensent allaiter leur futur enfant au sein jusqu'à l'âge de 06 mois.

36.8% pensent le nourrir au sein entre (07mois à 12 mois).

9.2% souhaitent le faire entre (13 mois à 18 mois).

4.6% des enquêtées pensent donner le sein entre (19 mois à 24 mois).

2.3% ne pensent pas allaiter.

La durée moyenne de l'allaitement des futurs enfants est de 1.80 mois.

30.7% des femmes pensent que deux ans est la durée qu'il faut pour mieux allaiter.

27.5% pensent que trois ans est le temps qu'il faut entre deux naissances pour allaiter.

26.1% des femmes pensent qu'il faut plus de trois ans.

15.7% pensent qu'un an est le temps suffisant pour nourrir le bébé au sein.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

Dans cette rubrique, il y a quelques variables s'avèrent satisfaisantes comme : 71.90% la majorité des enquêtées sont des multipares qui veut dire qu'elles ont une expérience antérieure ou un aperçu sur la nutrition adéquate de l'enfant, plus ont un nombre réduit que « deux enfants » en charge. La plupart des femmes souhaitent d'avoir un autre enfant. Cependant d'autres variables s'annoncent préoccupantes, telles : 47.1% la majorité des femmes pensent allaiter leur futur enfant au sein seulement jusqu'à l'âge de 06 mois, 9.2% peu de femmes souhaitent le faire entre (13 mois à 18 mois), 4.6% des enquêtées pensent donner le sein entre (19 mois à 24 mois) et 2.3% ne pensent pas du tout allaiter. Ce qui est plus inquiétant la durée moyenne de l'allaitement des futurs enfants qui est de 1.80 mois. Les résultats de ces variables n'ont pas influencé également les mères à prolonger leur pratique d'allaitement.

5)- Cinquième rubrique: Le rôle de l'information médicale pendant des visites prénatales des mères en matière d'allaitement au sein :

99.3% des femmes ont pratiqué des consultations prénatales.

Le nombre moyen de consultations prénatales atteint les 5.28 examens.

42.1% la plupart des femmes ont effectué des visites prénatales auprès d'un cabinet médical privé.

36.8% des femmes sont examinées dans un cabinet médical privé et dans un centre de santé (PMI).

19.7% ont effectué leurs contrôles dans un centre de santé (PMI).

38.8% des femmes ont été suivies exclusivement par un gynécologue.

36.8% des femmes ont été examinées par un gynécologue et une sage-femme.

19.7% des femmes ont été consultées par une sage-femme.

4.6% ont été examinées par un médecin généraliste.

61.44% des enquêtées déclarent que le « milieu familial » est la source principale d'information sur l'allaitement au sein.

4.58% des femmes déclarent que la « religion musulmane » est la source d'information.

0.65% de femme avoue que les « médias » et le même pourcentage déclare que « voisins / amies » constituent deux sources négligeables d'information en matière d'allaitement.

51.3% des femmes ont reçu des informations sur l'allaitement au cours de leur grossesse.

58.97% des femmes avouent avoir l'information suivante « l'allaitement est un bienfait sur la santé de l'enfant et de la mère ».

17.95% des femmes ont l'information que « l'allaitement est un bienfait sur la santé de l'enfant ».

15.38% ont reçu l'information que « l'allaitement est un bienfait psychologique à l'enfant ».

7.69% ont l'information que « l'allaitement est un bienfait sur la santé de la mère ».

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

99.34% l'écrasante majorité des femmes n'ont pas reçu une préparation physiologique durant les soins prénatals.

Il semblerait que le rôle de l'information médicale pendant les visites prénatales se confine à suivre l'évolution de la grossesse sans trop approfondir le sujet d'allaitement, voire les femmes enceintes ne s'intéressent même pas à questionner le prestataire de santé sur ce sujet. Ce comportement de négligence de la part du corps médical décourage de manière forte le bon démarrage et la poursuite de l'allaitement au sein.

6)- Sixième rubrique : Comportement des mères et les pratiques d'allaitement après l'accouchement et les soins postnatals.

44.44% la plupart des enquêtées ont accouché dans des maternités (EHS).

35.29% ont accouché à l'hôpital.

15.69% ont accouché dans une clinique privée.

4.58% ont accouché à domicile avec assistance.

44.44% des femmes ont été assistées par une sage-femme pendant l'accouchement.

28.76%, ont été assistées par un gynécologue obstétricien.

13.07% ont été assistées par une sage-femme et médecin stagiaire.

4.58% ont été assistées à domicile par une sage-femme traditionnelle (qabla).

49.3% des femmes ont jugé la qualité d'assistance en lieu d'accouchement n'est pas tellement satisfaisante.

32.9% ont jugé qu'il n'y-a aucune qualité d'accueil hospitalier.

15.1% des femmes ont jugé la qualité d'assistance est assez satisfaisante.

2.7% une minorité a avoué que la qualité d'assistance est très satisfaisante.

60.13% des enquêtées ont fait un accouchement normal.

16.34% des femmes ont accouché avec une césarienne non programmée.

9.15% ont accouché avec une césarienne programmée.

14.38% des femmes ont eu un accouchement difficile.

58.17% des enfants de 18 mois sont de sexe masculin.

41.83% des enfants de 18 mois sont de sexe féminin.

65.4% des nouveau-nés sont nés avec un poids normal.

22.9% des nouveau-nés sont nés avec un poids supérieur.

11.8% des bébés sont nés avec un poids inférieur.

Le poids moyen à la naissance de l'échantillon est de 2.11 kilogrammes.

58.8% des nouveau-nés sont placés dans le même lit de leur mère.

28.1% sont placés dans un autre lit mais dans la même pièce.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

13.1% sont mis dans une autre pièce.

64.7% des femmes connaissent que l'allaitement est un meilleur aliment pour la croissance de l'enfant.

21.6% des femmes savent que l'allaitement constitue des échanges psychoaffectifs intenses entre la mère et le nouveau-né.

4.6% des femmes ne connaissent aucun bienfait de l'allaitement sur la santé de l'enfant.

3.9% des femmes sont au courant que le lait au sein préserve contre les affections et les infections infantiles.

2.6% des femmes connaissent que l'allaitement préserve contre la diarrhée et contre l'allergie.

52.29% des femmes ne savent pas que l'allaitement au sein a des bienfaits sur la santé de la mère.

40.52% des femmes connaissant que l'allaitement réduit le risque de cancer du sein.

3.27% des enquêtées connaissent que l'allaitement réduit le cancer du sein et de l'ovaire.

1.96% des mères connaissent que l'allaitement a un effet contraceptif, peut réduire le cancer du sein et de l'ovaire.

1.31% deux femmes connaissent que l'allaitement a un effet contraceptif, diminue la perte de sang postpartum et réduit le cancer du sein et de l'ovaire.

0.65% connaît que l'allaitement a un effet contraceptif et réduit le cancer du sein.

85.1% des femmes ont allaité au sein après l'accouchement sans être aidées (par leur propre gré).

6.1% les parts respectives des personnes de la famille du mari et de la femme qui l'ont poussée à allaiter.

2.6% des femmes ont allaité par l'appui du personnel de santé.

90.4% des femmes ont allaité au sein tout-juste après leur accouchement.

9.6% des femmes n'ont pas allaité au sein tout-juste après leur accouchement.

46.6% des enquêtées ont allaité au sein après les (3 à 6 premières heures) de leur accouchement.

20.4% des femmes ont allaité au sein après les (6 à 12 heures) de la naissance du bébé.

15.5% des femmes ont nourris au sein après (2 à 3 heures).

13.6% des femmes ont allaité au sein après (1 à 2 heures) de la naissance du bébé.

2.9% ont immédiatement allaité au sein dans les (30mn à 1 heure) après l'accouchement.

1% de la population étudiée a allaité immédiatement dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

36.8% de nouveau-nés ont consommé uniquement de la tisane tout-juste après la naissance.

21.1% des bébés ont consommé de la tisane et du miel pur avant le lait au sein.

18.4% des bébés ont pris du miel pur immédiatement après leur naissance.

12.3% ont consommé de l'eau sucrée et de la tisane avant le colostrum.

7% ont pris de l'eau sucrée suite à l'accouchement.

4.4% de nouveau-nés n'ont rien consommé.

67.81% des enquêtées ont séjourné pendant 02 jours révolus.

20.55% ont séjourné pendant 04 jours et au delà en milieu hospitalier.

5.48% des femmes ont demeuré 03 jours.

4.11% ont eu une durée de séjour de 04 jours révolus.

2.05% des enquêtées ont passé une durée de moins d'un jour en lieu d'accouchement.

La durée de séjour moyenne de l'échantillon est de 2.73 jours.

55.48% des femmes n'ont pas reçu des informations sur l'allaitement au sein après leur accouchement.

40.41% des enquêtées ont reçu des informations pas tellement importantes.

4.11% ont reçu des informations assez satisfaisantes.

Aucune enquêtée n'a répondu avoir reçu une ou des informations très satisfaisantes en matière d'allaitement.

100% des bébés nés dans des lieux médicalisés (étatique ou privé) ont reçu systématiquement une consultation pédiatrique, mais sans proposer à leurs mères de les allaiter au sein exclusif et pendant les 06 premiers mois, quelque soit la durée de séjour de celles-ci.

31.37 % des femmes après leur sortie, ont fait un autre examen médical chez un pédiatre privé sans être recommandées d'allaiter au sein exclusif pendant les six premiers mois quelque soit le lieu d'accouchement (à domicile ou autre).

68.63 % des femmes n'ont pas fait un autre examen.

67.32 % des femmes ont fait une consultation pré-vaccinale au niveau de la (PMI) sans être incitées à allaiter au sein exclusif.

32.68 % des enquêtées n'ont pas reçu une visite pré-vaccinale.

71.24 % la plupart des nouveau-nés sont allaités au sein immédiatement après leur naissance pendant le séjour en lieu d'accouchement dont :

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

52.94 % des bébés ont reçu un allaitement au sein avec d'autres liquides,

18.30 % sont nourris au sein exclusif.

15.03% la proportion des nouveau-nés qui sont allaités au mixte dont :

14.38% sont nourris au mixte plus d'autres liquides,

0.65% sont alimentés au mixte exclusif.

9.15 % des nouveau-nés nourris au biberon plus d'autres liquides

4.58 % des nouveau-nés n'ont rien reçu pendant le séjour en lieu d'accouchement.

74.51% des femmes allaitent au sein après leur retour à la maison.

15.03% des femmes allaitent au mixte.

10.46% des femmes allaitent artificiellement.

Le nombre moyen de tétées par 24 heures est de 10.55 pendant les premiers mois.

Les fréquences de tétées d'allaitement les plus élevées comprennent 8, 10 et 12 tétées / 24 heures soit respectivement 14%, 21.1% et 21.9%.

61.40% des enquêtées allaitent selon les besoins de l'enfant.

23.68% des femmes nourris leur enfant toutes les deux heures.

14.91 % allaitent les bébés après chaque trois heures.

60.53 % des enquêtées ont moins de 20 minutes pour allaiter au sein.

19.30 % des femmes ont entre (20 à 45 minutes) pour nourrir le bébé au sein.

15.79 % ont entre (45 mn à 60 mn) pour allaiter.

4.39 % ont pour (60 mn et plus) pour donner le sein à l'enfant.

72.81 % avouent n'avoir complètement pas pratiqué l'allaitement exclusif.

19.30 % des enquêtées déclarent l'avoir maintenu pendant moins d'une semaine.

7.02 % ont donné un allaitement exclusif entre 07 à 14 jours.

0.88 % a nourris le bébé de lait au sein jusqu'à 28 jours.

L'âge moyen du maintien de l'allaitement exclusif atteint seulement les 7.64 jours.

35,96 % des enquêtées ont maintenu l'allaitement au sein jusqu'à 01 mois.

15.79 % ont maintenu l'allaitement jusqu'à 02 mois.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

23.68 % ont pratiqué l'allaitement jusqu'à 03 mois.

3.51 % ont allaité jusqu'à 06 mois.

8.77% ont maintenu l'allaitement au sein jusqu'à 18 mois.

L'âge moyen de l'échantillon du maintien de l'allaitement au sein (sevrage) est de 3.78 mois.

45.36% des femmes déclarent que l'insuffisance de lait est la cause principale d'avoir arrêté d'allaiter avant les 06 premiers mois.

38.14% des femmes accusent la reprise de l'activité professionnelle.

6.19% des femmes accusent la croissance insuffisante de l'enfant et les problèmes de sein sont en causes de l'arrêt précoce de l'allaitement.

4.12% des femmes invoquent l'état de santé de la mère est la raison pour laquelle ont arrêté d'allaiter avant les six premiers mois.

37.50% des femmes ont avoué que la première raison de non- allaitement est "l'absence de montée laiteuse".

31.25% des enquêtées ont déclaré qu'elles n'ont pas désiré allaiter au sein.

18.75% ont avoué que la raison de leur non-allaitement est le "stress".

12.50% ont déclaré que les problèmes de sein sont les raisons de leur non-allaitement.

32.68% des enquêtées ont avoué que l'âge de l'enfant à l'introduction d'eau est moins d'une semaine.

32,03% des femmes l'ont introduite à quelques heures après la naissance du bébé.

28.10% celles qui l'ont donnée dans les 24 heures.

6.54% ont donné l'eau entre 1 à 2 semaines.

0.65% une femme l'a introduite au bébé entre 3 à 4 semaines.

L'âge moyen à l'introduction d'eau est de 2.16 jours.

63.4% des femmes ont donné de la tisane quelques heures après la naissance des bébés.

19.6% des mères ont donné au bébé de la tisane dans moins d'une semaine.

9.8% l'ont donnée entre 1 à 2 semaines après la naissance.

6.5% l'ont introduite dans les 24 heures.

0.7% une seule femme l'a donnée entre 3 à 4 semaines.

L'âge moyen à l'introduction de la tisane est de 1.78 jour.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

62.7% la majorité des femmes ont donné de jus aux bébés à l'âge de 03 mois.

L'âge moyen à l'introduction de jus est de 4.33 mois.

57.5% la plupart des enquêtées ont commencé tôt à donner aux bébés des semi-solides.

L'âge moyen à l'introduction des semi-solides est de 3.58 mois.

54.8% plus de la moitié des femmes ont introduit des aliments solides à 05 mois.

L'âge moyen de l'échantillon à l'introduction des solides est de 5.37 mois.

36.6% des femmes ont commencé à donner de nourriture familiale aux bébés à l'âge de 10 mois.

L'âge moyen à l'introduction de nourriture familiale est de 9.74 mois.

32.68% des enquêtées commencent à diversifier l'alimentation de leurs bébés selon leurs propres connaissances.

27.45% ont diversifié par l'intermédiaire du personnel de santé pendant des périodes de vaccination.

20,26% ont introduit d'autres aliments en faisant recours au carnet de santé de l'enfant.

76.6% des femmes ont sevré leurs bébés de manière brutale.

23.4% ont sevré de manière progressive.

52.6% des enquêtées ont révélé que "le lait maternel insuffisant" est le principal motif de l'arrêt de l'allaitement au sein.

25.5% des femmes ont arrêté de nourrir au sein, le motif en cause est la reprise de l'activité professionnelle.

31.2% des enquêtées ont commencé à nourrir leurs bébés des laits pour adultes à l'âge de 13 mois.

18.1% l'ont donné à 12 mois.

15.2% des femmes ont introduit les laits pour adultes à l'âge de 10 mois.

11.6% celles qui l'ont proposés à partir de l'âge de 11 mois.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

31.2% la plupart des enquêtées ont commencé à nourrir leurs bébés des laits pour adultes à l'âge de 13 mois.

L'âge moyen à l'introduction des laits pour adultes est de 11.07 mois.

75.2% des enquêtées ont répondu (oui) leurs enfants souffrent d'une affection à répétition.

24.8% des femmes ayant répondu (non).

40% des enfants souffrent de l'allergie.

26.1% des enfants souffrent de la bronchite.

17.4% des enfants se plaignent de la rhino-pharyngite.

9.6% ont l'asthme.

7% des enfants ont de la diarrhée.

51% des enfants ont un poids normal par rapport à l'âge de 18 mois.

28.8% des enfants ont un poids supérieur à l'âge actuel.

20.3% ont un poids inférieur à l'âge.

De manière générale, les résultats obtenus dans ce chapitre ont justifié de manière claire le rôle négatif des variables traitées dans la réalisation d'un allaitement optimal et sa poursuite pendant des périodes plus longues. Parmi ces variables qui ont contribué à cet échec par exemple, le comportement de désintéressement général du corps médical vis-à-vis le sujet de l'allaitement, notamment l'absence d'orientation et de soutien du personnel de santé au départ de la naissance des bébés, autrement dit pas de support dans des centres d'accouchement ni dans les services de soins. Ceci revient au manque du personnel qualifié en matière d'allaitement et à l'effectif important des femmes en couches. D'autre part, beaucoup de femmes commencent à diversifier précocement. Ceci tient au désarroi de femmes isolées chez elles et la majorité sont livrées à elles-mêmes au retour de la maternité et sont les seules responsables de la nutrition du bébé avec des connaissances insuffisantes, erronées et généralement sont issues des croyances de longue date qui finissent à les amener à se réfugier à la diversification tôt, inappropriée et donnée après avoir sevré de manière brutale l'enfant au sein. En outre, l'apparition de multitudes problèmes de santé telle la morbidité infantile qui est la première conséquence de l'abandon de la pratique de l'allaitement au sein et à la diversification alimentaire précoce et inadéquate.

7) – Septième rubrique : La contraception et les pratiques d'allaitement au sein:

84.2% des femmes pensent que l'allaitement exclusif ne peut espacer les naissances.

100% des femmes en lieu d'accouchement ont reçu une ordonnance prescrite de contraception adaptée à l'allaitement.

87.7% des femmes ont utilisé la pilule adaptée à l'allaitement juste après l'accouchement.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

12.3 % ne l'ont pas utilisée.

45% des femmes ont utilisé la pilule adaptée au lait maternel au cours d'un mois.

24% des enquêtées l'ont suivie pendant 02 mois.

23% l'ont utilisée jusqu'à 03 mois.

2.18 mois est la durée moyenne de suivie de la pilule adaptée à l'allaitement.

91.5% des femmes ont changé la pilule adaptée à l'allaitement en faisant recours à la pilule à deux hormones pendant les six premiers mois

7.4% des femmes ont fait recours aux préservatifs.

1.1% part qui a transité vers une autre pilule adaptée à l'allaitement.

74.5% des enquêtées ont changé de contraception de leur propre initiative.

17% des femmes l'ont changée après un avis médical.

8.5% ont fait recours chez un pharmacien.

35.7% des femmes n'ont pas employé la contraception donnée en maternité à cause de leur veuvage.

28.6% des enquêtées ne l'ont pas employée parce qu'elle est micro-dosée : « contraception à risque ».

14.3% des femmes sont en période d'aménorrhée « pas encore menstruées », d'autres sont divorcées.

7.1% la part qui n'a utilisé aucune contraception à cause de l'absence longue du mari.

62.7% la majorité des femmes utilisent actuellement la pilule qui est considérée la plus fiable des moyens contraceptifs.

La recherche a constaté que la majorité des femmes ont utilisé précocement la contraception à deux hormones de leur propre initiative sans se prêter attention à l'effet nuisible sur la croissance du bébé, sur le volume et la qualité du lait, aucune femme n'a utilisé la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement alors que cette dernière est un moyen contraceptif naturel et adéquat à l'allaitement au sein, pour sa durée optimale puis idéale.

8) –Huitième rubrique : Travail professionnel de la femme et l'allaitement :

76.4% des femmes travaillent dans le secteur public.

23.6% des femmes travaillent dans le secteur privé.

81.9% des femmes sont affiliées à une caisse de sécurité sociale.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

18.1% ne sont pas affiliées.

86.4% des femmes sont totalement remboursées pour leur frais occasionnés à la grossesse et l'accouchement.

10.2% sont remboursées que de la moitié.

3.4% la part qui n'a pas été remboursée.

76.4% des enquêtées ont bénéficié d'un congé de maternité juste après la naissance du bébé.

23.6% la part qui n'a pas bénéficié.

29.1% des femmes ont prolongé leur congé de maternité.

70.9% des femmes n'ont pas prolongé.

50% de la population enquêtée a prolongé le congé dans le but de récupérer.

31.3% des femmes ont prolongé la durée de congé à cause de l'état de santé de l'enfant et pour récupérer.

12.5% ont prolongé pour l'état de santé de l'enfant.

6.3% des femmes ont prolongé pour pratiquer l'allaitement.

79% des femmes ont bénéficié d'heures d'allaitement.

21% n'ont pas bénéficié.

100% des femmes ne sont pas satisfaites du temps consacré à l'allaitement au niveau des lieux de travail.

L'abandon de la pratique de l'allaitement est la conséquence de changement du comportement de la femme à cause de l'évolution de sa position dans la société, actuellement beaucoup de femmes travaillent pour des besoins socioéconomiques et passent la plupart de leur temps à l'extérieur séparées de longues durées de leur bébé, ce qui a rendu la poursuite de l'allaitement impossible, alors que L'OMS et d'autres organismes ont prévu cette situation et ont proposé des programmes qui comprennent des plans d'action ou des stratégies qui facilitent et rendre la pratique d'allaitement possible quelque soit la situation dans laquelle se trouvera la femme. Malheureusement chez nous les milieux professionnels dans lesquels travaillent les femmes manquent énormément de compréhension vis-à-vis la femme allaitante, pas un endroit intime (chambre) pour l'allaitante, pas de matériel ni d'heures de pause pour extraire et conserver le lait de la femme, pas de crèches près du lieu du travail et pas de congé de maternité long favorisant plus ou moins la pratique de l'allaitement optimal.

9)- Neuvième rubrique : Opinions :

98.25% ont répondu (**non**) le lait au sein ne peut-être conservé.

1.75% des femmes ont répondu (oui) le lait au sein est conservable.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

Deux(02) femmes connaissent une des conditions de la conservation de lait au sein:(**réfrigérateur**).

Aucune femme ne connaît le temps de conservation de lait au sein.

56.1% des enquêtées pensent qu'une meilleure pratique d'allaitement dépend de la volonté de la femme allaitante.

69.4% des femmes avouent que leurs maris ont une attitude " d'indifférence " vis-à-vis leur pratique d'allaitement.

44.8% des femmes déclarent que la pratique de l'allaitement dépend de la relation entre les personnes qui habitent avec elle.

67.3% des femmes pensent que la majorité des femmes sont conscientes des bienfaits de l'allaitement au sein.

48.4% des femmes font recours à l'allaitement au biberon pour être plus libre et pour l'esthétique mammaire.

50.3% des femmes voient qu'il est nécessaire de dégager une stratégie au niveau de : la famille, de la santé publique et du gouvernement.

Les variables de cette rubrique "opinions" ont également contribué de manière claire et directe à l'échec de la pratique prolongée de l'allaitement au sein. Parmi ces variables : pas plus de deux femmes qui connaissent que le lait de la femme peut-être conservé mais aucune ne connaît le temps de sa conservation, plus de la moitié des enquêtées pensent que la meilleure pratique d'allaitement dépend de la volonté de la femme allaitante, mais la majorité d'elles sont privées des informations éclairées, scientifiquement actualisées, d'un support au foyer dont 69.4% des femmes avouent que leurs maris ont une attitude " d'indifférence " vis-à-vis leur pratique d'allaitement, 44.8% pensent aussi que la réussite de la pratique de l'allaitement dépend de la qualité de relation entre les personnes avec qui elle habite. Malgré que la majorité des femmes (67.3%) soient conscientes des bienfaits de l'allaitement au sein, cette conscience ne les empêche pas de faire recours à l'allaitement au biberon tout en quittant tôt la pratique de l'allaitement au sein pour être plus libre et pour l'esthétique mammaire. En dernier la plupart des femmes voient qu'il est nécessaire de dégager une stratégie au niveau familial, au niveau de la santé publique et à l'échelle gouvernementale pour qu'elles soient mieux aidées dans leur pratique d'allaitement.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

Recommandations :

L'abandon de la pratique de l'allaitement au niveau international et national est donc la conséquence du développement industriel qui s'est accompagné d'un changement le plus important du comportement humain que connaît l'histoire.

De manière globale, quant à Oran, la présente recherche a conclu que tous les facteurs cités et étudiés à travers les diverses rubriques du questionnaire tels : le développement urbain à Oran, l'insuffisance des connaissances des mères, leur évolution dans la société, leur sortie vers le secteur professionnel, l'attitude d'indifférence de leur famille en particulier de leur époux, le rôle négatif des maternités et de l'enseignement médical pendant les visites prénatales, l'accouchement, l'absence du devoir d'informer les femmes dans les PMI durant les soins postnatals sur les avantages et l'importance d'allaiter sont toutes des causes qui ont joué un rôle direct ou indirect sur le déclin précoce de l'allaitement maternel.

Devant cette situation dramatique de la pratique courte de l'allaitement au sein à Oran et pour cerner ces facteurs en cause, il est impérativement nécessaire de dégager une stratégie proprement dite locale pour pouvoir encourager et soutenir les oranaises à allaiter plus longtemps possible pour l'intérêt général de la santé publique et pour enfin garantir une qualité de population à Oran. Cette stratégie se joue sur plusieurs niveaux :

1)-Pendant la grossesse : dans les lieux où les femmes suivent l'évolution de leur grossesse, un véritable enseignement peut se faire à la future mère allaitante avec comme objectif de :

- ❖ Démontrer les avantages du lait de la femme.
- ❖ Lutter contre les idées erronées concernant l'allaitement.
- ❖ Parler de l'allaitement et de l'hygiène de vie des futures mamans.
- ❖ Examiner les seins de la future mère.
- ❖ Initier la femme à la technique de l'allaitement.

2)-A la naissance : au moment de la naissance du bébé, il faut s'assurer d'un(e) :

- ❖ Accouchement en milieu médicalisé.
- ❖ Architecture des maternités adaptée (hôpital ami des bébés).
- ❖ Sensibilisation et communication objective du personnel de santé.

3)- Au domicile : repose sur les programmes de soutien à l'allaitement qui comprennent la période de la naissance et celle du retour à la maison consiste à la :

- ❖ Préparation de l'environnement (rôle du mari et d'autres membres de la famille).
- ❖ Sensibilisation des médecins : le médecin doit- être formé à écarter les sevrages injustifiés pour certains troubles chez l'enfant tels : les diarrhées, vomissements, coliques, éruptions...ou en cas des affections bénignes et au moment de l'allaitement quand est-ce la prise des médicaments peut-être permise, suspendue temporairement ou arrêtée définitivement.

CONCLUSION GENERALE ET RECOMMANDATIONS

- ❖ Bonne assistance de la part des conseillères en cas où la mère allaitante rencontre des difficultés au moment d'allaitement.
- ❖ Implantation des crèches près du lieu du travail.

4)- Au niveau de la société : comprend deux points importants sont :

1)- Enseignement orienté : consiste à intégrer le sujet de l'allaitement maternel dans les programmes des :

- Ecoles de l'enseignement primaire, moyen et secondaire.
- Ecoles paramédicales.
- Etudes universitaires non seulement en médecine mais dans toutes les « sciences sociales ».

2)- Recherche : consiste à identifier :

- Les facteurs favorisant la lactation.
- Avantage du lait maternel.
- Intensifier la recherche épidémiologique.

ANNEXES

Annexe 1 : Abréviations utilisées

ONU : organisation des nations- unies.

AMS : Assemblée mondiale de la santé.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

HAB : Hôpital ami des bébés.

IHAB : Initiative hôpital ami des bébés.

ONG : Organisation non gouvernementale (internationale, nationale, régionale, locale).

FAO : Food and Agriculture Organisation (Organisation pour l'alimentation et l'agriculture).

OIT : Organisation internationale du travail.

HCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

PNUD : Programme des nations-unies pour le développement.

BIRD : Banque internationale pour la reconstruction et le développement.

UNESCO : Organisation des nations-unies pour l'éducation la science et la culture.

V I H : Virus d'immunodéficience humaine.

LAM : Méthode de l'aménorrhée due à la lactation.

EPSP : Etablissement public de santé de proximité.

EHS : Etablissement hospitalier spécialisé en gynécologie obstétrique

Annexe 2 : Listes des tableaux et graphiques

➤ Liste des tableaux

N°	Titre	Page
01	Principaux indicateurs de l'enquête nationale sur les objectifs de la mi- décennie « MDG ALGERIE 1995 ».	14
02	Situation démographique de la commune d'Oran (RGPH / 2008)	67
03	Les PMI échantillon/EPSP-EHS selon la méthode de tirage de Jacques Bernouilli.	75
04	Type de construction occupé.	81
05	Nombre de pièces réservées à l'habitation dans le logement.	82
06	Nombre de ménages dans le logement :	83
07	Répartition des familles dans le logement.	84
08	Répartition des personnes dans le logement.	84
09	Répartition des enquêtées selon les groupes d'âges.	87
10	Structure des enquêtées selon la situation matrimoniale.	88
11	Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction.	88
12	Répartition des enquêtées selon leur situation individuelle.	89
13	Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel.	91
14	Répartition des enquêtées selon leur parité.	92
15	Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants en vie.	93
16	Répartition des enquêtées selon leur désir d'avoir un autre enfant.	93
17	Répartition des enquêtées selon leur souhait d'allaiter.	94
18	Répartition des enquêtées selon le temps entre deux naissances pour mieux allaiter.	95
19	Répartition des enquêtées selon leur pratique des consultations prénatales.	96
20	Répartition des enquêtées selon le nombre de consultations prénatales.	97
21	Répartition des enquêtées selon le lieu des visites prénatales.	97
22	Répartition des enquêtées selon les sources d'information sur l'allaitement maternel.	99
23	Répartition des enquêtées selon les informations reçues pendant la grossesse.	
24	Répartition des enquêtées selon le lieu d'accouchement.	102
25	Répartition des enquêtées selon leurs connaissances sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant	106
26	Répartition des enquêtées selon leurs connaissances sur les bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère	107
27	type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement selon le niveau d'instruction des mères.	146
28	Connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant selon le niveau d'instruction des mères.	147
29	Connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère selon leur niveau d'instruction.	148
30	type d'allaitement donné pendant votre séjour en maternité ou / en lieu de votre accouchement selon le niveau d'instruction des mères.	150

31	Connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de l'enfant selon le niveau d'instruction des mères.	151
32	Connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein sur la santé de la mère selon leur niveau d'instruction.	152
33	Age du maintien de l'allaitement exclusif selon le sexe de l'enfant.	153
34	Age du maintien de l'allaitement au sein selon le sexe de l'enfant.	154
35	Jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif.	156
36	Jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein.	157
37	Age de l'enfant à l'introduction d'eau selon le niveau d'instruction des mères.	159
38	Age de l'enfant à l'introduction de tisane selon le niveau d'instruction des mères.	160
39	Age de l'enfant à l'introduction de jus selon le niveau d'instruction des mères.	161
40	Age de l'enfant à l'introduction des semi-solides selon le niveau d'instruction des mères.	162
41	Age de l'enfant à l'introduction des solides selon le niveau d'instruction des mères.	163
42	Age de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale selon le niveau d'instruction des mères.	164

➤ Liste des graphiques

N°	Titre	Page
01	Répartition des enquêtées selon le type de construction.	81
02	Répartition des pièces réservées à l'habitation dans le logement.	82
03	Répartition des ménages dans le logement.	83
04	Répartition des personnes dans le logement.	85
05	Répartition des femmes selon le type d'habitation dans le logement.	86
06	Répartition des enquêtées selon la situation matrimoniale.	88
07	Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction.	89
08	Répartition des enquêtées selon la situation individuelle.	90
09	Répartition des enquêtées selon la situation dans la profession.	90
10	Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel.	91
11	. Répartition des enquêtées selon le désir d'avoir un autre enfant.	94
12	Répartition des enquêtées selon leur souhait d'allaiter.	95
13	Répartition des enquêtées selon le temps entre deux naissances pour mieux allaiter.	96
14	Répartition des enquêtées selon le lieu des visites prénatales.	98
15	Répartition des enquêtées selon les sources d'information.	100
16	Répartition des enquêtées selon les types d'information.	101
17	Répartition des enquêtées selon le lieu d'accouchement.	102
18	Répartition des enquêtées selon la qualité du personnel chargé de l'accouchement.	103
19	Répartition des enquêtées selon la qualité d'assistance en lieu d'accouchement.	104
20	Répartition des enquêtées selon la nature d'accouchement.	104
21	Répartition des enquêtées selon le poids de l'enfant à la naissance.	105
22	Répartition des enquêtées selon le placement du nouveau-né après l'accouchement.	106
23	Répartition des enquêtées selon les premiers intervenants de l'allaitement au	108

	sein en lieu d'accouchement.	
24	Répartition des enquêtées selon le temps de la première tétée d'allaitement.	109
25	Répartition des enquêtées selon le premier aliment donné avant l'allaitement au sein.	110
26	Répartition des enquêtées selon la durée de séjour en milieu hospitalier.	111
27	Répartition des enquêtées selon les informations reçues pendant le séjour hospitalier.	111
28	Répartition des enquêtées selon l'examen médical après le retour à la maison.	112
29	Répartition des enquêtées selon les motivations du médecin en matière d'allaitement exclusif pendant les consultations pré-vaccinales.	113
30	Répartition des enquêtées selon le type d'allaitement donné pendant le séjour hospitalier.	114
31	Répartition des enquêtées selon le type d'allaitement donné au retour à la maison.	114
32	Le nombre de tétées donné par 24 heures.	115
33	Répartition des enquêtées selon le rythme de l'allaitement au sein.	33
34	Répartition des enquêtées selon le temps des séances d'allaitement au sein.	117
35	Répartition des enquêtées selon le maintien de l'allaitement exclusif.	118
36	Répartition des enquêtées selon le maintien de l'allaitement au sein.	120
37	Répartition des enquêtées selon les raisons d'arrêt de l'allaitement au sein avant les six premiers mois.	121
38	Répartition des enquêtées selon les raisons de non- allaitement maternel.	121
39	Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction d'eau.	122
40	Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de tisane.	123
41	Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de jus.	123
42	Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction des semi-solides.	124
43	Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction des solides.	125
44	Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale.	125
45	Répartition des enquêtées selon les intervenants de la diversification alimentaire.	126
46	Répartition des enquêtées selon le type du sevrage.	127
47	Répartition des enquêtées selon les motifs du sevrage.	128
48	Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de lait pour adultes.	129
49	Répartition des enquêtées selon les types d'affections.	130
50	Répartition des enquêtées selon le rôle de l'allaitement exclusif dans l'espacement des naissances.	131
51	Répartition des enquêtées selon le temps de l'emploi de contraception adaptée à l'allaitement.	132
52	Répartition des enquêtées selon le changement de contraception adaptée à l'allaitement au sein pendant les six premiers mois.	133
53	Répartition des enquêtées selon les intervenants dans le changement de contraception donnée en maternité.	
54	Répartition des enquêtées selon les raisons de non- emploi de contraception donnée en lieu d'accouchement.	134

55	Répartition des enquêtées selon la méthode de contraception utilisée actuellement.	135
56	Répartition des enquêtées selon leur affiliation ou non à la caisse de sécurité sociale.	136
57	Répartition des enquêtées selon le remboursement de la caisse de sécurité sociale.	137
58	Répartition des enquêtées selon le congé de maternité.	137
59	Répartition des enquêtées selon la prolongation de congé de maternité.	138
60	Répartition des enquêtées selon les raisons de prolongation de congé de maternité.	138
61	Répartition des enquêtées selon les horaires d'allaitement maternel.	139
62	Répartition des enquêtées selon leur connaissance sur la conservation de lait au sein.	140
63	Répartition des enquêtées selon le type de femme qui en profite mieux de la pratique d'allaitement maternel.	141
64	Répartition des enquêtées selon l'attitude du mari vis-à-vis la pratique de l'allaitement maternel.	141
65	Répartition des enquêtées selon l'attitude négative des personnes de la famille pour la pratique de l'allaitement au sein.	142
66	Répartition des enquêtées selon la conscience des femmes des bienfaits de l'allaitement au sein.	143
67	Répartition des enquêtées selon le recours des femmes de nos jours à l'allaitement au biberon.	143
68	Répartition des enquêtées selon la Stratégie de promotion et d'encouragement de la l'allaitement maternel.	144

Annexe 3 : Tableaux statistiques

(1)* : Nombre de flacons de vaccin utilisé /jour.

(2)* : Vaccination des enfants en tous âges confondus /jour.

(3)* : Vaccination des enfants en âges confondus durant la semaine (05 jours).

(4)* : Vaccination des enfants en tous âges confondus durant le mois (04 semaines).

(5)* : Fréquence moyenne des enfants de 18 mois durant le jour.

(6)* : Jours choisis pour la vaccination des enfants de 18 mois / semaine.

(7)* : Proportion des enfants de 18 mois vaccinés / semaine.

(8)* : Proportion des enfants de 18 mois vaccinés / mois

(9)* : Calcul des (%) / $PMI = n/N$.

(10)* : Calcul des proportions d'enfants de 18 mois à enquêter / PMI.

Tableau n° 01: Calcul de la proportion des enfants de 18 mois dans le centre de PMI / EHS-les Pins.

N°	Nom de PMI EHS/des Pins	*(1)	*(2)	*(3)	*(4)	*(5)	*(6)	*(7)	*(8)	*(9)	*(10)
1	Maternité-Pins	2	40	200	800	3	2	6	24	1	5

Source : enquête sur terrain

Tableau n° 02 : calcul de la proportion des enfants de 18 mois dans le centre de PMI / EHS - Hai- Louz

N°	Nom de PMI d'EHS /Hai-Louz	*(1)	*(2)	*(3)	*(4)	*(5)	*(6)	*(7)	*(8)	*(9)	*(10)
1	Maternité-Hai-Louz	2	40	200	800	6	2	12	48	1	10

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 03: calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés dans de divers centres de PMI/EPSP-Bouamama

N°	Noms des PMI d'EPSP /Bouamama	*(1)	*(2)	*(3)	*(4)	*(5)	*(6)	*(7)	*(8)	*(9)	*(10)
1	Polyclinique-Bouamama	3	60	300	1200	10	3	30	120	0.3061	24
2	Polyclinique-Emir-Khaled	3	60	300	1200	8	2	16	64	0.1633	13
3	Polyclinique-Planteurs 2	2	40	200	800	6	1	6	24	0.0612	5
4	SSP-Oran- Marine	2	40	200	800	7	1	7	28	0.0714	6
5	SSP-Ras-El-Ain	2	40	200	800	10	1	10	40	0.1020	8
6	SSP-Eckmuhl 1 Mairie	2	40	200	800	9	1	9	36	0.0918	7
7	SSP- Eckmuhl 2 Marché	2	40	200	800	10	2	20	80	0.2041	16
8	SSP- Hai-Nour		0	0	0			0	0	0.0000	0
Total				1600	6400				392	1	78

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 04 : calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés dans de divers centres de PMI/EPSP-Ghoualem

N°	Noms des PMI d'EPSP / Ghoualem	*(1)	*(2)	*(3)	*(4)	*(5)	*(6)	*(7)	*(8)	*(9)	*(10)
1	Polyclinique-El-Ghoualem	2	40	200	800	6	2	12	48	0.1290	10
2	Lamur-El Hamri	2	40	200	800	6	3	18	72	0.1935	14
3	Soufi-Zoubida-Coupot	2	40	200	800	5	2	10	40	0.1075	8
4	Oussama - Boulanger	2	40	200	800	5	1	5	20	0.0538	4
5	Maraval-Palmiers	2	40	200	800	6	2	12	48	0.1290	10
6	Hai- El- Badr cité petit	2	40	200	800	6	2	12	48	0.1290	10
7	Hai-Dhaya-petit lac	2	40	200	800	5	2	10	40	0.1075	8
8	Ibn-Sina-Vivtor-Hugo	2	40	200	800	7	2	14	56	0.1505	11
Total				1600	6400				372	1	74

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 05 : Calcul de la proportion des enfants âgés de 18 mois vaccinés dans de divers centres de PMI /EPSP Es-Seddikia.

N°	Noms des PMI d'EPSP/Seddikia	*(1)	*(2)	*(3)	*(4)	*(5)	*(6)	*(7)	*(8)	*(9)	*(10)
1	Polyclinique Seddikia	3	60	300	1200	15	2	30	120	0.1807	24
2	Polyclinique Haai-Chouhada	3	60	300	1200	9	2	18	72	0.1084	14
3	Polyclinique Fellaoucen 2	2	40	200	800	7	2	14	56	0.0843	11
4	Salle de soins Delmonte	2	40	200	800	5	1	5	20	0.0301	4
5	Salle de soins ST Eugène 1	2	40	200	800	5	2	10	40	0.0602	8
6	Salle de soins ST Eugène 2	2	40	200	800	7	2	14	56	0.0843	11
7	Salle de soins ST Eugène 3	1	20	100	400	4	1	4	16	0.0241	3
8	Salle de soins Gambetta	2	40	200	800	12	1	12	48	0.0723	10
9	Salle de soins Fellaoucen 1	2	40	200	800	7	1	7	28	0.0422	6
10	Salle de soins Bendaoued 1	2	40	200	800	9	2	18	72	0.1084	14
11	Salle de soins Bendaoued 2	2	40	200	800	7	1	7	28	0.0422	6
12	Salle de soins Emir AKdr	2	40	200	800	7	1	7	28	0.0422	6
13	Salle de soins Khémisti	2	40	200	800	7	1	7	28	0.0422	6
14	Salle de soins Canastel		0	0	0			0	0	0.0000	0
15	Salle se soins Belgaid	2	40	200	800	6	1	6	24	0.0361	5
16	Salle de soins Bir El Djir	2	40	200	800	7	1	7	28	0.0422	6
17	Salle de soins Ibn - Rochd		0	0	0				0	0.0000	0
Total				3100	12400				664	1	133

Source : enquête sur terrain

Tableau n° 06: calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés dans de divers centres de PMI / EPSP-Front de mer.

N°	Noms des PMI d'EPSP / Front de mer	*(1)	*(2)	*(3)	*(4)	*(5)	*(6)	*(7)	*(8)	*(9)	*(10)
1	Bebdaoued ville-nouvelle	3	60	300	1200	7	2	14	56	0.1944	11
2	Polyclinique Front de mer	2	40	200	800	8	2	16	64	0.2222	13
3	Miramar/J- Craft	3	60	300	1200	14	3	42	168	0.5833	34
Total				800	3200				288	1	58

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 07 : Répartition des femmes selon le type d'habitation dans le logement.

dans le logement, habitez-vous avec d'autres personnes	Effectifs	Pourcentage
oui	92	60.13
non	61	39.87
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 08 : Répartition des femmes selon la distance entre le domicile et la structure de santé.

distance entre le domicile et cette structure ?	Effectifs	Pourcentage
moins d'un kilomètre	71	46.41
de 1 à 3 kilomètres	82	53.59
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 09 : Répartition des enquêtées selon leur situation dans la profession.

situation dans la profession ?	Effectifs	Pourcentage
employeuse	2	2.78
indépendante	8	11.11
salariée permanente	57	79.17
salariée non permanente	5	6.94
Total	72*	100

Source : enquête sur terrain

*81 femmes ont déclaré être sans activité professionnelle.

Tableau n° 10 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction du mari.

Niveau d'instruction du mari ?	Effectifs	Pourcentage
Aucun	3	2.05
Primaire	9	6.17
Moyen	51	34.93
Secondaire	50	34.25
Supérieur	33	22.60
Total	146*	100

Source : enquête sur terrain.

*07 femmes n'ont pas répondu dont : 05 sont veuves et 02 divorcées.

Tableau n° 11 : Répartition des enquêtées selon la situation individuelle du mari.

Situation individuelle du mari ?	Effectifs	Pourcentage
Occupé	144	98.6
Chômeur	2	1.4
Total	146*	100

Source : enquête sur terrain.

*07 femmes n'ont pas répondu dont : 05 sont veuves et 02 divorcées.

Tableau n° 12 : Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel du mari.

Revenu mensuel du mari ?	Effectifs	Pourcentage
Moins de 12.000 DA	4	2.78
De 12.000 à 19.990 DA	31	21.53
De 20.000 à 29.900 DA	42	29.17
De 30.000 à 39.900 DA	33	22.92
Plus de 40.000 DA	34	23.61
Total	144*	100

Source : enquête sur terrain.

*09 femmes n'ont pas répondu dont : 05 sont veuves ,02 divorcées et 02 maris en chômage.

Tableau n° 13 : Répartition des enquêtées selon la qualité du personnel de santé.

Qui vous a dispensé ces soins ?	Effectifs	Pourcentage
Médecin généraliste	7	4.6
Gynécologue	59	38.8
Sage-femme	30	19.7
Gynécologue + sage-femme	56	36.8
Total	152*	100

Source : enquête sur terrain.

*Une femme n'a pas effectué aucune visite prénatale pendant sa grossesse.

Tableau n° 14: Répartition des enquêtées selon le rôle de l'information médicale sur l'allaitement maternel.

Pendant les visites prénatales, avez-vous reçu des informations sur l'allaitement maternel ?	Effectifs	Pourcentage
oui	78	51.3
non	74	48.7
Total	152*	100

Source : enquête sur terrain.

*Une femme n'a pas effectué aucune visite prénatale pendant sa grossesse.

Tableau n° 15: Répartition des enquêtées selon la préparation physiologique à l'allaitement maternel.

Durant vos soins périnataux, avez-vous reçu une préparation physiologique à l'allaitement maternel ?	Effectifs	Pourcentage
oui	1	.7
non	151	99.3
Total	152*	100

Source : enquête sur terrain.

*Une femme n'a pas effectué aucune visite prénatale pendant sa grossesse.

Tableau n° 16 : Répartition des enquêtées selon le personnel médical chargé de l'accouchement.

Qui vous a assisté pendant l'accouchement ?	Effectifs	Pourcentage
Gynécologue obstétricien.	44	28.76
Sage-femme traditionnelle (qabla).	7	4.58
Médecin stagiaire (interne).	5	3.27
Sage-femme diplômée.	68	44.44
Gynécologue obstétricien + sage-femme diplômée	9	5.88
Sage-femme diplômée + médecin stagiaire (interne)	20	13.07
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 17: Répartition des enquêtées selon la qualité d'assistance en lieu d'accouchement (maternité).

Que pensez-vous de la qualité d'assistance en lieu d'accouchement ?	Effectifs	Pourcentage
très satisfaisante	4	2.7
assez satisfaisante	22	15.1
pas tellement	72	49.3
pas du tout	48	32.9
Total	146*	100

Source : enquête sur terrain.

*07 femmes n'ont pas répondu car elles ont accouché à domicile.

Tableau n° 18 : Répartition des enquêtées selon la nature d'accouchement.

Votre accouchement a-t-il été ?	Effectifs	Pourcentage
Normal.	92	60.13
Difficile (par forceps, ventouse).	22	14.38
Césarienne programmée.	14	9.15
Césarienne non programmée.	25	16.34
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 19 : Répartition des enquêtées selon le sexe de l'enfant de 18 mois.

Sexe de votre enfant (18mois)	Effectifs	Pourcentage
Masculin	89	58.17
Féminin	64	41.83
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 20: Répartition des enquêtées selon le poids de l'enfant à la naissance.

A la naissance, le poids de votre enfant est	Effectifs	Pourcentage
Moins de 2,500 kilogrammes.	18	11,8
De 2,500 à 3,500 kilogrammes.	100	65,4
Plus de 3,500kilogrammes	35	22,9
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 21 : Répartition des enquêtées selon le placement du nouveau-né après l'accouchement.

Après la naissance, l'enfant a-t-il été placé	Effectifs	Pourcentage
Dans votre lit contre vous	90	58.8
Dans un autre lit mais dans la même pièce	43	28.1
Dans une autre pièce	20	13.1
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n°22 : Répartition des enquêtées selon les premiers intervenants de l'allaitement en lieu d'accouchement.

En milieu assisté, qui vous a poussé à allaiter l'enfant au sein.	Effectifs	Pourcentage
Propre volonté.	97	85.09
Une personne de la belle famille.	7	6.14
Personnel de santé.	3	2.63
Une personne de la famille.	7	6.14
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 femmes non concernées dont : 23 ont donné l'allaitement mixte et 16 ont donné l'allaitement artificiel

Tableau n°23 : Répartition des enquêtées selon la première tétée d'allaitement après l'accouchement.

Avez-vous allaité au sein tout-juste après votre accouchement ?	Effectifs	Pourcentage
Oui	103	90,35
Non	11	9,65
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 femmes n'ont pas répondu dont : 23 ont donné l'allaitement mixte et 16 ont donné l'allaitement artificiel

Tableau n° 24 : Répartition des enquêtées selon le temps de la première tétée après l'accouchement.

Si oui, après combien d'heures ?	Effectifs	Pourcentage
Moins de 30 minutes	1	1
(30 mn - 1 heure (	3	2,91
(1 heure - 2 heures (	14	13,59
(2 heures - 3 heures (	16	15,53
(3 heures - 6 heures (	48	46,60
(6 heures -12 heures)	21	20,39
Total	103*	100

Source : enquête sur terrain.

*50 Femmes n'ont pas répondu dont : 11 ont donné le sein très tard ; 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le biberon.

Tableau n° 25 : Répartition des enquêtées selon le premier aliment donné avant l'allaitement au sein.

Avant l'allaitement au sein, avez-vous donné à votre enfant ?	Effectifs	Pourcentage
Tisane + miel pur	24	21.1
Rien donné	5	4.4
Eau sucrée	8	7.0
Tisane	42	36.8
Eau sucrée + tisane	14	12.3
Miel pur	21	18.4
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes non concernées dont : 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n° 26: Répartition des enquêtées selon la durée de séjour en milieu hospitalier.

Combien de temps avez-vous séjourné en lieu d'accouchement ?	Effectifs	Pourcentage
Moins de 24 heures.	3	2,05
(24 heures - 48 heures (	99	67,81
(48 heures - 72 heures (	8	5,48
(72 heures - 96 heures (	6	4,11
96 heures et plus.	30	20,55
Total	146*	100

Source : enquête sur terrain.

*07Femmes n'ont pas répondu car elles ont accouché à domicile.

Tableau n°27 : Répartition des enquêtées selon la qualité de l'information en matière d'allaitement au sein pendant le séjour hospitalier.

Durant le séjour hospitalier, les informations reçues en matière d'allaitement au sein- ont-elles-été ?	Effectifs	Pourcentage
Assez satisfaisantes	6	4,11
Pas tellement	59	40,41
Pas d'informations	81	55,48
Total	146*	100

Source : enquête sur terrain.

*07Femmes n'ont pas répondu car elles ont accouché à domicile.

Tableau n°28 : Répartition des enquêtées selon l'examen médical après le retour à la maison.

Après avoir quitté le lieu d'accouchement, le nouveau-né a-t-il reçu un autre examen médical.	Effectifs	Pourcentage
Oui	48	31,37
Non	105	68,63
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n°29 : Répartition des enquêtées selon la consultation pré- vaccinale (PMI) de l'enfant.

Pendant les consultations pré-vaccinales, le médecin vous a-t-il incité à allaiter au sein exclusif ?	Effectifs	Pourcentage
Consultation sans être incitée à allaiter au sein seul.	103	67,32
Pas de consultation.	50	32,68
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 30 : Répartition des enquêtées selon le type d'allaitement donné pendant le séjour hospitalier.

Type d'allaitement donné pendant votre séjour hospitalier ?	Effectifs	Pourcentage
Sein exclusif	28	18,30
Sein + liquide (s)	81	52,94
Biberon + liquide (s)	14	9,15
Allaitement mixte	1	,65
Allaitement mixte + liquide (s)	22	14,38
N'a rien reçu	7	4,58
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 31 : Répartition des enquêtées selon le type d'allaitement donné au nouveau-né juste- après le retour à la maison.

Type d'allaitement donné au nouveau-né juste-après le retour à la maison.	Effectifs	Pourcentage
Allaitement au sein.	114	74,51
Allaitement mixte.	23	15,03
Allaitement au biberon.	16	10,46
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 32 : Répartition des enquêtées selon le nombre de tétées au sein par 24 heures pendant les premiers mois.

Nombre de tétées / 24 heure.	Effectifs	Pourcentage
5 tétées.	1	,9
6 tétées.	2	1.8
7 tétées.	9	7.9
8 tétées.	16	14
9 tétées.	11	9.6
10 tétées.	24	21.1
11 tétées.	3	2.6
12 tétées.	25	21.9
13 tétées et plus.	23	20.2
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes non concernées dont : 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n° 33 : Répartition des enquêtées selon le rythme de l'allaitement au sein.

L'allaitement au sein se fait-il ?	Effectifs	Pourcentage
Selon les besoins de l'enfant	70	61,40
Toutes les deux heures	27	23,68
Toutes les trois heures	17	14,91
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes non concernées dont : 23ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n° 34: Répartition des enquêtées selon le temps de la séance d'allaitement au sein.

Combien de temps les séances d'allaitement au sein durent-elles ?	Effectifs	Pourcentage
Moins de 20 mn	69	60,53
Entre 20 mn à 45 mn	22	19,30
Entre 45 mn à 60 mn	18	15,79
60 mn et plus	5	4,39
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes non concernées dont : 23ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n° 35: Répartition des enquêtées selon l'âge du maintien de l'allaitement exclusif.

Jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement exclusif ?	Effectifs	Pourcentage
Moins d'une semaine	22	19,30
Entre 1 à 2 semaines	8	7,02
Entre 3 à 4 semaines	1	,88
Jamais	83	72,81
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes n'ont pas répondu dont : 23ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n° 36 : Répartition des enquêtées selon l'âge du maintien de l'allaitement au sein.

Jusqu'à quel âge de l'enfant avez-vous maintenu l'allaitement au sein	Effectifs	Pourcentage
1 Mois	41	35,96
2 Mois	18	15,79
3 Mois	27	23,68
4 Mois	9	7,89
5 Mois	2	1,75
6 Mois	4	3,51
7 Mois	1	,88
8 Mois	2	1,75
18 Mois	10	8,77
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes n'ont pas répondu dont : 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n°36.1 : Répartition des enquêtées selon leur niveau d'instruction et la durée du maintien de l'allaitement à 01 mois.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Primaire	5	12.20
Moyen	9	21.95
Secondaire	20	48.78
Supérieur	7	17.07
Total	41	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n°36.2 : Répartition des enquêtées selon leur niveau d'instruction et la durée du maintien de l'allaitement à 02 mois.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Aucun	1	5.56
Moyen	7	38.89
Secondaire	8	44.44
Supérieur	2	11.11
Total	18	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n°36.3 : Répartition des enquêtées selon leur niveau d’instruction et la durée du maintien de l’allaitement à 03 mois.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Aucun	2	7.41
Primaire	4	14.81
Moyen	4	14.81
Secondaire	11	40.74
Supérieur	6	22.22
Total	27	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n°36.4 : Répartition des enquêtées selon leur niveau d’instruction et la durée du maintien de l’allaitement à 06 mois .

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Primaire	1	25
Secondaire	2	50
Supérieur	1	25
Total	4	100

Source : enquête sur terrain

Tableau n°36.5 : Répartition des enquêtées selon leur niveau d’instruction et la durée du maintien de l’allaitement à 18 mois.

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Aucun	2	20
Moyen	3	30
Secondaire	4	40
Supérieur	1	10
Total	10	100

Source : enquête sur terrain

Tableau n° 37: Répartition des enquêtées selon les raisons d'arrêt de l'allaitement au sein avant les six premiers mois.

Si vous avez arrêté d'allaiter au sein avant les six premiers mois, quelles sont les raisons ?	Effectifs	Pourcentage
Lait insuffisant.	44	45.40
Croissance insuffisante de l'enfant.	6	6.20
Problèmes de sein.	6	6.20
L'activité professionnelle.	37	38.10
Etat de santé de la mère (maladie).	4	4.10
Total	97*	100

Source : enquête sur terrain.

*56 Femmes n'ont pas répondu dont : 17 ont allaité au-delà de six mois, 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n° 38: Répartition des enquêtées selon les raisons de non-allaitement maternel.

Si n'avez-vous pas allaité, pour quelles raisons ?	Effectifs	Pourcentage
Pas de montée laiteuse.	6	37,50
Ne désire pas allaiter.	5	31,25
Problèmes de sein.	2	12,50
Stress.	3	18,75
Total	16*	100

Source : enquête sur terrain.

*137 Femmes n'ont pas répondu dont : 114 ont allaité au sein et 23 ont donné le lait mixte.

Tableau n° 39 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction d'eau.

Age de l'enfant à l'introduction d'eau	Effectifs	Pourcentage
Quelques heures après la naissance.	49	32,03
24 heures.	43	28,10
Moins d'une semaine.	50	32,68
Entre 1 à 2 semaines.	10	6,54
Entre 3 à 4 semaines.	1	,65
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 40 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de tisane.

Age de l'enfant à l'introduction de tisane	Frequence	Pourcentage
Quelques heures après la naissance	97	63.4
24 heures	10	6.5
Moins d'une semaine	30	19.6
Entre 1 à 2 semaines	15	9.8
Entre 3 à 4 semaines	1	.7
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 41 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de jus.

Age de l'enfant à l'introduction de jus	Frequence	Pourcentage
1 Mois	1	.7
2 Mois	14	9.2
3 Mois	96	62.7
4 Mois	35	22.9
5 Mois	1	.7
Jamais	6	3.9
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 42 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction des semi-solides.

Age de l'enfant à l'introduction des semi-solides	Frequence	Pourcentage
2 Mois	1	.7
3 Mois	88	57.5
4 Mois	48	31.4
5 Mois	10	6.5
6 Mois	3	2
7 Mois	3	2
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 43: Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction des solides.

Age de l'enfant à l'introduction des solides	Fréquence	Pourcentage
4 Mois	25	16.3
5 Mois	84	54.8
6 Mois	23	15
7 Mois	14	9.2
8 Mois à 12 mois	7	4.7
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 44 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale.

Age de l'enfant à l'introduction de nourriture familiale.	Fréquence	%
6 Mois	2	1.3
7 Mois	5	3.3
8 Mois	23	15
9 Mois	31	20.3
10 Mois	56	36.6
11 Mois	12	7.8
12 Mois	24	15.7
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 45: Répartition des enquêtées selon les intervenants de la diversification alimentaire.

Qui vous a aidé à introduire cette diversification alimentaire ?	Effectifs	%
vos propres connaissances	50	32,68
Personnel de santé	42	27,45
Personne de votre entourage	10	6,54
Carnet de santé de l'enfant	31	20,26
vos propres connaissances + personnel de santé.	6	3,92
vos propres connaissances + personne de votre entourage.	9	5,88
Vos propres connaissances + pédiatre.	3	1,96
Vos propres connaissances + votre mari	2	1,31
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n°46 : Répartition des enquêtées selon le mode de sevrage.

Le sevrage a-t-il été	Fréquence	Pourcentage
Progressif	32	23.4
Brutal	105	76.6
Total	137*	100

Source : enquête sur terrain.

*16 Femmes ont donné le lait artificiel.

Tableau n°47: Répartition des enquêtées selon les motifs du sevrage.

Motifs du sevrage	Fréquence	Pourcentage
Lait maternel insuffisant.	72	52.6
Reprise du travail.	35	25.5
Problèmes de sein.	4	2.9
Etat de santé de la mère (maladie).	7	5.1
L'enfant refuse le sein.	9	6.6
Lait maternel insuffisant + l'enfant refuse le sein.	10	7.3
Total	137*	100

Source : enquête sur terrain.

*16 Femmes ont donné le lait artificiel.

Tableau n°48 : Répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant à l'introduction de lait pour adultes.

Age de l'enfant à l'introduction de lait pour adultes.	Fréquence	%
6 Mois	1	.7
7 Mois	10	7.2
8 Mois	6	4.3
9 Mois	13	9.4
10 Mois	21	15.2
11 Mois	16	11.6
12 Mois	25	18.1
13 Mois	43	31.2
14 Mois	3	2.2
Total	138*	100

Source enquête sur terrain.

*15 Femmes n'ont pas répondu car elles n'ont pas donné de lait pour adultes à leur enfant.

Tableau n°49 : Répartition des enquêtées selon les affections infantiles.

Votre enfant souffre t-il d'une affection à répétition	Fréquence	%
Oui	115	75.2
Non	38	24.8
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n°50 : Répartition des enquêtées selon les types d'affections.

Si oui, quel type d'affection	Fréquence	Pourcentage
Diarrhée	8	7
Asthme	11	9.6
Bronchite	30	26.1
Allergie	46	40
Rhino-pharyngite	20	17.4
Total	115*	100

Source : enquête sur terrain.

*38 Femmes dont leurs enfants ne souffrent d'aucune maladie.

Tableau n° 51: Répartition des enquêtées selon le poids par rapport à l'âge de l'enfant de 18 mois.

Poids de l'enfant par rapport à l'âge de l'enfant de 18 mois.	Fréquence	%
Inférieur à l'âge	31	20.3
Normal	78	51
Supérieur à l'âge	44	28.8
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 52 : Répartition des enquêtées selon le rôle de l'allaitement dans l'espacement des naissances :

Selon vous, la pratique d'allaitement exclusif peut-elle espacer les naissances.	Effectifs	%
Oui	15	9.80
Non	126	82.35
Ne sait pas	12	7.84
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 53 : Répartition des enquêtées selon leur emploi de contraception adaptée à l'allaitement.

Cette dernière l'avez-vous utilisée	Fréquence	Pourcentage
Oui	100	87.7
Non	14	12.3
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes ne sont pas concernées dont : 23 ont le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n° 54 : Répartition des enquêtées selon le temps d'emploi de contraception adaptée à l'allaitement.

Si oui, pour combien de mois	Fréquence	%
1 Mois	45	45
2 Mois	24	24
3 Mois	23	23
4 Mois	2	2
5 Mois	1	1
6 Mois	2	2
7 Mois	1	1
8 Mois	2	2
Total	100*	100

Source : enquête sur terrain.

*53 Femmes n'ont pas répondu dont : 14 n'ont pas utilisé la contraception adaptée au lait maternel, 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel.

Tableau n° 55: Répartition des enquêtées selon le changement de moyen contraceptif pendant les six premiers mois.

Pour celles qui l'ont changée pendant les six premiers mois, à quel moyen contraceptif avez-vous eu recours	Fréquence	%
Pilule à deux hormones.	86	91.5
Autre pilule adaptée à l'allaitement au sein.	1	1.1
Préservatifs	7	7.4
Total	94*	100

Source : enquête sur terrain.

*59 Femmes ne sont pas concernées dont : 06 n'ont pas changé la contraception adaptée au lait au sein ; 14 ne l'ont pas utilisée ; 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel dès la naissance du bébé.

Tableau n° 56: Répartition des enquêtées selon les intervenants dans le changement de contraception adaptée à l'allaitement donnée en maternité.

Ce changement de contraception au cours des six premiers mois a-t-il fait d'après ?	Fréquence	%
Un avis médical.	16	17
Un pharmacien.	8	8.5
Votre propre initiative.	70	74.5
Total	94*	100

Source : enquête sur terrain.

*59 Femmes ne sont pas concernées dont : 06 n'ont pas changé la contraception adaptée au lait au sein ; 14 ne l'ont pas utilisée ; 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel dès la naissance du bébé.

Tableau n° 57: Répartition des enquêtées selon les raisons de non-emploi de contraception adaptée à l'allaitement donnée en lieu d'accouchement.

Si non, pourquoi n'avez-vous pas utilisé la contraception donnée en lieu d'accouchement.	Fréquence	%
Pilule à risque	4	28.6
Conjoint absent pour une longue durée.	1	7.1
En veuvage	5	35.7
En période d'aménorrhée	2	14.3
Conjointe divorcée.	2	14.3
Total	14*	100

Source : enquête sur terrain.

*139 Femmes ne sont pas concernées dont : 100 ont changé la contraception adaptée au lait au sein, 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel dès la naissance du bébé.

Tableau n° 58 : Répartition des enquêtées selon la méthode de contraception utilisée actuellement.

Actuellement quelle méthode de contraception utilisez-vous	Fréquence	%
Aucune	18	11.8
Pilule	96	62.7
Stérilet	22	14.4
Préservatifs masculin ou / et féminin	8	5.2
Méthode du calendrier	9	5.9
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 59 : Répartition des enquêtées selon le secteur juridique de l'entreprise.

Secteur juridique de l'entreprise	Fréquence	%
Public	55	76.4
Privé	17	23.6
Total	72*	100

Source : enquête sur terrain.

*81 Femmes ne sont pas concernées car sont des femmes au foyer sans activité.

Tableau n° 60 : Répartition des enquêtées selon leur affiliation à la caisse de sécurité sociale.

Etes-vous affiliée à une caisse de sécurité sociale	Fréquence	%
Oui	59	81.9
Non	13	18.1
Total	72*	100

Source : enquête sur terrain.

*81 Femmes ne sont pas concernées car sont des femmes au foyer sans activité.

Tableau n° 61: Répartition des enquêtées selon le remboursement de la caisse de sécurité sociale.

Si oui, vous-a-t-elle remboursé les frais médicaux concernant les consultations prénatales et postnatales	Fréquence	%
Oui	51	86.4
Pas totalement	6	10.2
Pas du tout	2	3.4
Total	59*	100

Source : enquête sur terrain.

*94 Femmes ne sont pas concernées dont : 13 ne sont pas affiliées à la caisse de sécurité sociale et 81 sont des femmes au foyer sans activité.

Tableau n° 62 : Répartition des enquêtées selon le congé de maternité après l'accouchement

Suite à votre accouchement, avez-vous bénéficié d'un congé de maternité	Fréquence	%
Oui	55	76.4
Non	17	23.6
Total	72*	100

Source : enquête sur terrain.

*81 Femmes ne sont pas concernées car sont des femmes au foyer sans activité.

Tableau n° 63 : Répartition des enquêtées selon la prolongation de congé de maternité.

Avez-vous pensé prolonger ce congé	Fréquence	%
Oui	16	29.1
Non	39	70.9
Total	55*	100

Source : enquête sur terrain.

*98 Femmes ne sont pas concernées dont : 17 n'ont pas bénéficié du congé de maternité et 81 sont des femmes au foyer sans activité.

Tableau n° 64: Répartition des enquêtées selon les raisons de prolongation de congé de maternité

Quelles sont les raisons de cette prolongation	Fréquence	%
Récupérer.	8	50
Pratiquer de l'allaitement + récupérer.	1	6.3
Etat de santé de l'enfant.	2	12.5
Etat de santé de l'enfant + récupérer.	5	31.3
Total	16*	100

Source : enquête sur terrain.

*137 Femmes ne sont pas concernées dont : 17 n'ont pas bénéficié du congé de maternité, 39 ne l'ont pas prolongé et 81 sont des femmes au foyer sans activité.

Tableau n° 65: Répartition des enquêtées selon les horaires d'allaitement maternel.

Lors de votre reprise de travail, avez-vous bénéficié à des heures d'allaitement au sein.	Fréquence	%
Oui	42	76.36
Non	13	23.64
Total	55*	100

Source : enquête sur terrain.

*98 Femmes ne sont pas concernées dont : 17 n'ont pas bénéficié du congé de maternité et 81 sont des femmes au foyer sans activité.

Tableau n° 66 : Répartition des enquêtées selon leur savoir sur la Conservation de lait au sein.

A votre avis, la mère peut-elle conserver son lait (sein) pour le donner à son enfant	Fréquence	%
Oui	2	1.75
Non	112	98.25
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes ne sont pas concernées dont : 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel dès la naissance du bébé.

Tableau n° 67: Répartition des enquêtées selon le type de femme qui peut mieux en profiter de la pratique d'allaitement maternel

A votre avis, la quelle des femmes en profite mieux de la pratique d'allaitement au sein.	Fréquence	%
Femme vivant en cohabitation	10	8.8
Femme vivant indépendamment	40	35.1
Cela dépend de sa propre volonté	64	56.1
Total	114*	100

Source : enquête sur terrain.

*39 Femmes ne sont pas concernées dont : 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel dès la naissance du bébé.

Tableau n° 68: Répartition des enquêtées selon l'attitude du mari vis-à-vis leur pratique de l'allaitement maternel.

Comment est-elle l'attitude du mari vis-à-vis de votre pratique de l'allaitement au sein.	Fréquence	%
Insistant	8	7.2
D'accord	26	23.4
Indifferent	77	69.4
Total	111*	100

Source : enquête sur terrain.

*42 Femmes ne sont pas concernées dont : 02 en veuvage, 01 divorcée, 23 ont donné le lait mixte et 16 ont donné le lait artificiel dès la naissance du bébé.

Tableau n° 69: Répartition des enquêtées selon l'attitude négative des personnes de la famille pour la pratique de l'allaitement au sein.

Si vous vivez en cohabitation, y-a-t-il une personne qui peut-être négative pour votre pratique à l'allaitement au sein.	Fréquence	%
Oui très souvent.	32	34.78
Cela dépend de la relation entre les personnes.	26	28.26
Pas tellement.	12	13.04
Pas du tout.	22	23.91
Total	92*	100

Source : enquête sur terrain.

*61 Femmes ne sont pas concernées car elles habitent indépendamment.

Tableau n° 70 : Répartition des enquêtées selon la conscience des femmes des bienfaits de l'allaitement au sein.

Pensez-vous que les femmes en général sont-elles conscientes des bienfaits de l'allaitement au sein.	Fréquence	%
Oui toutes	41	26.8
Majorité des femmes	103	67.3
Minorité des femmes	9	5.9
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 71 : Répartition des enquêtées selon le recours des femmes à l'allaitement au biberon.

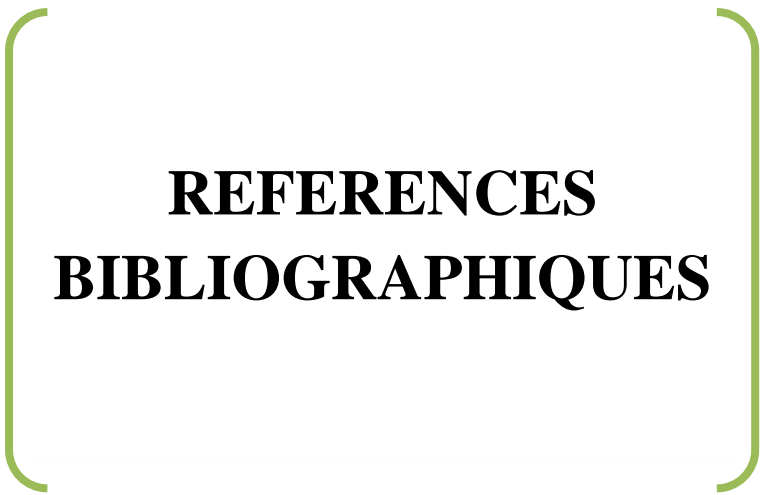
Comment expliquez-vous le recours plus important des femmes de nos jours à l'allaitement au biberon.	Fréquence	%
N'ont pas de lait.	14	9.2
Pour être plus libre.	36	23.5
Esthétique mammaire.	29	19
Pour être plus libre + esthétique mammaire.	74	48.4
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.

Tableau n° 72 : Répartition des enquêtées selon la stratégie de promotion et d'encouragement à l'allaitement maternel.

A votre avis, à quelle échelle est il nécessaire de dégager une stratégie efficace de promotion et d'encouragement à l'allaitement maternel.	Frequence	%
À l' échelle familiale.	2	1.3
De la santé publique.	33	21.6
À l'échelle familiale et de la santé publique.	10	6.5
À l'échelle de la santé publique et gouvernementale.	5	3.3
À l'échelle familiale, de la santé publique et gouvernementale.	77	50.3
Sans avis.	26	17
Total	153	100

Source : enquête sur terrain.



REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques :

-Un quart de siècle d'études sur la survie de l'enfant Algérien 1970-1995-UNICEF-OMS.

-L'enfant Algérien. Produit par le fonds des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF) en Algérie, 1993.

- Enquête CAP sur l'allaitement maternel auprès des ménages et des professionnels de santé, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Institut National de Santé Publique, Résultats préliminaires, Janvier 2010.

- Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie santé mère et enfant EDG Algérie 2000 MICS2, République Algérien démocratique et populaire, Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de santé publique, rapport final, Alger 2001.

- Enquête sur les objectifs de la mi- décennie, Ministère de la santé et de la Population, Fonds des Nation-Unies pour l'enfance(UNICEF), Alger, 1996.

- Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME), rapport final, Projet Arabe pour le développement de l'enfance « PAP CHILD » Ministère de la santé et de la population, Office national des statistiques, Ligue des Etats Arabes, Alger, 1994.

- Suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête nationale à indicateurs multiples MICS3 Algérie 2006, Ministère de la santé, population et la réforme hospitalière, Office national des statistiques, rapport préliminaire 2007.

- Enquête nationale sur la mortalité et la morbidité infantile, Ministère de la santé et des affaires sociales, l'UNICEF, Algérie, 1985 - 1989.

- Enquête nationale sur la malnutrition protéino-énergétique (MPC), 1975.

- Enquête nationale santé, Institut national de santé publique et l'Office national des statistiques, 1990.

-Enquête Algérienne sur la santé de la famille(EASF), rapport principal, Ministère de la santé et de la population, Office national des statistiques, Ligue des Etats Arabes, Juillet 2004.

-LARABA A, Profil des déshydratations aiguës 1974, Thèse de doctorat en médecine faculté mixte de pharmacie, université d'Alger, 1974.

- BELATECHE F, Devenir nutritionnel de l'enfant algérien de 0 à 36 mois 1983, dans un secteur urbain de la région d'Alger (El Madania 1973-1981), Thèse de doctorat en sciences médicales, université d'Alger.

- BELKHENCHIR. D, La diarrhée du jeune enfant : étude épidémiologique, clinique et biologique, prévention et traitement, 1985, Thèse de doctorat en sciences médicales.

-DR K.BOUZIANE-NEDJADI, PR G. BOUDRAA, M.TOUHAMI, Les risques du sevrage à Oran 2006/2008, travail collectif service de pédiatrie clinique de saint Michel plateau Oran.

Dr K.LOUNIS, Dr N. NAIT. BAHLOUL, Enquête CAP sur l'allaitement maternel chez le personnel féminin de L'EHS/ Canastel, 2009.

-K. KELLOU, enquête épidémiologique sur la malnutrition protéino-énergique, Institut National de santé publique, 1987.

-Enquête réalisée par le CREAD : les cahiers du CREAD, contribution à l'étude de l'économie de la santé en Algérie, 1991.

-Enquête réalisée par la direction de la prévention et l'éducation sanitaire (DPES) du ministère de la santé.

-J.P GRANT, la situation des enfants dans le monde, Produit par le fonds des nations-Unies pour l'enfance (UNICEF), 1984.

- J.P GRANT, la situation des enfants dans le monde, Produit par le fonds des nations-Unies pour l'enfance (UNICEF), 1993.

-SAINT- ANTOINE, Pédiatrie et Génétique, tome(1), Editeur des préparations grandes écoles- Faculté de Médecine, Université Paris VI, D L, Septembre 1983.

-JEAN-CLAUDE BUFFLE : Dossier N...Comme Nestlé, multinationale et Infanticide le lait, les bébés et...la mort, collection confrontations, éditions Alain-Moreau, 2e trimestre1986.

- Dr. SI Ahmed S.R, Vous et la santé de votre enfant, maison des livres, Alger, 1989.

-Dr. SI Ahmed S.R, L'allaitement maternel, maison des livres, Alger, 1985.

-OUI VERMELL, ANNE-MARIE DARTOIS, MARIELLE DU FRAYSSEIX : L'alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans, Editions DOIN, PARIS, 1985.

-Organisation Mondiale de la santé : Les modes actuels de l'allaitement maternel, rapport d'une étude collective de l'OMS sur l'allaitement maternel, OMS, Genève, 1981.

-Banque Mondiale : Mariage, Allaitement et Contraception, in rapport sur le développement dans le monde, WASHINGTON, 1984.

-Info-Population Reports : Meilleur Allaitement, vies plus saines, série L, N° 14, Publié par l'INFO PROJECT, Center for Communication

Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public, Baltimore, Maryland, USA mars 2006.

-DOMINIQUE TABUTIN : Quelques données sur l'allaitement en Algérie du Nord in : Population, N°6, 1973, pp1177-1186.

-Centre International de l'enfance : Mise au point technique : l'allaitement maternel document destiné aux personnels de santé et éducateurs.

-Centre International de l'enfance : Mise au point technique : l'allaitement maternel valeur biologique document destiné aux médecins et personnel de niveau universitaire.

-Bulletin Maternité sans risque, N°20 1996(1), p 7, information sur les activités dans le monde, organisation mondiale de la santé, 1211Genève 27, Suisse.

-Bulletin Maternité sans risque, N°24 1997(2), p 5, information sur les activités dans le monde, organisation mondiale de la santé, 1211Genève 27, Suisse.

-Bulletin Maternité sans risque, N°13 Novembre1993-Février1994, p 5, information sur les activités dans le monde, organisation mondiale de la santé, 1211Genève 27, Suisse.

-Bulletin Maternité sans risque, N°21 1996(2), p 7, information sur les activités dans le monde, organisation mondiale de la santé, 1211Genève 27, Suisse.

-Bulletin Maternité sans risque, N°26 1998(2), p 12, information sur les activités dans le monde, organisation mondiale de la santé, 1211Genève 27, Suisse.

-PIERRE DAGNELIE : Analyse statistique à plusieurs variables, les presses agronomiques de Gembloux(Belgique) ,1982.

-PIERRE DAGNELIE : Théorie et méthodes statistiques, volume(1), les presses agronomiques de Gembloux(Belgique) ,1984.

-CNAS : Assurance maternité, Direction des études statistiques et de l'organisation département information et documentation, impression : imprimerie CNAS-Ben Aknoun-Alger, 1997.

-Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : Un plan d'action, au château de Dublin, Irlande, 18 juin 2004.

Site Internet :

www.inspq.qc.ca

www.aqcqca.qc.ca

www.allaitement.ca

www.nourri-source.org

www.unicef.org

<http://www.jstor.org>

<http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

www.infoforhealth.org

<http://www.persee.fr>

www.stat.gouv.qc.ca

www.babyfriendly.org

<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

المراجع باللغة العربية:

-الطفل و الاسرة و المجتمع، الدكتورة حنان عبد الحميد العناني، دكتوراه الفلسفة في دراسات الطفولة، الطبعة الاولى 2000، دار صفاء للنشر والتوزيع- عمان.

-صحة الام و الطفل، الدكتورة سلمى جلال، الناشر دار قباء للطباعة والنشر و التوزيع القاهرة، 1998.

-اساسيات صحة الاسرة ، دكتورة فادية يوسف عبد الحميد مدرس صحة الطفل-دكتوراه طب الاطفال جامعة عين شمس، الناشر دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع القا هرة، 2000

**RESUME
SYNTHETIQUE
ET
MOTS CLES**

Résumé synthétique

Introduction générale :

L'allaitement maternel est un des principaux objectifs du plan que l'OMS, l'UNICEF et d'autres organismes s'intéressent à l'améliorer et le maintenir, car il constitue la pierre angulaire de protection, de survie et de développement des enfants d'aujourd'hui étant des hommes de demain, les organisations du monde s'appliquent à bonifier leur sort à répondre à leurs besoins les plus essentiels, les aider à s'épanouir pleinement principalement les trois premières années de leur vie, pour obtenir plus tard une espèce qualifiée susceptible de contribuer au futur développement de leur société, à l'avenir du monde, et à celui de l'humanité, ils considèrent que l'allaitement au sein est le moyen le plus efficace pour surmonter les formes les plus pernicieuses de maladies diarrhéiques, de morbidité, et de malnutrition qui sont responsables de près de la moitié des décès des jeunes enfants, plus de 20 millions d'enfants souffrent de malnutrition grave, 150 souffrent d'insuffisance pondérale et 500.000 de décès des jeunes femmes en couches. Pour ces raisons l'OMS et l'Unicef en septembre 1990 à New-York, ont demandé aux gouvernements, organisations internationales, institutions d'assistance bilatérale, organisations non-gouvernementales, secteurs de la société concernés et aux donateurs de formuler leurs propres programmes d'actions en vue de protéger, promouvoir et supporter l'allaitement pour améliorer la nutrition et la survie des nouveau-nés. Cet appel à l'action, dénommé « déclaration innocenté » a déclenché de nombreuses réalisations positives au cours des années 1990 :

- Appliquer le présent plan d'action pour réaliser les principaux objectifs de la déclaration mondiale en faveur de la survie de la protection et du développement de l'enfant entre 1990 et l'an 2000.
- En 1991, l'OMS et l'Unicef ont établi l'initiative hôpitaux amis des bébés pour encourager les maternités à promouvoir des pratiques d'allaitement optimales.
- Appliquer la déclaration mondiale est le plan d'action pour l'alimentation (FAO/OMS 1992).
- Les divers pays se sont efforcés à mieux appliquer le code international de 1981 sur la promotion des substituts de lait maternel qui en limite la commercialisation illicite par les fabricants.

Cependant, au cours des dernières années 90, le support des gouvernements et des donateurs pour un allaitement optimal a subi un déclin. La raison principale est peut être due au fait que la crise du sida a attiré l'attention sur la transmission du virus d'immunodéficience humaine (VIH) par le lait maternel, sans rappeler les risques que courent les enfants lorsqu'ils ne sont

pas nourris au sein. Le fait que l'on croit à tort que toutes les mères séropositives pour le VIH vont transmettre ce virus à leurs bébés en les nourrissant au sein a dissimulé les avantages au point de vue santé et survie offerts par l'allaitement.

Simultanément, d'autres fabricants de formules lactées ont continué à faire des publicités illicites qui peuvent décourager l'allaitement. Entre les années 2000 et 2002 l'OMS et l'Unicef, préoccupés par le déclin de l'engagement national et international envers l'allaitement, ont développé une stratégie globale pour l'alimentation des nouveau-nés et des jeunes enfants. Cette stratégie demande aux gouvernements nationaux, la société civile, aux services de soins de santé, aux communautés, aux donateurs internationaux de renforcer l'engagement, de revitaliser les efforts déployés pour l'allaitement et d'appliquer les enseignements tirés des succès du passé de modifier et d'actualiser les politiques gouvernementales qui peuvent reconnaître de manière explicite les avantages de l'allaitement pour la santé publique, afin de mieux aider les femmes à allaiter de manière optimale et de leur permettre à le faire jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

Quant à l'Algérie, Les études disponibles tirent une sonnette d'alarme face à cette dégradation qui caractérise la pratique de l'allaitement maternel à l'échelle nationale :

En 1975, la première enquête réalisée à l'échelle nationale sur la malnutrition : « protéino-énergétique » de l'enfant Algérien a permis de vérifier la situation de l'allaitement maternel et de le déclarer comme élément de base de l'alimentation du nourrisson Algérien. En effet, 89,9% des enfants âgés de moins de 3 mois et 81% des enfants âgés de 6 à 9 mois ont bénéficié de l'allaitement maternel. Cependant, 5,10% seulement des enfants sevrés à la naissance et 16,22% entre 0 et 6 mois. La médiane pour l'âge du sevrage était à 18 mois. En 1995, une enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie « MDG ALGERIE » montre que la proportion de nourrissons âgés entre 6 à 9 mois nourris au sein avec complément d'aliment a chuté à 54% pour atteindre 38% en 2000 selon l'enquête « MICS2 », et se maintenir à 39% en 2006 selon l'enquête « MICS3 », alors qu'elle était de 81% en 1975. L'allaitement maternel exclusif à 4 mois qui était de 56% en 1995, est passé respectivement à 15,9% et à 10,4% selon les résultats de l'enquête « MICS 2 » 2000 et « MICS 3 » 2006. D'une décennie à l'autre les données quantitatives des enquêtes nationales révèlent que les femmes allaitent de moins en moins longtemps, notamment les femmes de grandes villes parmi ces dernières : Oran. En effet, la plupart des femmes algériennes allaitent leurs bébés dès la naissance, mais plus de la moitié abandonnent l'allaitement au sein au cours des 3 premiers mois pour diverses raisons. De plus, les femmes qui offrent un allaitement maternel exclusif sont minoritaires selon la dernière enquête « MICS 3 » 2006, sont à peine 10%. Il apparaît donc clairement que l'allaitement malgré ses qualités nutritionnelles et immunologiques certaines pour le développement et la survie de l'enfant Algérien a subi au cours de ces 3 dernières décennies un recul de pratique très important.

Chapitre 1 : Méthodologie de recherche et sources de données utilisées.

Ce chapitre se compose de deux sections :

Section 1 : Méthodologie de recherche : consiste à décrire la méthodologie de recherche qui se constitue de la problématique, les hypothèses et les objectifs de l'étude.

1)-Problématique :

D'une décennie à l'autre, les études réalisées en Algérie auprès des femmes révèlent qu'elles sont nombreuses à donner le sein à leurs bébés dès la naissance mais le phénomène le plus inquiétant leur abandon de plus en plus précoce de l'allaitement au sein au cours des trois premiers mois, cette désaffection est surtout observée dans les grandes villes (parmi ces villes : Oran), comme si ces femmes n'ont plus de lait ou l'allaitement maternel n'est plus le mode compatible à leur nouvelle vie, autrement dit, à leur situation socio-économique et culturelle actuelle.

C'est à partir de ces affirmations, ce travail permettra donc de connaître les raisons explicatives de l'incapacité des oranaises d'allaiter de manière optimale et pendant des périodes plus longues à travers leurs connaissances, attitudes et pratiques d'allaitement et les conséquences possibles sur le bien être de leurs enfants ainsi que la santé publique. La question de l'étude est posée de la manière suivante :

Pourquoi les oranaises n'arrivent pas à allaiter leurs bébés exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie et à partir de cet âge (6mois) peuvent et doivent le continuer avec une nourriture complémentaire jusqu'à l'âge de deux ans ou plus selon la dernière recommandation de l'organisation mondiale de la santé ?

2)-Hypothèses de l'étude :

Quelques hypothèses sont retenues pour éclaircir les facteurs explicatifs de l'abandon de l'allaitement.

Manque de connaissances des femmes sur les avantages de l'allaitement maternel est une cause parmi d'autres qui ont décliné l'allaitement maternel.

Les attitudes négatives et le désintéressement des prestataires de soins de santé de préparer, informer les femmes sur l'allaitement pendant les visites prénatales et de leur conseiller à le supporter plus longtemps après leur accouchement.

L'activité professionnelle des femmes, est un moyen favorisant un sevrage tôt qui rend la continuation de l'allaitement impossible.

L'absence de soutien des personnes de l'entourage de la mère allaitante, en particulier l'époux, ce qui l'incite à abandonner précocement l'allaitement.

3)-Objectifs de l'étude :

L'étude de base s'est fixée les principaux objectifs :

Apprécier le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques des femmes vis-à-vis l'allaitement.

Contrôler le rôle des maternités, des services de soins de santé, l'information médicale et voir leurs politiques en matière d'allaitement.

Vérifier les raisons des femmes favorisant leur abandon précoce de l'allaitement au sein.

Identifier le devoir, le degré d'influence et de soutien des maris et des personnes proches de la femme allaitante sur ses pratiques d'allaitement.

Section 2 : sources de données utilisées : consiste à recueillir et présenter un maximum d'informations sur le sujet étudié par le biais de plusieurs sources.

1)-Documentation :

Elle est d'ordre théorique, collectée de plusieurs ouvrages et documents, de divers centres de documentation universitaires et autres tels que :

- Centre d'études maghrébines en Algérie-Oran-es-sénia (CEMA).
- Centre de documentation de la faculté de médecine-Oran.
- Institut national des sciences médicales-Oran.
- Direction de la santé de la population d'Oran(DSP).
- Hôpital Canastel d'Oran.
- Polyclinique SAINT MICHEL-plateau- Oran.
- Documentation par internet.
- Interviews divers chercheurs, médecins en pédiatrie et autres spécialités.

2)- Enquête de l'allaitement maternel (2009/2010) :

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée dans un secteur urbain (ville d'Oran) basée sur une enquête par questionnaire composé de 169 questions réparties en 9 rubriques, porté sur un échantillon de 153 mères âgées entre (19 – 48 ans) captés auprès de centres de (PMI) ayant un enfant à vacciner âgé de 18 mois.

L'enquête s'est étalée de juillet 2009 jusqu'au juin 2010.

3) - Situation et diverses enquêtes nationales réalisées sur l'allaitement en Algérie :

Il s'agit de présenter les résultats de diverses enquêtes nationales citées ci-après réalisées sur l'allaitement en Algérie :

- Enquête sur la malnutrition (protéino-énergétique) 1975,
- Enquête nationale sur la mortalité et la morbidité infantile (MMI 1985/1989),
- Enquête nationale santé 1990,
- Enquête algérienne sur la sante de la mère et de l'enfant (EASME 1992),
- Enquête MDG Algérie 1995,
- Enquête sur la sante de la famille (EASF2002),
- Enquête nationale a indicateurs multiples EDG : (MICS₃ Algérie 2006),
- Enquête CAP sur l'allaitement maternel 2010.

4) -Thèses de doctorat sur l'allaitement maternel :

Les recherches de ce type sont relativement nombreuses les plus diffusées sont :

- ❖ Profil des déshydratations aiguës 1974,
- ❖ Devenir nutritionnel de l'enfant algérien de 0 à 36 mois 1983,
- ❖ La diarrhée du jeune enfant 1985,

4)-Divers travaux sur l'allaitement à Oran : Sont multiples les plus rencontrés sont :

- Les risques du sevrage à Oran 2006/2008,
- Enquête CAP sur l'allaitement maternel chez le personnel féminin de L'EHS/ Canastel 2009.

Chapitre 2 : Cadre théorique

Ce chapitre est composé de deux sections suivantes :

Section 1 : Allaitement maternel :

Cette partie est consacrée à présenter toutes les informations possibles sur les bénéfices du lait maternel qui s'affirment importants à la santé de la mère, à la santé et développement intellectuel et physique de l'enfant ainsi que pour les familles et au bien-être de la société.

Section 2 : Evolution, Stratégies, Principes et Objectifs mondial de la pratique de l'allaitement maternel :

Cette section est consacrée à présenter les diverses étapes citées ci-après qui décrivent l'évolution, les stratégies et les objectifs de l'allaitement au sein :

- L'ère du XX^{ème} est l'époque pendant laquelle l'allaitement maternel a commencé à décliner en Europe et les premières raisons de ce déclin sont : l'industrialisation, le développement de l'urbanisation, l'augmentation des offres d'emploi, l'éclatement des structures familiales, l'absence des conjoints, les mères étaient forcées de travailler à l'extérieur et les fabricants en ont profité de la situation pour mettre sur le marché des laits artificiels qui permettaient aux femmes de ne plus allaiter au sein.
- ❖ Cette section a fait connaître que les mêmes raisons du déclin de l'allaitement en Europe sont apparues après trois quarts de siècle plus tard dans les pays en voie de développement (surtout après la seconde guerre mondiale) avec des taux très élevés de mortalité, des taux de morbidité et de malnutrition supérieurs causés par un recours très large des femmes à une alimentation artificielle inadéquate, les conséquences socio-économiques et médicales étaient lourdes à supporter au niveau des femmes, des familles et société, ce qui a engendré un véritable problème mondial de la santé publique.
- ❖ A présenter ensuite les premiers qui sont les médecins qui ont observé les premiers ravages et les dangers du biberon notamment chez les familles déshéritées, les premiers qui sont opposés et ont lancé des cris d'alarme contre l'alimentation artificielle, en raison des risques d'infection créés par des biberons difficiles à nettoyer, des ustensiles mal lavés et surtout les femmes de la classe défavorisée qui sont incapables de diluer et préparer le lait en poudre.
- ❖ L'allaitement maternel devient l'objet de plusieurs recherches, jusqu'à ce que le professeur Paul Gyorgy et le professeur Lars Hansen soient arrivés dans les années 50, puis 60 et 70 de découvrir, comprendre et affirmer peu à peu les propriétés et les

bienfaits incomparables du lait maternel, jusqu'à ce que les experts en nutrition infantile sont persuadés que l'alimentation artificielle est évitable par un simple retour à l'allaitement maternel et que le remède est à la portée de toutes les mères, sauf dans des rares cas de femmes qui ne peuvent pas nourrir au sein.

- ❖ Les dernières décennies, les recherches scientifiques et épidémiologiques affirment que le lait maternel est l'aliment sans égal pour l'enfant et l'allaitement au sein reste la pratique naturelle et normale pour nourrir le nourrisson durant les six premiers mois et dans les premières années de la vie. Les connaissances des avantages du lait maternel se précisent de jour en jour même dans les situations les plus critiques, ce qui a soulevé un mouvement mondial qui a pour objectif de protéger, soutenir et faire la promotion de l'allaitement maternel en proposant des stratégies internationales visant à ce que toutes les femmes du monde aient la possibilité d'allaiter et de prendre une décision éclairée à ce sujet après avoir reçu une information complète et à ce que les familles reçoivent le soutien et l'encouragement appropriés dans un milieu qui favorise vivement.

Chapitre 3 : Présentation de la commune d'Oran, méthodologie et analyse de l'enquête.

Ce chapitre est constitué de trois sections sont les suivantes :

Section 01 : Présentation de la commune d'Oran : Cette partie est consacrée à présenter les plus importantes caractéristiques de la ville d'Oran.

Section 02 : Méthodologie de l'enquête.

1)- Méthode de sondage et tirage de l'échantillon :

Par défaut des moyens, humain (enquêteuses), matériel (budget, transport personnel), et temps (durée limitée de l'enquête), vu que ce travail est individuel, par peur de rencontrer des contraintes antérieurement vécues avec les ménages lors le RGPH / 2008 comme le mauvais accueil et le refus de répondre, l'étude a choisi d'être effectuée au niveau des centres de protection maternelle et infantile (PMI) pour des raisons de pratique et de sécurité. Après avoir contacté les responsables de la direction de la santé et de la population (DSP) pour l'obtention de la liste des centres de protection maternelle et infantile (PMI) possibles de la commune d'Oran, l'actualisation de la cartographie sanitaire réalisé en 2008 a révélé qu'il en a au total :

Quatre établissements publics de santé de proximité (EPSP) : ces derniers comprennent un nombre déterminé de : Polycliniques, salles de soins et des services de santé publiques, à l'intérieur il y a des centres de (PMI) qui se composent des services de vaccination.

1)- EPSP d'Es-Seddikia : Comprend 17 centres de PMI dont 02 sont en réhabilités (arrêt de fonction) au moment de l'enquête, ce qui a donné 15 services de vaccination dans lesquels l'enquête s'est déroulée.

2)- EPSP de Front de mer : Se compose de 03 centres de PMI, ce qui a constitué au total 03 services de vaccination comme lieux d'enquête.

3)- EPSP de Ghoualem : Se constitue de 08 centres de PMI, et les 08 services de vaccination sont touchés par l'enquête.

4)- EPSP de Bouamama : Comprend 08 centres de PMI dont 01 centre de PMI est en arrêt de travail au moment de l'enquête, à défaut de matériel de vaccination, ce qui a permis à l'enquête d'être réalisée que dans 07 services de vaccination.

Trois établissements hospitaliers spécialisés en gynécologie obstétrique (EHS): sont des maternités qui se forment des centres de PMI, dans l'enceinte de ces derniers des services de vaccination sont les suivants :

1)- EHS du point du jour : Est une maternité qui dispose d'un centre de protection maternelle et infantile, mais le service de vaccination a été dissout car la maternité se confine d'offrir uniquement les soins prénatals et postnatals aux femmes, d'autre part elle est promue d'être une maternité amie des bébés, donc c'est une unité qui s'est échappée au sondage.

2)- EHS Hai-El- Louz (ex : Amandiers) : Est une maternité qui comprend un centre de protection maternelle et infantile, à l'intérieur il y a un service de vaccination.

3)- EHS des Pins (ex : Planteurs) : Contient un centre de protection maternelle et infantile, plus un service de vaccination.

Pour la commune d'Oran, il y a eu donc au total 35 centres de protection maternelles et infantiles comprenant des services de vaccination, vu ce nombre important et pour des raisons de faisabilité (cout élevé de l'enquête, temps limité, absence des moyens d'ordre humain et matériel), il est nécessaire à l'étude pour gagner du temps et faciliter l'opération de l'enquête de faire un choix raisonné des PMI dans lesquels l'enquête sur : l'abandon de l'allaitement maternel et son impact sur la santé de l'enfant peut s'effectuer.

2)-Méthode de sondage :

L'enquête a utilisé deux types de méthodes de sondage sont les suivantes :

1)- Sondage de grappe à deux degrés.

2)- Méthode de Jacques Bernoulli pour le tirage aléatoire des PMI.

Le premier type de sondage suppose un tirage à deux degrés sont :

1.1)- Tirage au 1^{er} degré (unités primaires) : représente l'échantillon lieu, soit le centre de protection maternelle et infantile (PMI) ayant un service de vaccination. Les probabilités de tirage doivent être égales et connues en accordant la même chance à chaque unité de sondage (unité primaire) d'appartenir à l'échantillon.

1.2)- Tirage au 2^{ème} degré (unités secondaires) : représente l'échantillon de l'étude, soit toutes les mères accompagnées par leurs enfants âgés de 18 mois venues pour les vacciner

2.1)- Choix des PMI :

Pour le premier degré du tirage, celui des PMI, il y en a 35 centres de PMI qui sont opérationnels au moment de l'enquête existants dans les quatre EPSP / deux EHS de la commune d'Oran, mais leur répartition est inégale :

15 centres PMI dans EPSP/ Seddikia,

03 centres PMI dans EPSP/ Front de mer,

08 centres PMI dans EPSP/ Ghoualem,

07 centres PMI dans EPSP/Bouamama,

01 centre PMI dans EHS/ Hai-Louz (Amandiers),

01 centre PMI dans EHS/ Les Pins (Planteurs).

Total = (15 + 03 + 08 + 07 + 01 + 01) = 35 centres PMI, le taux de sondage de 1/3 a paru plus approprié pour assurer la représentativité des PMI, de telle sorte qu'un certain équilibre soit établi entre le nombre de centres EPSP /EHS, le résultat de la division suivante constitue dans chaque EPSP le nombre de PMI à enquêter :

EPSP / Seddikia : 15 PMI x 1/3 taux de sondage = **05 PMI / lieu d'enquête.**

EPEP / Front de mer : 03 PMI x 1/3 taux de sondage = **01 PMI / lieu d'enquête.**

EPSP / Ghoualem : 08 PMI x 1/3 taux de sondage = 2.66 = **03 PMI / lieu d'enquête.**

Partant du principe théorique : tant que l'échantillon est important la marge d'erreur est faible.

EPSP / Bouamama : 07 PMI x 1/3 taux de sondage = 2.33 = **02 PMI / lieu d'enquête.**

EHS/ Hai-Louz (maternité) : **01 PMI à enquêter.**

EHS/ Les Pins (maternité) : **01 PMI à enquêter.**

2.2)- Méthode de Jacques Bernoulli :

Elle repose sur un tirage de boules dans une urne contenant des boules de deux ou plusieurs couleurs. Le résultat obtenu : la proportion d'un certain type de boules (blanches par exemple) parmi un grand nombre de boules tirées au hasard avec ou sans remise est très proche de la proportion ces mêmes boules dans l'urne. Après avoir déterminé le nombre des centres « PMI » représentatifs dans lesquels l'enquête va dérouler comme le montre le calcul ci-dessus, la méthode de Bernoulli a exigé à chaque (EPSP) de noter toutes ses unités statistiques qui sont les noms de ses PMI subordonnées dans des petits bouts de papier pliés et de les mettre dans l'urne propre à l'établissement, le tirage des PMI s'est effectué dans quatre urnes / EPSP et les bouts de papier sont tirés avec des probabilités égales et non nulles, au hasard et sans remise, cela veut dire que l'unité de sondage est exclue de la base de sondage avant de procéder à un autre tirage. La signification statistique d'une telle expérience est que les tirages des différentes unités sont dépendants puisque la probabilité de tirage d'une unité de sondage dépend des unités déjà tirées. Ce qui signifie qu'une unité de sondage ne peut appartenir qu'une seule fois à l'échantillon.

Tableau n° 1: Les PMI échantillon/EPSP-EHS selon la méthode de tirage de Jacques Bernoulli.

EPSP/EHS	PMI	proportion d'enfants
EPSP Seddikia	Polyclinique Seddikia	24
	Polyclinique Fellaoucen 2	11
	Salle de soins Bendaoued 2	6
	Salle se soins Belgaid	5
	Salle de soins Gambetta	10
TOTAL		56
EPSP-Front de mer	Miramar/J- Craft	34
TOTAL		34
EPSP-Ghoualem	Polyclinique-El-Ghoualem	10
	Lamur-El Hamri	14
	Oussama - Boulanger	4
TOTAL		28
EPSP-Bouamama	Polyclinique-Emir-Khaled	13
	SSP-Eckmuhl 1 Mairie	7
TOTAL		20
EHS -Hai- Louz	Maternité-Hai-Louz	10
TOTAL		10
EHS- les Pins.	Maternité-Pins	5
TOTAL		5
TOTAL DES TOTAUX		153

Source : enquête sur terrain.

Il s'agit d'une étude transversale a intéressé 153 mères âgées entre (19 ans-48 ans), accompagnées par leurs enfants âgés de 18 mois pour les vacciner, d'un secteur urbain de la ville d'Oran, l'étude s'est étalée de Juillet 2009 au Juin 2010, elle a permis de définir l'échantillon de l'étude et les difficultés rencontrées, l'enquête ne s'est effectuée qu'après avoir collecté suffisamment d'informations citées ci-après et comprendre le fonctionnement des services de vaccination dans chaque EPSP / EHS, à travers lequel les divers calculs sont réalisés.

Au moment de l'enquête, il s'est avéré que le vaccin est un flacon qui contient 20 doses, il ne peut être ouvert et utilisé qu'après avoir réuni 20 enfants en tous âges confondus aptes à la vaccination.

2.3)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour :

La vaccination dans la journée dépend de la fréquence des enfants en tous âges confondus qui se présentent de manière aléatoire soit : faible, moyenne ou forte au niveau des services de vaccination, vu que le produit est importé, couteux et quantifié au moment de l'usage, l'agent vaccinal ne doit et ne peut vacciner les enfants qu'après avoir rassemblé au minimum le nombre qui égal à 20 enfants, en cas ou le service reçoit moins de 20 enfants / jour la

vaccination doit être reportée, si le nombre d'enfants reçu dépasse 20 enfants sans atteindre le chiffre double qui est 40, un seul flacon doit-être utilisé, si le nombre d'enfants dépasse les 40 sans atteindre les 60 enfants deux flacons vont être utilisés, en cas ou les enfants atteignent les 60, trois flacons vont être ouverts car l'agent chargé de la vaccination est strictement recommandé à l'ouverture du flacon d'utiliser la totalité du produit sans entrainer des pertitions.

Durant la journée, le principe de travail de l'agent vaccinal repose sur la méthode de calcul suivante :

01 Flacon de vaccin = 20 dose = 20 enfants en tous âges confondus.

02 Flacons de vaccin = 40 doses = 40 enfants en tous âges confondus.

03 Flacons de vaccin = 60 doses = 60 enfants en tous âges confondus.

2.4)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine :

La vaccination des enfants en tous âges confondus se fait pendant les 5 jours suivants (dimanche, lundi, mardi, mercredi et jeudi) dans la semaine, la méthode de calcul est :

01 Flacon de vaccin = 20 doses= 20 enfants x 5 jours de vaccination = 100 enfants à immuniser / semaine.

02 Flacons de vaccin = 40doses= 40 enfants x 5 jours de vaccination = 200 enfants à immuniser / semaine.

03 Flacons de vaccin = 60doses = 60 enfants x 5 jours de vaccination = 300 enfants à immuniser / semaine.

2.5)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant le mois :

La méthode de calcul de la proportion des enfants en tous âges confondus à vacciner au cours du mois (04 semaines) est :

01 Flacon de vaccin = 100 enfants vaccinés dans la semaine x4 semaines=400 enfants à immuniser dans le mois.

02 Flacons de vaccin = 200 enfants vaccinés dans la semaine x 4 semaines=800 enfants à immuniser dans le mois.

03 Flacons de vaccin = 300 enfants vaccinés dans la semaine x4 semaines=1200 enfants à immuniser dans le mois.

2.6)-Méthode de calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois :

Au moment de la vaccination des enfants, le produit (vaccin) est utilisé pour tous les âges confondus, il est donc nécessaire de fractionner du total la portion de la population de l'étude qui s'intéresse uniquement aux enfants âgés de 18 mois. Après avoir consulté le registre du service, dans lequel l'agent vaccinal enregistre dans chaque séance de vaccination les diverses fréquences des enfants de 18 mois / jour, à travers lesquelles, l'étude en tenant compte de nombre des flacons utilisés dans chaque séance de vaccination, a calculé la fréquence moyenne de la manière suivante :

Fréquence moyenne = fréquence minimale des enfants de 18 mois dans le jour + fréquence maximale des enfants de 18 mois dans le jour / 2

Par exemple : en tenant compte de nombre de flacons de vaccin utilisés :

Fréquence minimale des enfants de 18 mois dans le jour = 08 enfants.

Fréquence maximale des enfants de 18 mois dans le jour = 16 enfants.

Fréquence moyenne = 8 + 16 = 24 / 2 = 12 enfants âgés de 18 mois aptes à la vaccination / jour.

Vu que la proportion des enfants âgés de 18 mois sont moindres par rapport aux autres, sont difficiles à les réunir, les agents chargés de la vaccination ont consacré des jours de réception spécialement pour immuniser les enfants de 18 mois, ces jours se varient selon l'importance de diverses fréquences des enfants dans les PMI qui sont :

01 Jour pour des centres de PMI ou la fréquence de la population de l'étude est faible durant la semaine.

02 Jours pour des centres de PMI ou la fréquence de la population cible est moyenne durant la semaine.

03 Jours pour des centres de PMI ou la fréquence des enfants âgés de 18 mois est importante au cours de la semaine.

2.7)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine :

La méthode de calcul de la proportion des enfants âgés de 18 mois à vacciner selon les jours choisis dans la semaine est la suivante:

La fréquence moyenne (à multiplier) par le nombre des jours choisis dans la semaine = proportion des enfants âgés de 18mois immunisés au cours de la semaine.

D'après l'exemple précédemment cité :

La fréquence moyenne= 12 enfants.

S'agissant d'un jour de vaccination choisi dans la semaine le calcul est :

12 enfants x 01 jour = **12** : proportion des enfants à immuniser.

S'agissant de deux jours de vaccination choisis dans semaine le calcul est :

12 enfants x 02 jours = **24** : proportion des enfants à immuniser.

S'agissant de trois jours de vaccination choisis dans la semaine le calcul est :

12 enfants x 03 jours = **36** : proportion des enfants à immuniser.

2.8)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois :

Cette méthode repose sur le modèle de calcul suivant :

La proportion des enfants âgés de 18 mois immunisés dans la semaine (à multiplier) par 04 semaines (mois) = la proportion des enfants âgés de 18 mois immunisés durant le mois, ces

proportions calculées au sein des PMI / mois, représentent l'échantillon qui se constitue des petits n , dont leur somme a permis le calcul de la population totale d'un EPSP = le grand (N). Le modèle de calcul d'un mois est :

$$n_1 = 12 \times 04 \text{ semaines} = 48 \text{ enfants à vacciner dans la PMI}_1.$$

$$n_2 = 24 \times 04 \text{ semaines} = 96 \text{ enfants à vacciner dans la PMI}_2.$$

$$n_3 = 36 \times 04 \text{ semaines} = 144 \text{ enfants à vacciner dans la PMI}_3.$$

$$\Sigma (n_1 + n_2 + n_3 + \dots + n_i) = N.$$

$$48 + 96 + 144 = 288$$

La taille de l'échantillon à enquêter, a consisté d'abord de calculer dans chaque centre de PMI un pourcentage des enfants âgés de 18 mois fréquentant le service de vaccination, ce dernier est calculé de la façon suivante :

n_i = l'échantillon calculé dans chaque PMI.

N = la population totale de l'étude qui est la somme des petits n_i .

Le pourcentage calculé : (%) = n / N .

Toujours selon l'exemple déjà donné :

$$\text{PMI}_1 = 48 (n) / 288 (N) = \mathbf{0.1666\%}.$$

$$\text{PMI}_2 = 96 (n) / 288 (N) = \mathbf{0.3333\%}.$$

$$\text{PMI}_3 = 144 (n) / 288 (N) = \mathbf{0.5\%}.$$

Dans cette enquête, vu que l'effectif de la population (N) est variable entre les EPSP, l'étude a fixé un taux de sondage uniforme de (1/5), pour assurer une répartition optimale et représentative de l'échantillon de l'enquête dans chaque EPSP, ce dernier est calculé :

Taux de sondage : 1/5.

$$N = 288$$

$$288 \times 1 / 5 = 57.6 = 58$$

La taille de l'échantillon d'un(EPSP) est : $n = 58$.

Ainsi, les résultats obtenus aux quatre EPSP seront à multiplier le taux de sondage calculé dans chaque EPSP par les pourcentages calculés dans chaque PMI pour avoir enfin la proportion finale d'enfants de 18 mois à enquêter par PMI.

L'exemple précédemment cité, présente le modèle de calcul des proportions finales d'enfants de 18 mois à étudier :

PMI_i = le pourcentage calculé (à multiplier) par le taux de sondage = proportion finale à enquêter.

$$\text{PMI}_1 = 0.1666 \times 58 = \mathbf{10 \text{ enfants âgés de 18 mois à enquêter.}}$$

$$\text{PMI}_2 = 0.3333 \times 58 = \mathbf{19 \text{ enfants âgés de 18 mois à enquêter.}}$$

$$\text{PMI}_3 = 0.5 \times 58 = \mathbf{29 \text{ enfants âgés de 18 mois à enquêter.}}$$

3)- Etablissement hospitalier spécialisé en gynécologie obstétrique de Hai Louz :

3.1)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour :

02 Flacons de vaccin sont ouverts = 40 doses = 40 enfants à vacciner dans le jour.

3.2)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine :

La proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés dans le jour (à multiplier) par 05 jours de la semaine = la proportion des enfants à vacciner dans la semaine.

40 enfants x 05 jours = 200 enfants à vacciner.

3.3)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant le mois :

200 enfants x 04 semaines = 800 enfants à vacciner.

3.4)-Méthode de calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois :

Fréquence moyenne = 06 enfants âgés de 18 mois.

3.5)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine :

Jours choisis dans la semaine = 02.

06 enfants vaccinés dans le jour x 02 jours choisis dans la semaine = 12 enfants à vacciner.

3.6)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois :

12 enfants vaccinés dans la semaine x 04 semaines = 48 enfants.

3.7)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois à enquêter dans la PMI :

48 Enfants immunisés dans le mois x 1/5 le taux de sondage = 9.6 = **10 enfants à enquêter.**

4)- Etablissement hospitalier spécialisé en gynécologie obstétrique des Pins :

4.1)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés pendant le jour :

02 Flacons de vaccin sont ouverts = 40 doses = 40 enfants à vacciner dans le jour.

4.2)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant la semaine :

La proportion des enfants en tous âges confondus vaccinés dans le jour (à multiplier) par 05 jours de la semaine = la proportion des enfants à vacciner dans la semaine.

40 enfants x 05 jours = 200 enfants à vacciner.

4.3)- Méthode de calcul des enfants en tous âges confondus vaccinés durant le mois :

200 enfants x 04 semaines = 800 enfants à vacciner.

4.4)- Méthode de calcul de la fréquence moyenne des enfants âgés de 18 mois :

Fréquence moyenne = 03enfants âgés de 18 mois.

4.5)-Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés lors des jours choisis dans la semaine :

Jours choisis dans la semaine = 02.

03 Enfants vaccinés dans le jour x 02 jours choisis dans la semaine = 06 enfants à immuniser.

4.6)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois vaccinés durant le mois :

06 enfants vaccinés dans la semaine x 04 semaines = 24 enfants.

4.7)- Méthode de calcul de la proportion des enfants de 18 mois à enquêter dans la PMI :

24 Enfants immunisés dans le mois x 1/5 le taux de sondage = 4.8 = **05 enfants à enquêter.**

Section 03 : Analyse de l'enquête.

Elle comprend l'analyse statistique des plus importantes variables qui peuvent influencer la pratique de l'allaitement des neuves rubriques utilisées dans le questionnaire de l'enquête de l'abandon de l'allaitement et son impact sur la santé de l'enfant.

Conclusion générale et recommandations :

Le but de l'étude est d'obtenir un tableau objectif sur l'abandon de l'allaitement maternel et son impact sur la santé de l'enfant. Les informations de l'enquête ont été collectées auprès des mères âgées entre 19 et 48 ans dont leurs enfants sont âgés de 18 mois et qui se présentent au niveau des centres de protection maternelle et infantile "PMI" des quatre établissements publics de santé de proximité (EPSP) et deux établissements hospitaliers spécialisés en gynécologie obstétrique (EHS), de la commune d'Oran, pour le rappel de vaccin : D.T.C.P. (contre la diphtérie, tétanos, coqueluche, et, poliomyélite).

Les neuve (09) rubriques (citées ci-après) que l'enquête a utilisé pour la collecte des informations ont permis d'obtenir des résultats (cités ci-après) qui confirment effectivement les quatre hypothèses de l'étude :

1)- Première rubrique : Les caractéristiques de l'habitat et du ménage :

51,63% des enquêtées habitent dans des immeubles.

Le nombre moyen de pièces calculé par logement est de 03 pièces.

Le nombre moyen de ménages dans le logement est de 1.32.

Le nombre moyen de familles dans le logement est de 1.78.

La plupart des ménages se constituent de 05 et 06 personnes.

60.13% des femmes vivent avec d'autres personnes dont :

54.90% d'enquêtées habitent avec la belle-famille,

5.23% habitent avec la famille de l'enquêtée.

39.87% des femmes vivent indépendamment.

53.59% des enquêtées font entre 1 à 3 kilomètres pour accéder à une structure de santé.

Distance moyenne entre le domicile et la structure de santé est de 02 kilomètres.

En dépit de l'amélioration des caractéristiques de l'habitat et du ménage par rapport au passé, malgré la cohabitation demeure présente dans la ville d'Oran, l'enquête conclut que ces dernières n'ont joué aucun rôle significatif dans la poursuite de l'allaitement au sein même pas la durée optimale.

2)- Deuxième rubrique : Les caractéristiques démographiques de la mère :

L'âge moyen des femmes enquêtées est de 33.59 ans.

95.42% la plupart des femmes enquêtées sont mariées.

41.18% la plupart des femmes enquêtées ont un niveau d'instruction secondaire.

52.94% la majorité des femmes sont au foyer sans activité.

79.17% la majorité des enquêtées sont des salariées permanentes.

Le revenu mensuel moyen des femmes est de 28.800 DA.

Les variables démographiques et socio-économiques s'avèrent assez bonnes et révèlent que les femmes ont un bon niveau d'instruction qui peut les aider à allaiter, mais l'évolution de la position de la femme dans la société (travail professionnel) d'autre part, le volume des tâches à l'intérieur du domicile, ont poussé les femmes d'abandonner l'allaitement, notamment le sein exclusif.

3)-Troisième rubrique : Les caractéristiques démographiques du mari :

33.33% la plupart des époux ont un niveau d'instruction moyen.

32.68%, des époux ont un niveau d'instruction secondaire.

94.12% la majorité des époux sont occupés.

Le revenu mensuel moyen des maris est de 37.910 DA.

Quant aux variables sociodémographiques et économiques du mari s'annoncent plus bonnes, seulement elles n'ont pas rempli le devoir d'aider les femmes à pratiquer de manière plus longue l'allaitement au sein.

4)-Quatrième rubrique : Les caractéristiques concernant la vie génésique de la mère :

71.90% la plupart des femmes interrogées sont des multipares.

Le nombre moyen des naissances en vie est de 2.29 enfants /femme.

56.9% la plupart des femmes souhaitent d'avoir un autre enfant.

38.6% ne désirent plus en avoir.

4.6% sont indécises.

47.1% des femmes pensent allaiter leur futur enfant au sein jusqu'à l'âge de 06 mois.

36.8% pensent le nourrir au sein entre (07mois à 12 mois).

9.2% souhaitent le faire entre (13 mois à 18 mois).

4.6% des enquêtées pensent donner le sein entre (19 mois à 24 mois).

2.3% pensent à ne pas allaiter.

La durée moyenne de l'allaitement des futurs enfants est de 1.80 mois.

30.7% des femmes pensent que deux ans est la durée qu'il faut pour mieux allaiter.

27.5% pensent que trois ans est le temps qu'il faut entre deux naissances pour allaiter.

26.1% des femmes pensent qu'il faut plus de trois ans.

15.7% pensent qu'un an est le temps suffisant pour nourrir le bébé au sein.

Dans cette rubrique, il y a quelques variables s'avèrent satisfaisantes comme : 71.90% la majorité des enquêtées sont des multipares qui veut dire qu'elles ont une expérience antérieure ou un aperçu sur la nutrition adéquate de l'enfant, plus ont un nombre réduit que « deux enfants » en charge. La plupart des femmes souhaitent d'avoir un autre enfant. Cependant d'autres variables s'annoncent préoccupantes, telles : 47.1% la majorité des femmes pensent allaiter leur futur enfant au sein seulement jusqu'à l'âge de 06 mois, 9.2% peu de femmes souhaitent le faire entre (13 mois à 18 mois), 4.6% des enquêtées pensent donner le sein entre (19 mois à 24 mois) et 2.3% pensent à ne pas allaiter. Ce qui est plus inquiétant la durée moyenne de l'allaitement des futurs enfants qui est de 1.80 mois. Les résultats de ces variables n'ont pas influencé également les mères à prolonger leur pratique d'allaitement.

5)- Cinquième rubrique: Le rôle de l'information médicale pendant des visites prénatales des mères en matière d'allaitement au sein :

99.3% des femmes ont pratiqué des consultations prénatales.

Le nombre moyen de consultations prénatales atteint les 5.28 examens.

42.1% la plupart des femmes ont effectué des visites prénatales auprès d'un cabinet médical privé.

36.8% des femmes sont examinées dans un cabinet médical privé et dans un centre de santé (PMI).

19.7% ont effectué leurs contrôles dans un centre de santé (PMI).

38.8% des femmes ont été suivies exclusivement par un gynécologue.

36.8% des femmes ont été examinées par un gynécologue et une sage-femme.

19.7% des femmes ont été consultées par une sage-femme.

4.6% ont été examinées par un médecin généraliste.

61.44% des enquêtées déclarent que le « milieu familial » est la source principale d'information sur l'allaitement au sein.

4.58% des femmes déclarent que la « religion musulmane » est la source d'information.

0.65% de femme avoue que les « médias » et le même pourcentage déclare que « voisins / amies » constituent deux sources négligeables d'information en matière d'allaitement.

51.3% des femmes ont reçu des informations sur l'allaitement au cours de leur grossesse.

58.97% des femmes avouent avoir l'information suivante « l'allaitement est un bienfait sur la santé de l'enfant et de la mère ».

17.95% des femmes ont l'information que « l'allaitement est un bienfait sur la santé de l'enfant ».

15.38% ont reçu l'information que « l'allaitement est un bienfait psychologique à l'enfant ».

7.69% ont l'information que « l'allaitement est un bienfait sur la santé de la mère ».

99.34% l'écrasante majorité des femmes n'ont pas reçu une préparation physiologique durant les soins prénatals.

Il semblerait que le rôle de l'information médicale pendant les visites prénatales se confine à suivre l'évolution de la grossesse sans trop approfondir le sujet d'allaitement, voire les femmes enceintes ne s'intéressent même pas à questionner le prestataire de santé sur ce sujet. Ce comportement de négligence de la part du corps médical décourage de manière forte le bon démarrage et la poursuite de l'allaitement au sein.

6)- Sixième rubrique : Comportement des mères et les pratiques d'allaitement après l'accouchement et les soins postnatals.

44.44% la plupart des enquêtées ont accouché dans des maternités (EHS).

35.29% ont accouché à l'hôpital.

15.69% ont accouché dans une clinique privée.

4.58% ont accouché à domicile avec assistance.

44.44% des femmes ont été assistées par une sage-femme pendant l'accouchement.

28.76%, ont été assistées par un gynécologue obstétricien.

13.07% ont été assistées par une sage-femme et médecin stagiaire.

4.58% ont été assistées à domicile par une sage-femme traditionnelle (qabla).

49.3% des femmes ont jugé que la qualité d'assistance en lieu d'accouchement n'est pas tellement satisfaisante.

32.9% ont jugé qu'il n'y-a aucune qualité d'accueil hospitalier.

15.1% des femmes ont jugé la qualité d'assistance est assez satisfaisante.

2.7% une minorité a avoué que la qualité d'assistance est très satisfaisante.

60.13% des enquêtées ont fait un accouchement normal.

16.34% des femmes ont accouché avec une césarienne non programmée.

9.15% ont accouché avec une césarienne programmée.

14.38% des femmes ont eu un accouchement difficile.

58.17% des enfants de 18 mois sont de sexe masculin.

41.83% des enfants de 18 mois sont de sexe féminin.

65.4% des nouveau-nés sont nés avec un poids normal.

22.9% des nouveau-nés sont nés avec un poids supérieur.

11.8% des bébés sont nés avec un poids inférieur.

Le poids moyen à la naissance de l'échantillon est de 2.11 kilogrammes.

58.8% des nouveau-nés sont placés dans le même lit de leur mère.

28.1% sont placés dans un autre lit mais dans la même pièce.

13.1% sont mis dans une autre pièce.

64.7% des femmes connaissent que l'allaitement est un meilleur aliment pour la croissance de l'enfant.

21.6% des femmes savent que l'allaitement constitue des échanges psychoaffectifs intenses entre la mère et le nouveau-né.

4.6% des femmes ne connaissent aucun bienfait de l'allaitement sur la santé de l'enfant.

3.9% des femmes sont au courant que le lait au sein préserve contre les affections et les infections infantiles.

2.6% des femmes connaissent que l'allaitement préserve contre la diarrhée et contre l'allergie.

52.29% des femmes ne savent pas que l'allaitement au sein a des bienfaits sur la santé de la mère.

40.52% des femmes connaissant que l'allaitement réduit le risque de cancer du sein.

3.27% des enquêtées connaissent que l'allaitement réduit le cancer du sein et de l'ovaire.

1.96% des mères connaissent que l'allaitement a un effet contraceptif, peut réduire le cancer du sein et de l'ovaire.

1.31% deux femmes connaissent que l'allaitement a un effet contraceptif, diminue la perte de sang postpartum et réduit le cancer du sein et de l'ovaire.

0.65% connaît que l'allaitement a un effet contraceptif et réduit le cancer du sein.

85.1% des femmes ont allaité au sein après l'accouchement sans être aidées (par leur propre gré).

6.1% les parts respectives des personnes de la famille du mari et de la femme qui l'ont poussée à allaiter.

2.6% des femmes ont allaité par l'appui du personnel de santé.

90.4% des femmes ont allaité au sein tout-juste après leur accouchement.

9.6% des femmes n'ont pas allaité au sein tout-juste après leur accouchement.

46.6% des enquêtées ont allaité au sein après les (3 à 6 premières heures) de leur accouchement.

20.4% des femmes ont allaité au sein après les (6 à 12 heures) de la naissance du bébé.

15.5% des femmes ont nourris au sein après (2 à 3 heures).

13.6% des femmes ont allaité au sein après (1 à 2 heures) de la naissance du bébé.

2.9% ont immédiatement allaité au sein dans les (30mn à 1 heure) après l'accouchement.

1% de la population étudiée a allaité immédiatement dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement.

36.8% de nouveau-nés ont consommé uniquement de la tisane tout-juste après la naissance.

21.1% des bébés ont consommé de la tisane et du miel pur avant le lait au sein.

18.4% des bébés ont pris du miel pur immédiatement après leur naissance.

12.3% ont consommé de l'eau sucrée et de la tisane avant le colostrum.

7% ont pris de l'eau sucrée suite à l'accouchement.

4.4% de nouveau-nés n'ont rien consommé.

67.81% des enquêtées ont séjourné en milieu assisté pendant 02 jours révolus.

20.55% ont séjourné pendant 04 jours et au delà en milieu hospitalier.

5.48% des femmes ont demeuré 03 jours.

4.11% ont eu une durée de séjour de 04 jours révolus.

2.05% des enquêtées ont passé une durée de moins d'un jour en lieu d'accouchement.

La durée de séjour moyenne de l'échantillon est de 2.73 jours.

55.48% des femmes n'ont pas reçu des informations sur l'allaitement au sein après leur accouchement.

40.41% des enquêtées ont reçu des informations pas tellement importantes.

4.11% ont reçu des informations assez satisfaisantes.

Aucune enquêtée n'a répondu avoir reçu une ou des informations très satisfaisantes en matière d'allaitement.

100% des bébés nés dans des lieux médicalisés (étatique ou privé) ont reçu systématiquement une consultation pédiatrique, mais sans proposer à leurs mères de les allaiter au sein exclusif et pendant les 06 premiers mois, quelque soit la durée de séjour de celles-ci.

31.37 % des femmes après leur sortie, ont fait un autre examen médical chez un pédiatre privé sans être recommandées d'allaiter au sein exclusif pendant les six premiers mois quelque soit le lieu d'accouchement (à domicile ou autre).

68.63 % des femmes n'ont pas fait un autre examen.

67.32 % des femmes ont fait une consultation pré-vaccinale au niveau de la (PMI) sans être incitées à allaiter au sein exclusif.

32.68 % des enquêtées n'ont pas reçu une visite pré-vaccinale.

71.24 % la plupart des nouveau-nés sont allaités au sein immédiatement après leur naissance pendant le séjour hospitalier dont :

52.94 % des bébés ont reçu un allaitement au sein avec d'autres liquides,

18.30 % sont nourris au sein exclusif.

15.03% des nouveau-nés qui sont allaités au mixte dont :

14.38% sont nourris au mixte plus d'autres liquides,

0.65% sont alimentés au mixte exclusif.

9.15 % des nouveau-nés nourris au biberon plus d'autres liquides

4.58 % des nouveau-nés n'ont rien reçu pendant le séjour hospitalier.

74.51% des femmes allaitent au sein après leur retour à la maison.

15.03% des femmes allaitent au mixte.

10.46% des femmes allaitent artificiellement.

Le nombre moyen de tétées par 24 heures est de 10.55 pendant les premiers mois.

Les fréquences de tétées d'allaitement les plus élevées comprennent 8, 10 et 12 tétées / 24 heures soit respectivement 14%, 21.1% et 21.9%.

61.40% des enquêtées allaitent selon les besoins de l'enfant.

23.68% des femmes nourrissent leur enfant toutes les deux heures.

14.91 % allaitent les bébés après chaque trois heures.

60.53 % des enquêtées ont moins de 20 minutes pour allaiter au sein.

19.30 % des femmes ont entre (20 à 45 minutes) pour nourrir le bébé au sein.

15.79 % ont entre (45 mn à 60 mn) pour allaiter.

4.39 % ont pour (60 mn et plus) pour donner le sein à l'enfant.

72.81 % avouent n'avoir complètement pas pratiqué l'allaitement exclusif.

19.30 % des enquêtées déclarent l'avoir maintenu pendant moins d'une semaine.

7,02 % ont donné un allaitement exclusif entre 07 à 14 jours.

0.88 % a nourri le bébé de lait au sein exclusif jusqu'à 28 jours.

L'âge moyen du maintien de l'allaitement exclusif atteint seulement les 7.64 jours.

35,96 % des enquêtées ont maintenu l'allaitement au sein jusqu'à 01 mois.

15.79 % ont maintenu l'allaitement jusqu'à 02 mois.

23.68 % ont pratiqué l'allaitement jusqu'à 03 mois.

3.51 % ont allaité jusqu'à 06 mois.

8.77% ont maintenu l'allaitement au sein jusqu'à 18 mois.

L'âge moyen de l'échantillon du maintien de l'allaitement au sein (sevrage) est de 3.78 mois.

45.36% des femmes déclarent que l'insuffisance de lait est la cause principale d'avoir arrêté d'allaiter avant les 06 premiers mois.

38.14% des femmes accusent la reprise de l'activité professionnelle.

6.19% des femmes accusent la croissance insuffisante de l'enfant et les problèmes de sein sont en causes de l'arrêt précoce de l'allaitement.

4.12% des femmes invoquent l'état de santé de la mère est la raison pour laquelle ont arrêté d'allaiter avant les six premiers mois.

37.50% des femmes ont avoué que la première raison de non- allaitement est "l'absence de montée laiteuse".

31.25% des enquêtées ont déclaré qu'elles n'ont pas désiré allaiter au sein.

18.75% ont avoué que la raison de leur non-allaitement est le "stress".

12.50% ont déclaré que les problèmes de sein sont les raisons de leur non-allaitement.

32.68% des enquêtées ont avoué que l'âge de l'enfant à l'introduction d'eau est moins d'une semaine.

32,03% des femmes l'ont introduite à quelques heures après la naissance du bébé.

28.10% celles qui l'ont donnée dans les 24 heures.

6.54% ont donné l'eau entre 1 à 2 semaines.

0.65% une femme l'a introduite au bébé entre 3 à 4 semaines.

L'âge moyen à l'introduction d'eau est de 2.16 jours.

63.4% des femmes ont donné de la tisane quelques heures après la naissance des bébés.

19.6% des mères ont donné au bébé de la tisane dans moins d'une semaine.

9.8% l'ont donnée entre 1 à 2 semaines après la naissance.

6.5% l'ont introduite dans les 24 heures.

0.7% une seule femme l'a donnée entre 3 à 4 semaines.

L'âge moyen à l'introduction de la tisane est de 1.78 jour.

62.7% la majorité des femmes ont donné de jus aux bébés à l'âge de 03 mois.

L'âge moyen à l'introduction de jus est de 4.33 mois.

57.5% la plupart des enquêtées ont commencé tôt à donner aux bébés des semi-solides.

L'âge moyen à l'introduction des semi-solides est de 3.58 mois.

54.8% plus de la moitié des femmes ont introduit des aliments solides à 05 mois.

L'âge moyen de l'échantillon à l'introduction des solides est de 5.37 mois.

36.6% des femmes ont commencé à donner de nourriture familiale aux bébés à l'âge de 10 mois

L'âge moyen à l'introduction de nourriture familiale est de 9.74 mois.

32.68% des enquêtées commencent à diversifier l'alimentation de leurs bébés selon leurs propres connaissances.

27.45% ont diversifié par l'intermédiaire du personnel de santé pendant les périodes de vaccination.

20,26% ont introduit d'autres aliments en faisant recours au carnet de santé de l'enfant.

76.6% des femmes ont sevré leurs bébés de manière brutale.

23.4% ont sevré de manière progressive.

52.6% des enquêtées ont révélé que "le lait maternel insuffisant" est le principal motif de l'arrêt de l'allaitement au sein.

25.5% des femmes ont arrêté de nourrir au sein, le motif en cause est la reprise de l'activité professionnelle.

31.2% des enquêtées ont commencé à nourrir leurs bébés des laits pour adultes à l'âge de 13 mois.

18.1% l'ont donné à 12 mois.

15.2% des femmes ont introduit les laits pour adultes à l'âge de 10 mois.

11.6% celles qui l'ont proposé à partir de l'âge de 11 mois.

L'âge moyen à l'introduction des laits pour adultes est de 11.07 mois.

75.2% des enquêtées ont répondu (oui) leurs enfants souffrent d'une affection à répétition.

24.8% des femmes ayant répondu (non).

40% des enfants souffrent de l'allergie.

26.1% des enfants souffrent de la bronchite.

17.4% des enfants se plaignent de la rhino-pharyngite.

9.6% ont l'asthme.

7% des enfants ont de la diarrhée.

51% des enfants ont un poids normal par rapport à l'âge de 18 mois.

28.8% des enfants ont un poids supérieur à l'âge actuel.

20.3% ont un poids inférieur à l'âge.

De manière générale, les résultats obtenus dans ce chapitre ont justifié de manière claire le rôle négatif des variables traitées dans la réalisation d'un allaitement optimal et sa poursuite pendant des périodes plus longues. Parmi ces variables qui ont contribué à cet échec par exemple, le comportement de désintéressement général du corps médical vis-à-vis le sujet de l'allaitement, notamment l'absence d'orientation et de soutien du personnel de santé au départ de la naissance des bébés, autrement dit pas de support dans des centres d'accouchement ni dans les services de soins. Ceci revient au manque du personnel qualifié en matière d'allaitement et à l'effectif important des femmes en couches. D'autre part, beaucoup de femmes commencent à diversifier précocement. Ceci tient au désarroi de femmes isolées chez elles et la majorité sont livrées à elles-mêmes au retour de la maternité et sont les seules responsables de la nutrition du bébé avec des connaissances insuffisantes, erronées et généralement sont issues des croyances de longue date qui finissent à les amener à se réfugier à la diversification tôt, inappropriée et donnée après avoir sevré de manière brutale l'enfant au sein. En outre, l'apparition de multitudes problèmes de santé telle la morbidité infantile qui est la première conséquence de l'abandon de la pratique de l'allaitement au sein et à la diversification alimentaire précoce et inadéquate.

7) – Septième rubrique : La contraception et les pratiques d'allaitement au sein:

84.2% des femmes pensent que l'allaitement exclusif ne peut espacer les naissances.

100% des femmes en lieu d'accouchement ont reçu une ordonnance prescrite de contraception adaptée à l'allaitement.

87.7% des femmes ont utilisé la pilule adaptée à l'allaitement juste après l'accouchement.

12.3 % ne l'ont pas utilisée.

45% des femmes ont utilisé la pilule adaptée au lait maternel au cours d'un mois.

24% des enquêtées l'ont suivie pendant 02 mois.

23% l'ont utilisée jusqu'à 03 mois.

La durée moyenne de suivie de la pilule adaptée à l'allaitement est de 2.18 mois.

91.5% des femmes ont changé la pilule adaptée à l'allaitement en faisant recours à la pilule à deux hormones pendant les six premiers mois

7.4% des femmes ont fait recours aux préservatifs.

1.1% part qui a transité vers une autre pilule adaptée à l'allaitement.

74.5% des enquêtées ont changé de contraception de leur propre initiative.

17% des femmes l'ont changée après un avis médical.

8.5% ont fait recours chez un pharmacien.

35.7% des femmes n'ont pas employé la contraception donnée en maternité à cause de leur veuvage.

28.6% des enquêtées ne l'ont pas employée parce qu'elle est micro-dosée : « contraception à risque ».

14.3% des femmes sont en période d'aménorrhée « pas de retour des règles », d'autres sont divorcées.

7.1% la part qui n'a utilisé aucune contraception à cause de l'absence longue du mari.

62.7% la majorité des femmes qui utilisent actuellement la pilule qui est considérée la plus fiable des moyens contraceptifs.

La recherche a constaté que la majorité des femmes ont utilisé précocement la contraception à deux hormones de leur propre initiative sans se prêter attention à l'effet nuisible sur la croissance du bébé, sur le volume et la qualité du lait, aucune femme n'a utilisé la méthode d'aménorrhée due à l'allaitement alors que cette dernière est un moyen contraceptif naturel et adéquat à l'allaitement au sein pour sa durée optimale puis idéale.

8) –Huitième rubrique : Travail professionnel de la femme et l'allaitement :

76.4% des femmes travaillent dans le secteur public.

23.6% des femmes travaillent dans le secteur privé.

81.9% des femmes sont affiliées à une caisse de sécurité sociale.

18.1% ne sont pas affiliées.

86.4% des femmes sont totalement remboursées pour leur frais occasionnés à la grossesse et l'accouchement.

10.2% sont remboursées que de la moitié.

3.4% la part qui n'a pas été remboursée.

76.4% des enquêtées ont bénéficié d'un congé de maternité juste après la naissance du bébé.
23.6% la part qui n'a pas bénéficié.

29.1% des femmes ont prolongé leur congé de maternité.

70.9% des femmes n'ont pas prolongé.

50% de la population enquêtée a prolongé le congé dans le but de récupérer.

31.3% des femmes ont prolongé la durée de congé à cause de l'état de santé de l'enfant et pour récupérer.

12.5% ont prolongé pour l'état de santé de l'enfant.

6.3% des femmes ont prolongé pour pratiquer l'allaitement.

79% des femmes ont bénéficié d'heures d'allaitement.

21% n'ont pas bénéficié.

100% des femmes ne sont pas satisfaites du temps consacré à l'allaitement au niveau des lieux de travail.

L'abandon de la pratique de l'allaitement est la conséquence de changement du comportement de la femme à cause de l'évolution de sa position dans la société, actuellement beaucoup de femmes travaillent pour des besoins socioéconomiques et passent la plupart de leur temps à l'extérieur séparées de longues durées de leur bébé, ce qui a rendu la poursuite de l'allaitement impossible, alors que L'OMS et d'autres organismes ont prévu cette situation et ont proposé des programmes qui comprennent des plans d'action ou des stratégies qui facilitent et rendre la pratique d'allaitement possible quelque soit la situation dans laquelle se trouvera la femme. Malheureusement chez nous les milieux professionnels dans lesquels travaillent les femmes manquent énormément de compréhension vis-à-vis la femme allaitante, pas un endroit intime (chambre) pour l'allaitante, pas de matériel ni d'heures de pause pour extraire et conserver le lait de la femme, pas de crèches près du lieu du travail et pas de congé de maternité long favorisant plus ou moins la pratique de l'allaitement optimal.

9)- Neuvième rubrique : Opinions :

98.25% ont répondu (**non**) le lait au sein ne peut-être conservé.

1.75% des femmes ont répondu (**oui**) le lait au sein peut-être conservé.

Deux(02) femmes connaissent une des conditions de la conservation de lait au sein:(**réfrigérateur**).

Aucune femme ne connaît le temps de conservation de lait au sein.

56.1% des enquêtées pensent qu'une meilleure pratique d'allaitement dépend de la volonté de la femme allaitante.

69.4% des femmes avouent que leurs maris ont une attitude " d'indifférence " vis-à-vis leur pratique d'allaitement.

44.8% des femmes déclarent que la pratique de l'allaitement dépend de la relation entre les personnes qui habitent avec elle.

67.3% des femmes pensent que la majorité des femmes sont conscientes des bienfaits de l'allaitement au sein.

48.4% des femmes font recours à l'allaitement au biberon pour être plus libre et pour l'esthétique mammaire.

50.3% des femmes voient qu'il est nécessaire de dégager une stratégie au niveau de : la famille, de la santé publique et du gouvernement.

Les variables de cette rubrique "opinions" ont également contribué de manière claire et directe à l'échec de la pratique prolongée de l'allaitement au sein. Parmi ces variables : pas plus de deux femmes qui connaissent que le lait de la femme peut-être conservé mais aucune ne connaît le temps de sa conservation, plus de la moitié des enquêtées pensent que la meilleure pratique d'allaitement dépend de la volonté de la femme allaitante, mais la majorité d'elles sont privées des informations éclairées, scientifiquement actualisées, d'un support au foyer dont 69.4% des femmes avouent que leurs maris ont une attitude " d'indifférence " vis-à-vis leur pratique d'allaitement, 44.8% pensent aussi que la réussite de la pratique de l'allaitement dépend de la qualité de relation entre les personnes avec qui elle habite. Malgré que la majorité des femmes (67.3%) soient conscientes des bienfaits de l'allaitement au sein, cette conscience ne les empêche pas de faire recours à l'allaitement au biberon tout en quittant tôt la pratique de l'allaitement au sein pour être plus libre et pour l'esthétique mammaire. En dernier la plupart des femmes voient qu'il est nécessaire de dégager une stratégie au niveau familial, au niveau de la santé publique et à l'échelle gouvernementale pour qu'elles soient mieux aidées dans leur pratique d'allaitement.

Recommandations :

L'abandon de la pratique de l'allaitement au niveau international et national est la conséquence du développement industriel qui s'est accompagné d'un changement le plus important du comportement humain que connaît l'histoire.

De manière globale, quant à Oran, la présente recherche a conclu que tous les facteurs cités et étudiés à travers les diverses rubriques du questionnaire tels : le développement urbain à Oran, l'insuffisance des connaissances des mères, leur évolution dans la société leur sortie vers le secteur professionnel, l'attitude d'indifférence de leur famille en particulier de leur époux, le rôle négatif des maternités et de l'enseignement médical pendant les visites prénatales, l'accouchement, l'absence du devoir d'informer les femmes dans les centres de PMI durant les soins postnatals sur les avantages et l'importance d'allaiter sont toutes des causes qui ont joué un rôle direct ou indirect sur le déclin précoce de l'allaitement maternel.

Devant cette situation dramatique de la pratique courte de l'allaitement au sein à Oran et pour cerner ces facteurs en causes, il est impérativement nécessaire de dégager une stratégie

proprement dite locale pour pouvoir encourager et soutenir les oranaises à allaiter plus longtemps possible pour l'intérêt général de la santé publique et pour enfin garantir une qualité de population à Oran. Cette stratégie se joue sur plusieurs niveaux :

1)-Pendant la grossesse : dans les lieux où les femmes suivent l'évolution de leur grossesse, un véritable enseignement peut se faire à la future mère allaitante avec comme objectif de :

- ❖ Démontrer les avantages du lait de la femme.
- ❖ Lutter contre les idées erronées concernant l'allaitement.
- ❖ Parler de l'allaitement et de l'hygiène de vie des futures mamans.
- ❖ Examiner les seins de la future mère.
- ❖ Initier la femme à la technique de l'allaitement.

2)-A la naissance : au moment de la naissance du bébé, il faut s'assurer d'un(e) :

- ❖ Accouchement en milieu médicalisé.
- ❖ Architecture des maternités adaptée (hôpital ami des bébés).
- ❖ Sensibilisation et communication objective du personnel de santé.

3)- Au domicile : repose sur les programmes de soutien à l'allaitement qui comprennent la période de la naissance et celle du retour à la maison consiste à la :

- ❖ Préparation de l'environnement (rôle du mari et d'autres membres de la famille).
- ❖ Sensibilisation des médecins : le médecin doit- être formé à écarter les sevrages injustifiés pour certains troubles chez l'enfant tels : les diarrhées, vomissements, coliques, éruptions...ou en cas des affections bénignes et au moment de l'allaitement, quand est la prise des médicaments peut-être permise, suspendue temporairement ou arrêtée définitivement.
- ❖ Bonne assistance de la part des conseillères en cas où la mère allaitante rencontre des difficultés au moment d'allaitement.
- ❖ Implantation des crèches près du lieu du travail.

4)- Au niveau de la société : comprend deux points importants sont :

1)- Enseignement orienté : consiste à intégrer le sujet de l'allaitement maternel dans les programmes des :

- Ecoles de l'enseignement primaire, moyen et secondaire.
- Ecoles paramédicales.
- Etudes universitaires non seulement en médecine mais dans toutes les « sciences sociales ».

2)- Recherche : consiste à identifier :

- Les facteurs favorisant la lactation.
- Avantage du lait maternel.
- Intensifier la recherche épidémiologique.

Mots clés.

Allaitement exclusif -- Allaitement optimal – Allaitement au sein – Allaitement mixte – Allaitement artificiel – Préparation commerciale pour nourrissons -- Allaitement idéal – substitut du lait maternel – Montée laiteuse -- Colostrum -- Sevrage – Diversification alimentaire – Méthode d'aménorrhée due à l'allaitement — Le label « Hôpitaux amis des bébés » -- Centres de « PMI ».

ملخص وجيز باللغة العربية مع
الكلمات المفتاحية

مقدمة:

الرضاعة الطبيعية هي من أحد الأهداف الرئيسية لمشروع المنظمة للصحة العالمية واليونيسيف والمنظمات الأخرى المهتمة في تحسين والحفاظ عليها، فهي أساس بقاء وحماية وتنمية أطفال اليوم الذين هم رجال الغد، والمنظمات في العالم تجتهد على تحسين أوضاع الاطفال، ومساعدتهم على تلبية احتياجاتهم الأساسية خصوصا في السنوات الثلاث الأولى من حياتهم، و بدورهم لاحقا أن يساهموا في تطوير مستقبل مجتمعهم، ومستقبل العالم و البشرية فقد اثبتت الدراسات في معظم بلدان العالم أن الرضاعة الطبيعية هي الطريقة الأكثر فعالية للتغلب على أسوأ أشكال الامراض منها: الإسهال، والاعتلال، وسوء التغذية فكل من الاسهال و الاعتلال و سوء التغذية هم مسؤولين بالدرجة الاولى عن وفاة ما يقرب عن نصف الأطفال الصغار، أكثر من 20 مليون طفل، يعانون من نقص الوزن، و 150 يعانون من سوء التغذية الحادة و 500.000 وفاة النساء بعد الولادة. لهذه الأسباب دعت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف في سبتمبر 1990 في نيويورك، الحكومات والمنظمات الدولية ووكالات التضامن الثنائية، والمنظمات غير الحكومية والقطاعات المعنية في المجتمع والجهات المانحة لوضع برامج خاصة بهم لحماية وتشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية لتحسين تغذية وبقاء الأطفال حديثي الولادة.

هذه الدعوة لمشروع المنظمة و اليونيسيف المسمى "بإعلان إنوسنتي" قامت بإنجازات إيجابية عديدة خلال العام 1990 منها:

1- تطبيق مشروع العمل لتحقيق الأهداف الرئيسية للإعلان العالمي لحماية بقاء ونماء الطفل بين عامي 1990 و 2000.

2- وفي عام 1991، أنشأت منظمة الصحة العالمية واليونيسيف مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال لتشجيع المستشفيات الأمومة لتعزيز ممارسات الرضاعة الطبيعية المثلى.

3- تطبيق مشروع عمل الإعلان العالمي للأغذية (الفاو / منظمة الصحة العالمية 1992).

4- مساعدة مختلف البلدان على تحقيق الجهود الرامية إلى تحسين و تنفيذ القانون الدولي لسنة 1981 بشأن تعزيز حليب الأطفال و الحد من التسويق غير المشروع من قبل الشركات المصنعة.

ومع ذلك ، في السنوات الأخيرة للتسعينات 90 ، انخفض الدعم من الحكومات والجهات المانحة من أجل الرضاعة الطبيعية المثلى. و السبب الرئيسي يرجع إلى حقيقة أزمة الإيدز التي لفتت الانتباه إلى انتقال فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) عن طريق حليب الثدي من جهة ، وذكر من جهة أخرى المخاطر التي يتعرض لها الأطفال عندما لا يرضعون طبيعيا. والسوء في ذلك الاعتقاد الخاطئ بأن جميع الأمهات المصابات بالفيروس سوف ينقلون الفيروس الى اطفالهن عن طريق التغذية الطبيعية لهم بغد النظر عن مزايا الايجابية للرضاعة الطبيعية من حيث الصحة والبقاء على قيد الحياة .

في الوقت نفسه ، واصلت الشركات المصنعة لحليب الأطفال بنشر الاعلانات غير القانونية التي ادت الى هبوط الرضاعة الطبيعية. بين عامي 2000 و 2002. شعرت منظمة الصحة العالمية واليونسيف بالقلق إزاء تراجع الالتزام الوطني والدولي من أجل الرضاعة الطبيعية ، فوضعت استراتيجية شاملة لتغذية الرضع وصغار الأطفال. هذه الاستراتيجية تدعو الحكومات الوطنية والمجتمع المدني ، والخدمات ، والرعاية الصحية والمجتمعات المحلية والجهات المانحة الدولية لتعزيز التزام و تنشيط الجهود من أجل الرضاعة الطبيعية وتطبيق الدروس المستفادة من النجاحات السابقة لتعديل وتحديث السياسات التي يمكن أن تعترف صراحة على فوائد الرضاعة الطبيعية على الصحة العامة ، لمساعدة النساء على نحو أفضل ترضع بشكل أمثل ، وتمكينهم من القيام بذلك حتى سن سنتين أو أكثر.

بالنسبة للجزائر ، بينت معظم الدراسات الوطنية تدهور مستمر ميز ممارسة الرضاعة الطبيعية: في عام 1975 ، أول دراسة استقصائية أجريت على الصعيد الوطني عن سوء التغذية ، "البروتين والطاقة" للطفل الجزائري ساعدت على التحقق من حالة الرضاعة الطبيعية ، واصلته كقاعدة اساسية لغذاء الرضيع الجزائري. في الواقع ، استفاد 89.9 ٪ من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 3 أشهر و 81 ٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 9 أشهر من الرضاعة الطبيعية. ومع ذلك، فقط 5، 10 ٪ من الأطفال عند ولادتهم فطموا و 22،16 ٪ بين 0 و 6 أشهر. وكان متوسط سن الفطام 18 شهرا. مسح 1995 وطنية لأهداف منتصف العقد "MDG الجزائر" تبين أن نسبة الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 9 أشهر يرضعون مع الأغذية التكميلية قد انخفض من 54 ٪ إلى 38 ٪ في عام 2000 وفقا للتحقيق "MICS2" وتبقى عند 39 ٪ في عام 2006 وفقا للمسح "MICS3" ، ارتفاعا من 81 ٪ في عام 1975. والرضاعة الطبيعية الحصرية في 4 أشهر 56 ٪ في عام 1995 ، وارتفعت على التوالي إلى 15.9 ٪ و 10.4 ٪ وفقا لنتائج المسح " MICS 2000 " و "MICS 3" عام 2006. من عقد الى آخر بينت البيانات الكمية من

المسحات الوطنية أن المرأة ترضع وقتاً أقل وأقل ، ولا سيما نساء المدن منها : وهران. في الواقع، معظم النساء الجزائريات يرضعن أطفالهن عند الولادة، ولكن أكثر من النصف ينقطعن عن الرضاعة الطبيعية خلال أول 3 أشهر لأسباب مختلفة. بالإضافة إلى ذلك، النساء الذين يقدمون الرضاعة الطبيعية الخالصة هي أقلية وفقاً لأحدث استطلاع "MICS 3" عام 2006 هو 10 ٪ فقط. وبالتالي فمن الواضح أن الرضاعة الطبيعية على الرغم من تطورها الغذائي والمناعي لصحة الطفل عرفت الجزائر خلال العقود الثلاثة الماضية تراجعاً فضيع في ممارسة الرضاعة الطبيعية.

الفصل الأول: منهجية البحث و مصادر الدراسات والوثائق النظرية المستخدمة.

يتكون الفصل الأول من ثلاث فروع: الفرع الأول يصف منهجية البحث التي هي إشكالية البحث ، الفرضيات وأهداف الدراسة. الفرع الثاني يقدم بعض الدراسات العلمية حول الرضاعة الطبيعية في الجزائر خاصة وهران و مختلف مصادر البيانات المستخدمة.

1) إشكالية البحث :

من عقد لآخر ، كشفت الدراسات التي أجريت في الجزائر عن أن معظم النساء يرضعن أطفالهن عند الولادة ولكن ما يثير القلق نسبة كبيرة من النساء يتخلون عن الرضاعة الطبيعية مبكراً في غضون الأشهر الثلاثة الأولى ، لوحظ هذا السلوك بشكل رئيسي في المدن الكبيرة (من بين هذه المدن : وهران) ، وكأن هؤلاء النساء لم تعد الرضاعة الطبيعية متوافقة مع طريقتهم الجديدة في الحياة ، وبعبارة أخرى ، الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الحالية.

انطلاقاً مما ذكر في الدراسات الوطنية عن إثبات وجود تقلص في المدة المثلى للرضاعة ، فمن خلال هذا العمل سنحاول معرفة على أهم الأسباب التي أدت إلى عدم قدرة النساء خاصة نساء مدينة وهران على ممارسة الرضاعة الطبيعية على النحو الأمثل ولفترات أطول من خلال معارفهم ومواقفهم وممارساتهم التغذوية وما هي العواقب المنجمة عن هذا التخاي المبكر على صحة الأطفال والصحة العامة. وتطرح إشكالية الدراسة على النحو التالي :

لماذا نساء مدينة وهران غير قادرات على ترضع أطفالهن رضاعة طبيعية خالصة للأشهر الستة الأولى من الحياة (6 أشهر) وبإمكانهن الاستمرار فيها مع المزيد من المواد الغذائية حتى سن سنتين أو أكثر حسب التوصية الأخيرة لمنظمة الصحة العالمية.

2- فرضيات البحث:

طرحت بعض الفرضيات لتوضيح العوامل التي تفسر تخلي النساء عن الرضاعة الطبيعية.

1- نقص النساء معرفة عن فوائد الرضاعة الطبيعية زيادة ترويج حليب الاطفال ، والتحضر المتزايد وانهيار البنى الأسرية كلها أسباب ادت الى انخفاض الرضاعة الطبيعية.

2- المواقف السلبية وانعدام اهتمام اعوان الرعاية الصحية في اعداد وتنقيف النساء حول الرضاعة الطبيعية خلال الزيارات ما قبل و بعد الولادة بتقديم النصائح لهم على الرضاعة الطبيعية وممارستها لأطول فترة زمنية ممكنة.

3- العمل النسوي، هو وسيلة ادت الى جعل الرضاعة الطبيعية مستحيلة الاستمرار.

4- عدم وجود الدعم و المعاونة من طرف الاشخاص المقربين للأم اثناء الرضاعة الطبيعية وخصوصا الزوج ، وهذا ما شجعتها على التخلي عن الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر.

أهداف البحث:

وقد حددت الدراسة الأساسية أهداف رئيسية هي كالآتي :

1- تقييم وتقدير مستوى المعرفة والمواقف والممارسات للرضاعة الطبيعية للأمهات

2- التحقق من دور خدمات العيادات والرعاية الصحية والمعلومات الطبية ومعرفة سياساتها على الرضاعة الطبيعية.

3- التحقق من الاسباب التي شجعت النساء من التخلي عن الرضاعة الطبيعية في الوقت المبكر.

4- تشخيص دور و دعم الزوج و الاشخاص المقربين من الأمهات المرضعات ومدى تأثيرهم على الممارسات الرضاعة الطبيعية.

الفرع الثاني:

(1) -مصادر البيانات المستخدمة:

هو جمع وتقديم أكبر قدر من المعلومات النظرية حول هذا الموضوع من خلال عدة كتب ووثائق من مختلف مراكز التوثيق مثل:

- مركز المغرب العربي في وهران الجزائر (CEMA) ES - SENIA.
- مركز التوثيق التابع لكلية الطب، وهران.
- المعهد الوطني للعلوم الطبية، وهران.

- فرع الصحة للسكان وهران (DSP).
- CANASTEL مستشفى وهران.
- مستوصف سان ميشال وهران.
- البحوث عن طريق الإنترنت.
- مقابلات اجريت مع مختلف الأطباء دوى التخصصات لصحة الأطفال.

(2) - مسح للرضاعة الطبيعية (2010/2009):

- هو عبارة عن بحث و تحقيق في الميدان ما يعرف بالمشح، ويستند هذا الأخير على ما يلي
- ♣ وضع الاستبيان.
 - ♣ اختيار عقلاني لمراكز الصحة للام والطفل.
 - ♣ المشح التجريبي.
 - ♣ اختيار وتحديد العينة.
 - ♣ المشح.
 - ♣ تحليل البيانات.
 - ♣ نتائج.

(3) - عرض نتائج اغلب الدراسات الاستقصائية الوطنية المذكورة أدناه أجريت على الرضاعة الطبيعية في الجزائر :

- المشح من سوء التغذية (البروتينات والطاقة) في عام 1975 ،
- 2- المشح الوطني لوفيات الرضع واعتلال (MMI 1985/1989)
- 3- المشح الوطني للصحة عام 1990 ،
- 4- المشح الجزائري حول صحة الأم والطفل (EASM 1992) ،
- 5- المشح ألفية الجزائر عام 1995 ،
- 6- مشح صحة الأسرة (EASF2002) ،
- 7- مشح المؤشرات المتعددة و EDG (الجزائر MICS3 2006) ،
- 8- المشح CAP على الرضاعة الطبيعية عام 2010.

(4)- بعض الاطروحات حول الرضاعة الطبيعية المعروفة:

- 1- الشخصي للجفاف حاد في عام 1974 ،
- 2- اصبح الطفل الغذائية الجزائرية 0-36 شهرا في عام 1983 ،
- 3- الطفولة المبكرة الإسهال عام 1985.

(5) - دراسات مختلفة حول الرضاعة الطبيعية في وهران:

- 1- اخطار الاطعام في وهران 2006/2008 ،
- 2- KAP المسح حول معارف ومواقف و ممارسات اعون الخدمات الصحية على الرضاعة الطبيعية بمستشفى CANASTEL 2009.

الفرع الثالث:

نقوم بتفسير مختلف المفاهيم الرئيسية المستخدمة في البحث:

الرضاعة الطبيعية الحصرية- الرضاعة الطبيعية المثلى- الرضاعة الطبيعية- الرضاعة الطبيعية المختلطة- استبدال التغذية- حليب الاطفال- الرضاعة الطبيعية المثالية- بديل حليب الام- اللبأ- الفطام- التغذية المكملة- انعدام الدورة الدموية اثناء الرضاعة الخالصة- مستشفيات صديقات للأطفال- مراكز لحماية الامومة و الطفولة.

الفصل الثاني: الاطار النظري.

هذا الفصل يتكون من فرعين :

الفرع الاول : الرضاعة الطبيعية :

يخصص هذا الفرع لتقديم جميع المعلومات الممكنة حول فوائد حليب الثدي التي تكتسب أهمية لصحة الأم و التنمية والصحة الفكرية والجسدية للأطفال والعائلات و للمجتمع.

الفرع الثاني : تطور استراتيجيات ومبادئ وأهداف الممارسة العالمي للرضاعة الطبيعية :

ويخصص هذا الفرع لتقديم مختلف الخطوات المذكورة أدناه التي تصف تطور واستراتيجيات وأهداف للرضاعة الطبيعية :

- 1- إن حقبة القرن العشرين هو الوقت الذي بدأ في انخفاض الرضاعة الطبيعية في أوروبا والسبب الرئيسي لهذا التراجع هي : التصنيع ، وزيادة التحضر ، وزيادة فرص العمل انهيار الهياكل الأسرية وخروج الأمهات والزوجات للعمل في الخارج فاستغل المصنعون ظروف الاجتماعية و الاقتصادية للأمهات بطرح انواع بدائل حليب الام في السوق التي

سمحت للمرأة إيقاف الرضاعة الطبيعية.

2- نفس الأسباب التي ادت الى انخفاض الرضاعة الطبيعية في أوروبا ظهرت لاحقا بعد ثلاثة أرباع قرن من الزمان في البلدان النامية (وخصوصا بعد الحرب العالمية الثانية) مع معدلات عالية للغاية من الوفيات ، معدلات الإصابة بالأمراض و الاوبئة وسوء التغذية الناجمة عن ارتفاع نسبة استخدام الكبير للمرأة للتغذية الصناعية والنتائج الوخيمة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي والصحي المتحصل عليها لم تعد تقدر الأسر والنساء والمجتمع تحملها والتي خلقت بدورها مشكلة حقيقية الصحة العامة العالمية.

3- الأطباء هم الذين لاحظوا أولا الدمار ومخاطر الرضاعة الصناعية خاصة عند الأسر الفقيرة ، و هم الاولون الذين عارضوا على استعمال التغذية الاصطناعية خاصة حليب القارورة، وذلك بسبب المخاطر والحالات العدوى الناجمة عن حليب الزجاجات من الصعب تنظيفها و تعقيمها و الأواني الغير المغسولة بطريقة علمية صحيحة خصوصا عند النساء من الطبقة الفقيرة والمستوى الثقافي ضعيف و الدخل الاقتصادي ضئيل فلا يستطيعن إعداد الحليب المجفف.

4-اصبحت الرضاعة الطبيعية موضوع دراسات عديدة ، حتى البروفيسور PAUL GEORGIE و LARS HANSEN وصلوا في السنوات 50 ، ثم 60 و 70 إلى اكتشاف و فهم بصفة تدريجية خصائص فوائد الغير المنتهية لحليب الثدي على صحة الرضع وتوصل خبراء التغذية بالتأكد أن الرضاعة الاصطناعية يمكن تجنبها عن طريق العودة إلى الرضاعة الطبيعية وأن الحل من التخلص من النتائج السلبية للرضاعة الاصطناعية هو في تناول جميع الأمهات ، إلا في الحالات القليلة من النساء اللواتي لا يمكن أن يقدموا الرضاعة الطبيعية لأسباب فيزيولوجية.

5- في العقود الأخيرة ، اكدت الابحاث العلمية و الوبائية أن حليب الأم هو افضل غذاء للطفل ولا مثيل له فتبقى الرضاعة الطبيعية هي الممارسة الطبيعية و الضرورية لتغذية الرضع خلال الأشهر الستة الأولى و السنوات الأولى لحياته. ان اكتشاف فوائد الرضاعة الطبيعية أصبح أكثر وضوحا يوما بعد يوم ، حتى في أشد الازمات الحرجة ، الأمر الذي أثار الى بروز حركة عالمية تهدف إلى حماية ودعم وتشجيع الرضاعة الطبيعية من خلال تقديم استراتيجيات دولية للتأكد من أن جميع النساء في العالم لديها فرصة للرضاعة الطبيعية ، واتخاذ قرار مستنير بشأن هذه الاخيرة بعد تلقي الامهات و الأسر المعلومات الكاملة و الدعم والتشجيع المناسب في بيئة تشجع بقوة الرضاعة من الثدي.

الفصل الثالث: نظرة عامة على مدينة وهران، ومنهجية التحليل والاستقصاء.

هذا الفصل يتكون من ثلاثة فروع التالية:

الفرع الاول : عرض لمدينة وهران : خصص هذا الفرع لعرض أهم معالم مدينة وهران.

الفرع الثاني: منهجية الدراسة الاستقصائية.

(1) منهجية المسح واختيار العينة :

نظرا لانعدام متخصصات لإجراء المقابلات ، والوسائل : (الميزانية والمتخصصات لإجراء المقابلات و وسائل النقل) والوقت (مدة محددة للدراسة) ، كون هذا العمل هو عمل فردي و خوفا من مواجهة نفس او ما شابهه العراقيل والصعوبات من طرف العائلات اثناء 2008 / RGPH و سوء الاستقبال ورفض الإجابة ، اختارت الدراسة ان تتم تنفيذها في مراكز لحماية صحة الامهات والاطفال لأسباب الممارسة والامن. وبعد الاتصال

بالمسؤولين لمديرية الصحة والسكان (DSP) للحصول على قائمة جميع المراكز لحماية صحة الأم والطفل لمدينة وهران ، وحسب التقسيم الجغرافي الجديد للمؤسسات الصحية في عام 2008 ، قد كشفت لنا عن وجود:

أربعة مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP)

: تشمل هذه المؤسسات عددا من : المستوصفات وقاعات العلاج والخدمات الصحية العامة و داخل هذه المراكز (PMI) ، يوجد قاعات خاصة بخدمات التحصين .

-المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- **D'ES-SEDDIKIA** :تتضمن 17 مركز لحماية صحة الام والطفل اثنان منها اثناء المسح كانوا متوقفين عن العمل وقد اجرى المسح الا في 15 مركز بداخله قاعة تحصين الرضع والاطفال الصغار.

- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- **FRONT DE MER** : يتكون 03 مراكز لحماية صحة الأم والطفل و داخل كل مركز قاعة لتحصين الرضع والاطفال الصغار.

- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- **GHOUALEM** : تتكون من 08 مراكز لحماية صحة الأم والطفل و داخل كل مركز قاعة لتحصين الرضع والاطفال الصغار.

- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- **BOUAMAMA** : يشمل 08 مركز لحماية صحة الام و الطفل ومركز واحد فقط كان متوقف عن العمل اثناء المسح و ذلك لغياب المعدات التطعيم ، مما سمح اجراء التحقيق الا في 07 مراكز بداخلها قاعات لتلقيح الرضع والاطفال الصغار.

ثلاثة مستشفيات متخصصة في أمراض النساء والتوليد (EHS) : تتكون هذه المستشفيات من مراكز لحماية صحة الام والطفل وبداخل كل مركز قاعة للتحصين وهي :

- مستشفى متخصص في امراض النساء و التوليد- **POINT DU JOUR** : ، يقتصر فقط على تقديم الرعاية ما قبل الولادة وبعدها للنساء من ناحية أخرى تمت ترفيته إلى أن يكون مستشفى صديق للطفل لاحقاً، لذلك فقد نجا من المسح.

- مستشفى متخصص في امراض النساء و التوليد- **HAI-EL- LOUZ (EX : AMANDIERS)** : يتضمن مركز لحماية صحة الام و الطفل وبداخله قاعة للتطعيم.

- مستشفى متخصص في امراض النساء و التوليد- **DES PINS (EX : PLANTEURS)** : يحتوي على مركز لصحة الأم والطفل ، بالإضافة إلى خدمات التطعيم. اذن لمدينة وهران 35 مركزا لحماية صحة الأم والطفل بما في ذلك خدمات التحصين ، ونظرا لهذا العدد الهائل من المراكز التي يستحيل علينا مسحها جميعا لأسباب عملية (كارتفاع تكلفة التحقيق ، والوقت محدود ، وانعدام وسائل البشرية والمادية) ، من اجل ربح الوقت وتسهيل عملية المسح و الدراسة الميدانية تعدر علينا اجراء اختيار منطقي لهذه المراكز حتى نتمكن من مسح و دراسة الاسباب التي ادت الامهات بالتخلي عن الرضاعة الطبيعية ومدى تأثيرها على صحة الطفل.

(2)- طريقة المسح:

المسح تستخدم نوعين من طرق المسح هي :

1-طريقة العنقود **SONDAGE DE GRAPPE À DEUX DEGRÉS** .

2-طريقة جاك برنولي **JACQUES BERNOULLI POUR LE TIRAGE**

ALÉATOIRE لاختيار العشوائي لمراكز حماية الصحة للام والطفل.

الطريقة الأولى تقوم على سحب دو درجتين هما:

1.1- سحب من الدرجة الأولى (الوحدات الأولية) : يمثل مكان العينة ، هو مركز حماية صحة الأم والطفل الذي تتوفر فيه قاعة التطعيم. يجب أن تكون مساوية لاحتمالات الاختيار ويعرف من خلال إتاحة الفرصة نفسها لأخذ العينات كل وحدة (وحدة الابتدائي) ينتمون إلى عينة.

2.1- سحب من الدرجة الثانية (الوحدات الثانوية) : تمثل جميع الأمهات اللواتي اثن برفقة أطفالهن الذين تتراوح أعمارهم بين 18 شهرا لتطعيمهم.

(3) – اختيار المراكز لحماية صحة الام والطفل PMI :

في المرحلة الأولى من القرعة ، هناك 35 مركز لحماية صحة الام و الطفل صحة الأم

والطفل يعمل اثناء الدراسة موجودة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
(EPSP) و المستشفيات المتخصصة في أمراض النساء والتوليد (EHS) لمدينة وهران ،
ولكن توزيعها غير متكافئ :

15 مركزا تابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. / SEDDIKIA ،

03 مراكز تابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. / FRONT DE MER ،

08 مراكز تابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. / GHOUALEM ،

07 مراكز تابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. / BOUAMAMA ،

01 مركز تابع للمستشفى المتخصصة في امراض النساء و التوليد / حي اللوز-HAI
LOUZ

01 مركز تابع للمستشفى المتخصصة في امراض النساء و التوليد/ حي

الصنوبر (PLANTEURS) المجموع = (01 + 01 + 07 + 08 + 03 + 15) =

35 مراكز PMI ، ومن اجل توفير توازن بين عدد مراكز العينة اخذنا نسبة 01/03
لضمان تكافؤ ملائم بين عدد المراكز التابعة للمؤسسات العمومية الجوارية وعدد المراكز
التابعة للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة في امراض النساء والتوليد ونتيجة التقسيم
توصلت الى النتائج التالية:

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- الصديقية:

15 * 3/1 = 5 مراكز اختيرت بطريقة عشوائية جاهزة للمسح.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- فروند مير:

3 * 3/1 = 1 مركز اختير بطريقة عشوائية جاهز للمسح.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- لغوالم:

8 * 3/1 = 2.66 = 3 مراكز اختيرت بطريقة عشوائية جاهزة للمسح. انطلاقا من مبدا
كلما كبرت العينة تقلصت نسبة الخطأ.

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- بوعمامة:

7 * 3/1 = 2.33 = 2 مراكز اختيرت بطريقة عشوائية جاهزة للمسح.

مركز واحد لحماية صحة الام والطفل للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للنساء و التوليد
لحي اللوز جاهز للمسح.

مركز واحد لحماية صحة الام والطفل للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للنساء و التوليد
لحى الصنوبر جاهز للمسح.

-طريقة جاك برنولي :

تقوم هذه الطريقة على سحب الكرات من جرة تحتوي على كرات من لونين أو أكثر. من بين
العدد الكبير من الكرات نسحب نسبة نوع معين من الكرات (اللون الابيض مثلا) شريطة ان
يكون سحب الكرات البيضاء عشوائي بدون ارجاعها داخل الجرة نفس الطريقة لسحب
الكرات البيضاء تطبق على سحب المراكز لحماية صحة الام و الطفل وتتم بالطريقة التالية:
نأخذ اربعة جرات وكل جرة تمثل مؤسسة عمومية للصحة الجوارية، نضع بداخل كل واحدة
بطاقات تحمل جميع اسماء مراكز لحماية صحة الام والطفل حسب المؤسسة المنتمية لها
وبعد خلطها نقوم بسحب اسماء المراكز الممكن ظهورها دون ارجاعها داخل الجرة حتى
استقصاء او بلوغ عدد المراكز المطلوبة للتحقيق ووحدة المعاينة يمكن أن تنتمي إلى مرة
واحدة فقط في العينة.

الجدول 1: عينة المراكز لحماية صحة الام و الطفل التابعة للمؤسسات العمومية الجوارية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة للنساء والتوليد حسب طريقة جاك برنولي.

EPSP/EHS	PMI	proportion d'enfants
EPSP Seddikia	Polyclinique Seddikia	24
	Polyclinique Fellaoucen 2	11
	Salle de soins Bendaoued 2	6
	Salle se soins Belgaid	5
	Salle de soins Gambetta	10
TOTAL		56
EPSP-Front de mer	Miramar/J- Craft	34
TOTAL		34
EPSP-Ghoualem	Polyclinique-El-Ghoualem	10
	Lamur-El Hamri	14
	Oussama - Boulanger	4
TOTAL		28
EPSP-Bouamama	Polyclinique-Emir-Khaled	13
	SSP-Eckmuhl 1 Mairie	7
TOTAL		20
EHS -Hai-Louz	Maternité-Hai-Louz	10
TOTAL		10
EHS- les Pins.	Maternité-Pins	5
TOTAL		5
TOTAL DES TOTAUX		153

هذه الدراسة عبارة عن لقاء عفوي مع 153 ام تتراوح اعمارهم ما بين (19 سنوات 48 عاما) ، برفقة أطفالهن الذين تتراوح أعمارهم 18 شهرا للتحصين ، كلهن من منطقة حضرية لمدينة وهران ، وقد استمرت الدراسة من يوليو 2009 الى يونيو 2010 ، هذه المدة ساعدتنا على تحديد عينة الدراسة ومعرفة نوعية الصعوبات ، ولم نقم بالمسح مباشرة الا بعد جمع ما يكفي من المعلومات الواردة أدناه ، و فهم نوعية عمل قاعات التحصين في كل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة للنساء والتوليد ، التي من خلالها تم تنفيذ العمليات الحسابية المختلفة.

اثناء المسح ، قد تبين أن اللقاح هو عبارة عن قارورة تحتوي على 20 جرعة ، ويمكن فتحها واستخدامها لتلقيح 20 طفلا من جميع الأعمار المناسبة للتطعيم.

- طريقة حساب الأطفال دوى الاعمار المختلفة للتلقيح خلال النهار :

التطعيم في اليوم يعتمد على نسبة تردد الأطفال دوى الاعمار المختلفة الذين يأتون بشكل عشوائي اما بعدد قليل ومتوسط أو عالي الى جناح التحصين. اما عملية التلقيح لا تتم الا بعد جمع على الأقل 20 طفلا / يوم لتجنب ضياع اللقاح لأنه منتج مستورد وغالى الثمن و يجب استعمال الكمية كلها عند فتح القارورة لأنها تصبح غير صالحة للاستعمال ، و يؤجل التطعيم اذا لم يكن عدد الاطفال يساوى على الاقل 20 طفل. وإذا كان عدد الأطفال الذين اتوا للتلقيح يفوق 20 طفلا دون ان يبلغ 40 ، ينبغي استخدام زجاجة واحدة إذا كان عدد من الأطفال يفوق 40 دون أن تصل إلى 60 طفلا يجب استخدام زجاجتين للتحصين. و في حالة ما العدد يصل إلى 60 طفل لابد من فتح ثلاث زجاجات لتحصين الاطفال دوى الاعمار المختلفة.

ينصح المسؤول عن التطعيم بفتح زجاجة التلقيح حسب عدد الاطفال المترددين في قاعة التلقيح دون التسبب في ضياعه.

يقوم عمل مسؤول التحصين على الطريقة الحسابية التالية :

قارورة واحدة للتلقيح = 20 جرعة = 20 طفل للتحصين دوى الأعمار المختلفة.

قارورتين للتلقيح = 40 جرعة = 40 طفل للتحصين دوى الأعمار المختلفة.

ثلاث قارورات للتلقيح = 60 جرعة = 60 طفل للتحصين دوى الأعمار المختلفة.

- طريقة حساب الأطفال دوى الاعمار المختلفة للتلقيح خلال الأسبوع :

تطعيم الأطفال دوى الأعمار المختلفة لمدة 5 أيام (الأحد ، الاثنين ، الثلاثاء والأربعاء والخميس) في الأسبوع هو :

قارورة واحدة للتلقيح = 20 جرعة × 5 ايام = 100 طفل للتحصين في الاسبوع.

قارورتين للتلقيح = 40 جرعة × 5 ايام = 200 طفل للتحصين في الاسبوع.

ثلاث قارورات للتلقيح = 60 جرعة × 5 ايام = 300 طفل للتحصين في الاسبوع.

- طريقة حساب الأطفال دوى الاعمار المختلفة للتلقيح خلال الشهر :

طريقة حساب نسبة الأطفال دوى الأعمار المختلفة للتطعيم خلال شهر (04 أسبوعا) هي :
قارورة واحدة للتلقيح = 100 طفل تم تطعيمهم في الاسبوع × 4 أسابيع = 400 طفل يتم تحصينه في الشهر.

قارورتين للتلقيح = 200 طفل تم تطعيمهم في الاسبوع \times 4 اسابيع = 800 طفل يتم
تحصينه في الشهر.

ثلاث قارورات للتلقيح = 300 طفل تم تطعيمهم في الاسبوع \times 4 اسابيع = 1200 طفل
يتم تحصينه في الشهر.

- طريقة حساب تردد معدل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 18 شهرا:

تستعمل قارورة التلقيح عند فتحها لجميع الاعمار المختلفة للأطفال. عينة الدراسة تهتم فقط
على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم 18 شهرا فبعد فحص سجلات الاحصائية التي تسجل
فيها عدد الاطفال الذين اتوا للتلقيح ، تمكنا من معرفة ترددات المختلفة للحد الأدنى
والاقصى للأطفال الذين تتراوح أعمارهم 18 شهرا في اليوم ، من خلالها استطعنا حساب
التردد المتوسط مع الأخذ بعين الاعتبار عدد من الزجاجات المستخدمة في كل دورة التطعيم
، وتردد المتوسط محسوب على النحو التالي :

**التردد المتوسط = تردد الحد الأدنى في اليوم للأطفال دوى الاعمار 18 شهرا + تردد الحد
الأقصى في اليوم للأطفال دوى الاعمار 18 شهرا / 2.**

على سبيل المثال : مع الأخذ بعين الاعتبار عدد من قوارير اللقاحات المستخدمة :

تردد الحد الأدنى من الأطفال دوى اعمار 18 شهرا = 08 اطفال في اليوم.

تردد ممكن من الأطفال دوى اعمار 18 شهرا = 16 اطفال في اليوم.

التردد المتوسط = $8 + 16 = 24 / 2 = 12$ طفلا تتراوح أعمارهم بين 18 شهرا
مناسبة لتطعيم / اليوم.

نظرا لقلة نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم 18 شهرا من بين مجموع الأعمار و
لصعوبة جمعهم في حصة واحدة للتلقيح ، فكر المسؤولين عن التحصين تخصيص يوم او
اكثر حسب الترددات المختلفة لهم لتطعيمهم دون الاعمار الاخرى و الايام المخصصة
للتحصين في الاسبوع هي :

يوم واحد مخصص لتحصين الاطفال في النواحي التي نسبة الاطفال من السكان منخفضة.

يومين مخصصين لتحصين الاطفال في النواحي التي نسبة الاطفال من السكان معتدلة.

ثلاث ايام مخصصة لتحصين الاطفال في النواحي التي نسبة الاطفال من السكان كبير.

**- طريقة حساب نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهر المطعمين حسب عدد الأيام المحددة
في الأسبوع :**

طريقة احتساب نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 18 شهرا إلى أن تحصين وفقا

لأيام محددة في الأسبوع هو :
التردد المتوسط (ضرب) عدد الأيام التي تم اختيارها في الاسبوع = نسبة الأطفال الذين
تتراوح أعمارهم 18 شهرا المحصنة خلال الأسبوع.
وفقا للمثال المذكور أعلاه:

تردد متوسط = 12 طفلا.

يوم واحد الذي تم اختياره في الاسبوع لتطعيم الأطفال هو :

12 طفلا × (1 يوم واحد) = 12 : نسبة الأطفال المحصنين.

فيما يتعلق يومين من الاسبوع التطعيم للأطفال هو :

12 طفلا × (2 يومين) = 24 : نسبة الأطفال المحصنين.

فيما يتعلق ثلاثة أيام من الاسبوع التطعيم للأطفال هو:

12 طفلا × (3 أيام) = 36 : نسبة الأطفال المحصنين.

-طريقة حساب نسبة الأطفال دوى اعمار 18شهرالمحصنين في الشهر :

تتمحور طريقة الحساب على النموذج التالي :

نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهر المحصنين في الأسبوع (ضرب) 04 اربعة أسبوع
(شهر) = نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهر محصنة خلال الشهر. النسب المحسوبة و
المتحصل عليها في المراكز لحماية صحة الام والطفل في الشهر ، يمثلون عينة (ن) صغير
، مما سمح لنا حساب العينة التي نقوم بدراستها (N) على مستوى المؤسسات العمومية
للصحة الجوارية= نموذج الحساب في الشهر هو :

$$N1 = 12 \times 04 = 48 \text{ طفل يتم تحصينهم في PMI1.}$$

$$N2 = 24 \times 04 = 96 \text{ طفل يتم تحصينهم في PMI2.}$$

$$N3 = 36 \times 04 = 144 \text{ في PMI3.}$$

$$\text{المجموع} = (N1 + N2 + N3) = \dots = N.$$

$$288 = 144 + 96 + 48$$

لتحديد حجم العينة في التحقيق ، وجب علينا حساب النسبة المئوية للأطفال الذين تتراوح
أعمارهم 18 شهرا في كل مركز لحماية صحة الام والطفل ، وقد تم احتسابها على النحو
التالي :

وفقا للمثال السابق: النسبة المئوية = N / N .

$$PMI1 = 48 / 288 = 0.1666 \text{ \%}$$

$$PMI2 = 96 / 288 = 0.3333 \text{ \%}$$

$$. / 0.5 = 288 / 144 = PMI3$$

في هذه الدراسة ، بمان حجم السكان (N) تتفاوت بين المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، عينا معدل موحد للتحقيق لأخذ العينات و هو (5 / 1) لضمان التوزيع الأمثل للعينات داخل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، وقد تم حسابها كما يلي :

$$N = 288$$

$$58 = 57.6 = 5 / 1 * 288$$

حجم العينة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية الواحدة هو : $58 = N$. وبالتالي ، النتائج المتحصل عليها في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية الأربعة هي حاصل ضرب معدل التحقيق في النسب المئوية المحسوبة في كل المراكز لحماية صحة الام و الطفل وبهذه الطريقة الحسابية نتحصل على نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهر النهائية جاهزة للتحقيق.

و نموذج حساب النسب النهائية للأطفال دوى اعمار 18 شهرا كالاتي :

$$PMI1 = 0.1666 \times 58 = 10 = \text{اطفال تتراوح أعمارهم 18 شهر جاهزين للتحقيق.}$$

$$PMI2 = 0.3333 \times 58 = 19 = \text{طفلا تتراوح أعمارهم 18 شهرا جاهزين للتحقيق.}$$

$$29 = 0.5 \times 58 = 29 = \text{طفلا تتراوح أعمارهم 18 شهرا جاهزين للتحقيق.}$$

-المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء والتوليد حي اللوز لوز :

-طريقة حساب جميع الأطفال دوى الاعمار المختلفة لتحصينهم خلال النهار :

قارورتين من اللقاح = 40 جرعة = 40 طفلا يتم تلقيحها في اليوم.

- طريقة حساب جميع الأطفال دوى الاعمار المختلفة لتحصينهم خلال الأسبوع :

40 طفلا X 05 ايام = 200 طفل يتم تلقيحها.

- طريقة حساب جميع الأطفال دوى الاعمار المختلفة لتحصينهم خلال الشهر :

200 طفل X 4 اسابيع = 800 طفل يتم تلقيحها.

-طريقة حساب التردد المتوسط للأطفال الذين تتراوح أعمارهم 18 شهر :

التردد المتوسط = 06 اطفال تتراوح أعمارهم 18 شهرا.

-طريقة حساب نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهر المحصنين في الأيام المختارة في

الأسبوع:

عدد الأيام المختارة في الأسبوع = 02.

06 الأطفال المطعمين في اليوم $\times 02$ يوما = 12 طفلا مختارة في الاسبوع للتطعيم.

-طريقة حساب نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهر المحصنين خلال الشهر :

12 طفل $\times 4$ اسابيع = 48 طفلا مختار للتحصين.

-طريقة حساب نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهرا للتحقيق في مركز لحماية صحة الام و
الطفل :

الأطفال المطعمين في الشهر = $48 \times 1 / 5 = 9.6 = 10$ أطفال جاهزين للتحقيق.

-المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في أمراض النساء والتوليد حي الصنوبر :

-طريقة حساب جميع الأطفال دوى الاعمار المختلفة لتحصينهم خلال النهار :

قارورتين من اللقاح = 40 جرعة = 40 طفلا يتم تلقيحها في اليوم.

- طريقة حساب جميع الأطفال دوى الاعمار المختلفة لتحصينهم خلال الأسبوع :

40 طفلا $\times 05$ ايام = 200 طفل يتم تلقيحها.

- طريقة حساب جميع الأطفال دوى الاعمار المختلفة لتحصينهم خلال الشهر :

200 طفل $\times 4$ اسابيع = 800 طفل يتم تلقيحها.

-طريقة حساب التردد المتوسط للأطفال الذين تتراوح أعمارهم 18 شهر :

التردد المتوسط = 03 اطفال تتراوح أعمارهم 18 شهرا.

-طريقة حساب نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهر المحصنين في الأيام المختارة في
الأسبوع:

عدد الأيام المختارة في الأسبوع = 02.

03 أطفال $\times 02$ يوم = 6 اطفال مختارة في الاسبوع للتطعيم.

-طريقة حساب نسبة الأطفال دوى اعمار 18 شهر المحصنين خلال الشهر :

06 اطفال $\times 4$ اسابيع = 24 طفلا مختار للتحصين.

-طريقة حساب نسبة الأطفال دوى 18 شهرا للتحقيق في مركز لحماية صحة الام و الطفل

الأطفال المطعمين في الشهر = $24 \times 1 / 5 = 4.8 = 5$ أطفال جاهزين للتحقيق.

الفرع الثالث: تحليل المسح.

وهو يتضمن التحليل الإحصائي لأهم المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على ممارسة الرضاعة الطبيعية المستخدمة في الاستبيان الاستقصائي لمعرفة الدوافع التي ادت بالأمهات التخلي عن الرضاعة الطبيعية وأثرها على صحة الطفل.

الخلاصة والتوصيات العامة:

الهدف من الدراسة هو الحصول على صورة موضوعية عن دوافع تخلي الامهات عن الرضاعة الطبيعية وأثرها على صحة الطفل. وقد جمعت المعلومات بالاقتراب بالأمهات الذين تتراوح أعمارهم ما بين 19 و 48 سنة رفقة اطفالهم الذين تتراوح أعمارهم 18 شهر ، والذين يأتون إلى المراكز لحماية صحة الأم والطفل "PMI" التابعة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) و للمؤسسات المتخصصة في امراض النساء والتوليد (EHS) لمدينة وهران لتحصين اطفالهم ضد DTCP (الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي ، وشلل الأطفال). ان هذا البحث هو عبارة عن دراسة ميدانية وقد استخدمت هذه الاخيرة استبيان يتكون من (09) تسعة اجزاء للتحقيق و جمع كل المعلومات التي بدورها سمحت لنا الحصول على النتائج (المذكورة أدناه) التي تؤكد فعلا الفرضيات الأربعة للدراسة :

1) -الجزء الاول : خصائص الموائل والمنزل :

51.63 ٪ من أفراد العينة يعيشون في المباني.

03 هو متوسط عدد الغرف في المسكن.

1.32 هو متوسط عدد الأسر في المسكن.

1.78 هو متوسط عدد الأسر في المسكن.

معظم الأسر تتكون من 05 و 06 اشخاص.

60.13 ٪ من النساء اللواتي يعشن مع الآخرين بما في ذلك :

54.90 ٪ يعيشن مع العائلة الكبيرة للزوج و ،

5.23 ٪ يعيشن مع العائلة الكبيرة للمرضعة.

39.87 ٪ من النساء يعشن بشكل مستقل.

53.59 ٪ من أفراد العينة يقطعن مسافة ما بين 1 إلى 3 كيلومتر للوصول إلى المرافق

الصحية.

متوسط المسافة بين المنزل والمرافق الصحية هو 02 كيلومتر.

مقارنة بالماضي على الرغم من تحسن خصائص الاسر والمنازل من حيث المرافق ، لا يزال التعايش موجود في القطاع الحضري لمدينة وهران ، ويستخلص المسح ان هذا التحسن لم يلعب دورا هاما في السعي لتحقيق الرضاة الطبيعية ولو المدة المثلى.

(2)- الجزء الثاني : الخصائص الديموغرافية للأم :

33.59 عام هو متوسط عمر الإناث او العينة المدروسة.
95.42 % من النساء اللواتي شملهن الاستطلاع متزوجات.
41.18 % معظم النساء اللواتي شملهن الاستطلاع لديهن مستوى التعليم الثانوي.
52.94 % معظم النساء مأكثات في المنزل دون نشاط عملي.
79.17 % أغلبية أفراد العينة من العاملات الدائمات.
متوسط الدخل الشهري للمرأة هو 28.800 دينار جزائري.
تبدوا المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية حسنة الى حد ما ، ويبين أن للعينة المدروسة مستوى تعليم حسن ولا يستهان به و يمكنه أن تساعد النساء على الرضاة الطبيعية ، ولكن تطور وضع المرأة في المجتمع (العمل المهني) من جهة ومن جهة اخرى أخرى حجم الاعمال من التربية والتعليم والطهى والغسل وغيرها من الاشغال داخل المنزل دفع النساء على التخلي عن الرضاة الطبيعية ، وعلى وجه الخصوص الرضاة الخالصة.

(3)- الجزء الثالث : الخصائص الديموغرافية للزوج :

33.33 % من الأزواج لديهم مستوى متوسط من التعليم.
32.68 % من الأزواج لديهم التعليم الثانوي.
94.12 % اغلبية الأزواج يعملون.
متوسط الدخل الشهري للأزواج هو 37.910 دينار جزائري.
تبين ان المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية للأزواج افضل ادا ما قورنت مع المتغيرات نفسها عند الزوجات، إلا أنها لم يكن لها دور فعال لمساعدة النساء على اداء الرضاة الطبيعية الخالصة ولا على اداء مدة طويلة للرضاة.

(4)- الجزء الرابع: ميزات على الحياة الإنجابية للأم:

71.90 % معظم النساء متعددات الولادات.

29.2 هو متوسط عدد المواليد الحية لكل امرأة.

56.9 % معظم النساء يرغبن في الإنجاب طفل آخر في المستقبل.

38.6 % لم تعد ترغب في الانجاب.

4.6 % مترددات.

47.1 % من النساء يتمنون ارضاع طفلهن في المستقبل حتى سن 06 شهرا.

36.8 % يتمنوا ارضاع الطفل ما بين (07 إلى 12 شهرا).

9.2 % يتمنوا ارضاع الطفل ما بين (13 إلى 18 شهرا).

4.6 % يتمنوا ارضاع الطفل ما بين (19 إلى 24 شهرا).

2.3 % لا يتمنوا ارضاع الطفل.

متوسط مدة الرضاعة الطبيعية لأطفال المستقبل هو 1.80 1 شهرا.

30.7 % من النساء تعتقد أن سنتين هو الوقت الافضل الذي تستغرقه الرضاعة الطبيعية .

27.5 % يعتقدون أن ثلاث سنوات هي المدة الكافية للرضاعة الطبيعية.

26.1 % من النساء يعتقدون أن أكثر من ثلاث سنوات هي المدة الكافية للرضاعة.

15.7 % يعتقدون أن مدة سنة هي الوقت الكافي لتغذية الطفل بالثدي.

في هذا الجزء هناك بعض المتغيرات مرضية مثل: أغلبية 71، 90 % من النساء متعددات الولادات وهذا يعني لديهن خبرة سابقة أو نظرة على التغذية السليمة للأطفال ، للعينة في المتوسط "طفلين" للرعاية. معظم النساء ترغبن في الإنجاب مستقبلا. من جهة اخرى يوجد بعض المتغيرات مثيرة للقلق ، مثل : 47.1 % أغلبية النساء يتمنوا ارضاع أطفالهن في المستقبل إلا إلى سن 06 شهر فقط ، 9.2 % من النساء يتمنوا الارضاع ما بين (13 إلى 18 شهرا أشهر) ، 4.6 % منهن يتمنوا الإرضاع بين (19 إلى 24 شهرا) و 2.3 % لا يرغبنها. ما هو أكثر مدعاة للقلق متوسط مدة الرضاعة الطبيعية للأولاد في المستقبل الذي لا تتجاوز 1،80 شهرا. نتائج هذه المتغيرات لم تؤثر أيضا على الأمهات لتوسيع ممارستها للرضاعة الطبيعية.

(5)- الجزء الخامس : دور المعلومات الطبية خلال الزيارات السابقة للولادة بشأن الرضاعة الطبيعية

99.3 % من النساء يمارسن الزيارات ما قبل الولادة.

بلغ متوسط عدد الفحوص السابقة للولادة 5.28.

42.1 % اغلبية النساء يمارسن الزيارات ما قبل الولادة في العيادات الطبية الخاصة.

36.8 % من النساء يمارسن الزيارات ما قبل الولادة في العيادات الطبية الخاصة وفى نفس

الوقت في المركز لحماية صحة الام والطفل (PMI).

19.7 % قمن بهذه الزيارات في المركز لحماية صحة الام والطفل (PMI).

38.8 % من النساء فقط فحصوا من قبل طبيب مختص في امراض النساء.

36.8 % من النساء تم فحصهن من قبل طبيب مختص في امراض النساء وممرضة التوليد.

19.7 % من النساء تم فحصهن من قبل ممرضة التوليد.

4.6 % من النساء تم فحصهن من قبل طبيب عام.

61.44 % من النساء تعلن عن ان "الأسرة" هي المصدر الرئيسي لهن لكسب المعلومات حول الرضاعة الطبيعية.

4.58 % من النساء تعلن ان "الاسلام" هو مصدر لكسبهن المعلومات لرضاعة الثدي.

0.65 % من النساء تعترف بأن "وسائل الاعلام" وبنفس النسبة "الجيران / أصدقاء" هما من أهم مصادر المعلومات حول الرضاعة الطبيعية.

51.3 % من النساء تلقوا معلومات حول الرضاعة الطبيعية خلال فترة الحمل.

58.97 % من النساء تعترف الحصول على المعلومة التالية فيما يخص الرضاعة الطبيعية "هي إيجابية ومفيدة لصحة الطفل والأم".

17.95 % من النساء تعترفن الحصول على المعلومة ان "الرضاعة الطبيعية هي مفيدة على صحة الطفل فقط".

15.38 % تعترفن الحصول على المعلومة ان "الرضاعة الطبيعية هي مفيدة لنفسية الطفل".

7.69 % من النساء تعترفن الحصول على المعلومة ان "الرضاعة الطبيعية هي مفيدة لصحة الأم".

99.34 % الغالبية العظمى من النساء لم تحصل على تحضير فسيولوجي خلال الرعاية ما قبل الولادة.

يبدو أن دور المعلومات والفحوص الطبية خلال الزيارات السابقة للولادة تقتصر فقط على متابعة تطور الحمل دون توعية النساء الحوامل بصفة معمقة عن أهمية الرضاعة

الطبيعية حتى الامهات الحوامل لا يعطون اهمية لهذا الموضوع بتجنبهم الحصول على استفسارات حوت الرضاعة وعن اهميتها على صحة الام و الرضيع او حول المشاكل التي

يمكن لها اعتراض ممارستها بطريقة صحيحة ولمدة زمنية كافية وطويلة . هذا الاهمال من طرف الاطباء المختصين واعوانهم يؤثر بصفة قوية و سلبية لتكون بداية جيدة

ومستمرة للرضاعة الطبيعية.

(- الجزء السادس: سلوك الأمهات وممارسات الرضاعة الطبيعية بعد الولادة ورعاية ما بعد الولادة.

44.44 % معظم الولادات للأمهات تمت في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في امراض النساء والتوليد (EHS).

35.29 % من الولادات للأمهات تمت في المستشفى الكبير لوهران.

15.69 % من الولادات للأمهات تمت في العيادات الخاصة.

4.58 % من الولادات للأمهات تمت في المنزل بحضور قابلة تقليدية.

44،44 % من النساء ولدن من قبل قابلة متخصصة.

28.76 % من النساء ولدن من قبل طبيب مختص في امراض النساء.

13.07 % من النساء ولدن من قبل قابلة متخصصة وطبيب المتربس.

4.58 % من النساء ولدن من طرف قابلة تقليدية في المنزل.

49.3 % من النساء تعترفن أن نوعية الاستقبال فيا اماكن التوليد الطبية لم تكن مرضية تماما.

32.9 % من النساء تعترفن بانعدام الترحيب في اماكن التوليد الطبية.

15.1 % من النساء تعترفن ان نوعية الاستقبال في اماكن التوليد الطبية مرضية قليلا.

2.7 % أقلية من النساء تعترفن أن نوعية الاستقبال مرضية للغاية.

60.13 % من النساء ولدوا ولادة طبيعية.

16.34 % من النساء ولدوا ولادة القيصرية غير مبرمجة.

9.15 % من النساء ولدوا ولادة القيصرية مبرمجة.

14.38 % من النساء كانت ولادتهم صعبة.

58.17 % من الأطفال الذين أعمارهم 18 شهر ذكور.

41.83 % من الأطفال الذين أعمارهم 18 شهر إناث.

65.4 % من المواليد الجدد كان وزنهم عادي عند الولادة.

22.9 % من الأطفال كان وزنهم مرتفع عند الولادة.

ويولد 11.8 % من الاطفال يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة.

متوسط وزن العينة عند الولادة 2.11 كيلو غرام.

58.8 % من الأطفال حديثي الولادة وضعوا في نفس السرير مع امهاتهم.

28.1 % من الأطفال حديثي الولادة وضعوا في نفس الغرفة لكن في سرير آخر الغرفة.

13.1 % من الأطفال حديثي الولادة وضعوا في غرفة أخرى.

- 64.7 % من النساء يعرفن أن الرضاعة الطبيعية هي أفضل غذاء للأطفال المتنامية.
- 21.6 % من النساء يعرفن أن الرضاعة الطبيعية هي تبادلات مكثفة النفسي بين الأم والطفل.
- 4.6 % من النساء لا يدركون أي فائدة الرضاعة الطبيعية على صحة الطفل.
- 3.9 % من النساء على علم بأن حليب الام يحمي الطفل ضد العدوى و الامراض في مرحلة الطفولة.
- 2.6 % من النساء يعرفن أن الرضاعة الطبيعية تحمي ضد الاسهال وضد الحساسية.
- 52.29 % من النساء لا يعرفن أن الرضاعة الطبيعية لها فوائد صحية للأم.
- 40.52 % من النساء يعرفن أن الرضاعة الطبيعية تقلل من خطر الاصابة بسرطان الثدي.
- 3.27 % من النساء يعرفون أن الرضاعة الطبيعية تقلل الاصابة بسرطان الثدي وسرطان المبيض.
- 1.96 % من الأمهات يعرف ان الرضاعة الطبيعية الخالصة تمنع الحمل ، يمكن أن تقلل من سرطان الثدي وسرطان المبيض.
- 1.31 % امرأتين تعرف ان الرضاعة الطبيعية من وسائل منع الحمل ، ويقلل من فقدان الدم بعد الولادة وانخفاض الاصابة بسرطان الثدي وسرطان المبيض.
- 0.65 % يعرفون أن الرضاعة الطبيعية من وسائل منع الحمل ، ويقلل من الاصابة بمرض سرطان الثدي.
- 85.1 % من النساء اعطوا رضاعة طبيعية دون مساعدة احد (بمحض إرادتهم).
- 6.1 % نفس النسبة من أعضاء أسرة الزوج والزوجة الذين دفعوا الام الى الرضيع مبكرا.
- 2.6 % من النساء تلقوا دعم العاملين الصحيين بعد الولادة لإعطاء الرضاعة الطبيعية.
- 90.4 % من النساء ارضعوا اطفالهم بعد الولادة مباشرة.
- 9.6 % من النساء لم يرضعوا اطفالهم بعد الولادة مباشرة.
- 46.6 % من النساء ارضعوا بعد (3 إلى 6 ساعات) بعد الولادة.
- 20.4 % من النساء ارضعوا بعد (6 إلى 12 ساعة) من الولادة.
- 15.5 % من النساء ارضعوا بعد (2-3 ساعات) من الولادة.
- 13.6 % من النساء ارضعوا بعد (1-2 ساعات) من الولادة.
- 2.9 % رضعوا على الفور في (30 دقيقة إلى 1 ساعة) بعد الولادة.
- 1 % اعطت الرضاعة الطبيعية في غضون 30 دقيقة بعد الولادة مباشرة.
- 36.8 % من الأطفال الرضع قد استهلكوا الشاي بعد الولادة .

- 21.1 % من الأطفال قد استهلكوا الشاي والعسل الصافي قبل حليب الثدي.
- 18.4 % من الأطفال قد أخذ العسل الصافي مباشرة بعد الولادة.
- 12.3 % استهلكوا الماء المسكر والشاي قبل اللبأ.
- 7 % استهلكوا الماء المسكر بعد الولادة.
- 4.4 % من المواليد الجدد لم يستهلكوا شيئاً.
- 67.81 % من النساء قضوا يومين للولادة في اماكن التوليد الطبية.
- 20.55 % من النساء قضوا على الاقل اربعة ايام في اماكن التوليد الطبية.
- 5.48 % من النساء قضوا ثلاث ايام في اماكن التوليد الطبية .
- 4.11 % من النساء قضوا اربعة ايام في اماكن التوليد الطبية.
- 2.05 % من النساء قضوا فترة أقل من يوم في اماكن التوليد الطبية.
- متوسط مدة بقاء العينة 2.73 يوماً.
- 55.48 % من النساء لم يتلقوا معلومات على الرضاعة الطبيعية بعد الولادة.
- 40.41 % من أفراد العينة تلقوا معلومات ضعيفة على الرضاعة الطبيعية.
- 4.11 % من النساء تلقوا معلومات متوسطة على الرضاعة الطبيعية.
- ولا امرأة صرحت انها حصلت على معلومات مرضية جدا على الرضاعة الطبيعية.
- تم 100 % من الاطفال الذين ولدوا في العيادات سواء كانت (للدولة أو القطاع الخاص) استشارة الطبيب للأطفال كانت بانتظام ، ولكن ولا امرأة صرحت انها ارشدت الى الرضاعة الطبيعية الخالصة للأشهر 06 الأولى ، بغض النظر عن طول مدة بقائهن في اماكن التوليد الطبية .
- 31.37 % من النساء بعد خروجهن من اماكن التوليد الطبية قد اجروا فحص طبي اخر عند طبيب الأطفال الخاص حتى هذا الاخير لم ينصح الامهات بالرضاعة الطبيعية لمدة ستة أشهر فقط بغض النظر عن مكان الولادة (المنزل أو غير ذلك).
- 68.63 % من النساء لم يقوموا بفحص خارجي.
- 67.32 % من النساء تلقوا اطفالهم فحص ما قبل اللقاح في المركز لحماية الام والطفل (PMI) دون أن تكون مشجعة للرضاعة الطبيعية.
- 68،32 % من النساء لم تتلقى فحص المسبق للتحصين.
- 71.24 % معظم الرضع بعد الولادة مباشرة رضعوا من الثدي خلال الإقامة في المستشفى
- بحيث :
- 52.94 % من الأطفال تلقوا الرضاعة الطبيعية مع بعض السوائل.

- 18.30 % من الأطفال تلقوا الرضاعة الطبيعية الخالصة مباشرة بعد الولادة .
- 15.03 % من الرضع الذين تلقوا الرضاعة المختلطة بحيث :
- 14.38 % من الاطفال الذين تلقوا الرضاعة المختلطة مع السوائل الأخرى و
- 0.65 % من الاطفال الذين تلقوا الرضاعة المختلطة الخالصة.
- 9.15 % من الاطفال الذين تلقوا الرضاعة الاصطناعية مع غيرها من السوائل.
- 4.58 % من المواليد الجدد لم يتلقوا شيئا خلال الإقامة في المستشفى.
- 74.51 % من النساء رضعن اطفالهم الرضاعة الطبيعية بعد عودتهم الى المنزل.
- 15.03 % من النساء رضعن اطفالهم الرضاعة المختلطة بعد عودتهم الى المنزل.
- 10.46 % من النساء رضعن اطفالهم الرضاعة الاصطناعية بعد عودتهم الى المنزل.
- متوسط عدد الوجبات هي 10. فى اليوم في الأشهر القليلة الأولى.
- اغلب عدد تواتر الوجبات الرضاعة الطبيعية تشمل 8 و 10 و 12 مرة / 24 ساعة بنسبة 14 % ، 21.1 % و 21.9 %.
- 61.40 % من النساء يرضعن اطفالهم وفقا لاحتياجاتهم الغذائية.
- 23.68 % من النساء يرضعن أطفالهم كل ساعتين.
- 14.91 % من النساء يرضعن أطفالهم بعد كل ثلاث ساعات.
- 60.53 % من النساء لديهن أقل من 20 دقيقة للرضاعة الطبيعية.
- 19.30 % من النساء لديهن ما بين (20 إلى 45 دقيقة) لتغذية الطفل من الثدي.
- 15.79 % من النساء لديهن ما بين (45 إلى 60 دقيقة) للرضاعة الطبيعية.
- 4.39 % (60 دقيقة أو أكثر) لإعطاء الثدي للطفل.
- 72.81 % من النساء لم يمارسوا الرضاعة الطبيعية الخالصة.
- 19.30 % من النساء قد مارسوا الرضاعة الطبيعية الخالصة لمدة أقل من أسبوع.
- 7.02 % من النساء قد مارسوا الرضاعة الطبيعية الخالصة ما بين 07-14 يوما.
- 0.88 % ارضعت طفلها من حليبها وحده حوالى 28 يوما.
- بلغ متوسط عمر صيانة الرضاعة الطبيعية الخالصة لمدة 7.64 يوم فقط.
- 35.96 % من النساء رضعن طبيعيا لمدة شهر واحد.
- 15.79 % من النساء رضعن طبيعيا لمدة شهرين .
- 23.68 % من النساء رضعن طبيعيا لمدة 03 اشهر.
- 3.51 % من النساء رضعن طبيعيا لمدة 06 اشهر.

- 8.77 % من النساء رضعن طبيعياً لمدة 18 شهراً.
- متوسط عمر العينة لصيانة الرضاعة الطبيعية (الطعام) هو 3.78 شهراً.
- 45.36 % من النساء يعترفن أن نقص الحليب من الثدي هو السبب الرئيسي لتوقف الرضاعة الطبيعية قبل 06 شهراً.
- 38.14 % من النساء يعترفن أن استئناف العمل هو سبب توقفهن عن الرضاعة الطبيعية.
- 6.19 % من النساء يعترفن أن ضعف نمو الطفل والمشاكل من جروح و الالتهابات المختلفة التي تصيب الثدي هي أسباب وقف مبكر للرضاعة الطبيعية.
- 4.12 % من النساء يعترفن أن تدهور صحة الأم هو السبب توقفهن عن الرضاعة الطبيعية قبل ستة أشهر.
- 37.50 % من النساء يعترفن أن السبب الرئيسي لعدم ممارستهم الرضاعة الطبيعية هي "عدم وجود حليب الثدي".
- 31.25 % من النساء يعترفن عن عدم رغبتهم في الرضاعة الطبيعية.
- 18.75 % من النساء يعترفن أن القلق هو سبب عدم ممارستهم للرضاعة الطبيعية.
- 12.50 % من النساء يعترفن أن مشاكل الثدي من الالتهابات والجروح هي من بين أسباب عدم ممارستهم للرضاعة الطبيعية.
- 32.68 % من النساء اعترفوا أن عمر الطفل عند إدخال المياه هو أقل من أسبوع.
- 32.03 % من النساء اعترفوا ان ادخالهم للمياه كان بعد ساعات قليلة من الولادة.
- 28.10 % من النساء اعترفوا ان ادخالهم للمياه في غضون 24 ساعة بعد ولادة الطفل.
- 6.54 % من النساء اعترفوا ان ادخالهم المياه للرضيع كان ما بين 7 الى 14.
- 0.65 % من النساء اعترفوا ان ادخالهم المياه للرضيع كان ما بين وقدامرأة للطفل ما بين 21 إلى 28 يوم.
- تبين ان متوسط العمر عند إدخال الماء عند الرضع لم يتجاوز 2.16 يوم .
- 63.4 % من النساء قدموا الشاي للرضع بعد ساعات قليلة بعد الولادة.
- 19.6 % من الأمهات قدموا الشاي للرضع في أقل من أسبوع.
- 9.8 % من الأمهات قدموا الشاي ما بين 7 الى 14 يوم بعد الولادة.
- 6.5 % من الأمهات قدموا الشاي في غضون 24 ساعة.
- 0.7 % من الأمهات قدموا الشاي ما بين 3 إلى 4 أسابيع.
- تبين ان متوسط العمر لإدخال الشاي هو 1.78 يوم.
- 62.7 % أعطت غالبية النساء عصير للرضع في سن ثلاث اشهر.

- تبين ان متوسط العمر لإدخال عصير للرضع هو 4.33 شهر.
- 57.5 % اغلبية النساء بادروا بإعطاء الرضع المواد شبه الصلبة من الاغذية في وقت مبكر.
- تبين ان متوسط لعمر إدخال الاغذية شبه الصلبة هي 3.58 شهر.
- 54.8 % أكثر من نصف النساء قد ادخلت الأطعمة الصلبة في الشهر الخامس.
- وكان متوسط عمر العينة لإدخال المواد الصلبة هو 5.37 شهر.
- 36.6 % من النساء بادروا بإعطاء الأغذية الخاصة بالأسرة للرضع ابتداء من 10 شهر.
- تبين ان متوسط العمر لإدخال الأطعمة الخاصة بالأسرة هو ابتداء من 9.74 شهر.
- 32.68 % من النساء بذعوا بتنويع النظام الغذائي للاطفالهن على معرفتهم الخاصة.
- 27.45 % من النساء بذعوا بتنويع النظام الغذائي للاطفالهن من خلال الارشادات المقدمة من طرف العاملين في مجال الصحة خلال فترات التطعيم.
- 20.26 % من النساء بذعوا بتنويع النظام الغذائي للاطفالهن عن طريق استخدام الدفتر الصحي للطفل.
- 76.6 % من النساء فطموا أطفالهم بطريقة حادة.
- 23.4 % من النساء فطموا أطفالهم بطريقة تدريجية.
- 52.6 % من النساء اعترفوا ان "نقص حليب الثدي" هو السبب الرئيسي لوقف الرضاعة الطبيعية.
- 25.5 % من النساء قد توقفت عن الرضاعة الطبيعية ، بسبب استئناف العمل.
- 31.2 % من النساء بذعوا تغذية اطفالهم من حليب البالغين في سن 13 اشهر.
- 18.1 % من النساء بذعوا تغذية اطفالهم من حليب البالغين في سن 12 اشهر.
- 15.2 % من النساء بذعوا تغذية اطفالهم من حليب البالغين في سن 10 اشهر.
- 11.6 % من النساء اللواتي اقترحوه في سن 11 اشهر.
- تبين ان متوسط عمر الطفل عند إدخال الحليب للبالغين هو 11،7 شهر.
- 75.2 % من النساء اجابوا (نعم) أطفالهم يعانون من الأمراض المتكررة.
- 24.8 % من نساء العينة اجابوا (بلا).
- 40 % من الأطفال يعانون من الحساسية.
- 26.1 % من الأطفال يعانون من التهاب الشعب الهوائية.
- 17.4 % من الأطفال الذين يشكون من التهاب البلعوم الأنفي.
- 9.6 % يعانون من مرض الربو.

7 % من الأطفال يعانون من الاسهال.

51 % من الأطفال لديهم وزن عادي نسبة الى سنهم (18 شهرا).

28.8 % من الأطفال لديهم وزن زائد نسبة الى سنهم (18 شهرا).

20.3 % يعانون من نقص الوزن نسبة الى سنهم (18 شهرا).

بصفة عامة ، لقد برهنت النتائج التي حصلنا عليها في هذا الجزء بشكل واضح على الدور السلبي للمتغيرات المدروسة لتحقيق الرضاعة الطبيعية المثلى واستمرارها لفترات أطول. من بين المتغيرات التي ساهمت في هذا الفشل ، على سبيل المثال ، سلوك اللامبالاة العامة للقطاع الصحي لموضوع الرضاعة الطبيعية و على الخصوص انعدام وجود التوجيه والدعم لأعوان الصحة في بداية ولادة الرضيع ايضا انعدام الدعم في عيادات التوليد و في المستشفيات و في مراكز حماية الصحة للام والطفل. هذا الاهمال يعود بالدرجة الاولى الى عدم وجود تكوين اعوان الصحة المختصين في مجال التغذية للأطفال على الخصوص في الرضاعة الطبيعية زيادة عن العدد الكبير من النساء في العيادات و في المستشفيات للتوليد. من ناحية أخرى تبدأ معظم النساء إلى ادخال وتنويع الاغذية لأطفالهم في سن مبكر. هذا يرجع الى الحيرة الكبيرة للأمهات بعد عودتهن الى منازلهم تصبح الام مهمشة ومعزولة في المنزل و الوحيدة المسؤولة عن تغذية طفلها مع وجود نقص كبير في معرفتها عن تغذية طفلها ، وغالبا ما تستند هذه الاخيرة على المعتقدات الخاطئة التي تدفع بها الى السلوك الخطأ و اللجوء السريع إلى ادخال الاغذية و تنويعها في سن مبكر. ادخال الغذاء الغير اللائق يؤدي بدوره الى الفطام المبكر غالبا يكون حاد ، وهذا ما يترتب عنه ظهور كتلة من المشاكل الصحية مثل أمراض الأطفال التي هي النتيجة الأولى عن التخلي عن ممارسة الرضاعة الطبيعية وادخال الغذاء في سن مبكر.

(7)- الجزء السابع : وسائل منع الحمل والرضاعة الممارسات :

84.2 % من النساء تعتقد أن الرضاعة الطبيعية يمكنها منع الحمل.

100 % من النساء اللواتي ولدن في الاماكن لتوليد الطبية حصلن على وصفة طبية مكتوب عليها حبوب مانعة للحمل مناسبة للرضاعة الطبيعية.

87.7 % من النساء استعملوا حبوب منع الحمل المناسبة للرضاعة الطبيعية بعد الولادة مباشرة.

12.3 % لم تستخدمها.

45 % من النساء استعملوا حبوب منع الحمل المناسبة للرضاعة الطبيعية خلال شهر واحد.

24 % من النساء استعملوا حبوب منع الحمل المناسبة للرضاعة الطبيعية خلال شهرين.

23 ٪ من النساء استعملوا حبوب منع الحمل المناسبة للرضاعة الطبيعية خلال ثلاث اشهر.

تبين ان متوسط مدة متابعة حبوب منع الحمل المناسبة للرضاعة الطبيعية هي 2.18 شهر.

91.5 ٪ من النساء استبدلوا حبوب منع الحمل المناسبة للرضاعة الطبيعية بحبوب منع الحمل المركبة (دات هرمونين اثنين) في الأشهر الستة الأولى.

7.4 ٪ من النساء استخدموا ازواجهم الواقي الذكري.

1.1 ٪ من النساء استبدلوا حبوب منع الحمل المناسبة للرضاعة الطبيعية بحبوب مختلفة لكنها مناسبة دائما لحليب الام.

74.5 ٪ من النساء استبدلوا وسائل منع الحمل من تلقاء أنفسهم.

17 ٪ من النساء استبدلوها بعد نصيحة طبية.

8.5 ٪ من النساء استبدلوها بعد استشارة الصيدلي.

35.7 ٪ من النساء لم يستخدموا وسائل منع الحمل المعطاة بعد الولادة بسبب ترملمهم.

28.6 ٪ من النساء لم تستخدموا حبوب منع الحمل المناسبة للرضاعة الطبيعية المعطاة في المستشفيات لأنها ضعيفة المفعول لكونها دات هرمون واحد و بالتالي تشكل خطرا .

14.3 من النساء هن في حالة غياب الدورة الدموية بعد الولادة الناتجة عن الرضاعة الطبيعية، والبعض منهن بنفس النسبة في حالة طلاقا.

7.1 ٪ من النساء لم يستخدموا أي وسائل منع الحمل بسبب غياب الطويل عد للزوج الطويل.

62.7 ٪ الاغلبية من النساء يستخدمن حبوب منع الحمل في الوقت الراهن لأنها أكثر الوسائل موثوق بها لمنع الحمل.

وقد وجدت الأبحاث أن غالبية النساء اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل المركبة أي دات هرمونين من تلقاء انفسهم دون ادراك او وعى منهن إلى درجة تأثيرها الضار على نمو الطفل ، وحجم ونوعية الحليب ، ليس هناك امرأة قد استخدمت الرضاعة الطبيعية كوسيلة مانعة للحمل في حين أن هذه الاخيرة ر هي الطريقة الطبيعية لمنع الحمل و لضمان الرضاعة الطبيعية الخالصة والاطول.

8) - الجزء الثامن: العمل المهني للمرأة والرضاعة الطبيعية:

76.4 ٪ من النساء يعملن في القطاع العام.

23.6 ٪ من النساء يعملن في القطاع الخاص.

- 81.9 % من النساء متعاقدين مع صندوق الضمان الاجتماعي.
- 18.1 % من النساء غير متعاقدين مع صندوق الضمان الاجتماعي..
- 86.4 % من النساء تحصلوا على التعويض المالي من صندوق الضمان الاجتماعي التي نفقت على الزيارات اثناء الحمل والولادة.
- 10.2 % من النساء تحصلوا على نصف التعويض المالي من صندوق الضمان الاجتماعي التي نفقت على الزيارات اثناء الحمل والولادة.
- 3.4 % من النساء لم يتحصلوا على التعويض المالي من صندوق الضمان الاجتماعي.
- 76.4 % من النساء استفادوا من إجازة الأمومة بعد ولادة الطفل.
- 23.6 % من النساء لم يستفيدوا على إجازة الأمومة بعد ولادة الطفل .
- 29.1 % من النساء استفادوا من إجازة الأمومة الاضافية.
- 70.9 % من النساء لم يستفيدوا على إجازة الأمومة الموسعة.
- 50 % من النساء استفادوا من إجازة الأمومة الاضافية من أجل استرداد.
- 31.3 % من النساء استفادوا من إجازة الأمومة الاضافية بسبب الوضع الصحي السيئ للطفل للاسترداد.
- 12.5 % من النساء استفادوا من إجازة الأمومة الاضافية بسبب الوضع الصحي السيئ للطفل .
- 6.3 % من النساء استفادوا من إجازة الأمومة الاضافية بسبب ممارسة الرضاعة الطبيعية لفترة أطول.
- 79 % من النساء استفادوا من الوقت المخصص للرضاعة الطبيعية.
- 21 % من النساء لم يستفيدوا من الوقت المخصص للرضاعة الطبيعية.
- 100 % من النساء ليست راضيات عن الوقت المخصص للرضاعة الطبيعية في أماكن العمل.

التخلي عن ممارسة الرضاعة الطبيعية هي نتيجة لتغيير سلوك النساء بسبب تطور موقفها في المجتمع ، والكثير من النساء يعملن الآن من اجل الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية ويقضون معظم وقتهم لفترات طويلة خارج المنزل منفصلات عن اطفالهم الصغار ، مما جعل من المستحيل الاستمرار في الرضاعة الطبيعية ، في حين أن منظمة الصحة العالمية وغيرها من الوكالات والبرامج توقعوا هذا الوضع ، واقترحوا أن تشمل أماكن العمل خطط أو استراتيجيات التي تسهل وتجعل ممارسة الرضاعة الطبيعية ممكنة في أي موقف تكون فيه المرضعة. للأسف لدينا في الأوساط المهنية التي تعمل فيها المرأة نقص كبير من

التفاهم وجها لوجه مع المرأة المرضعة ، وليس مكان خاص (غرفة منعزلة) للرضاعة الطبيعية ، ومعدات لاستخراج الحليب من الثدي و حفاظه في الثلاجة أو حضانة بالقرب من مكان العمل و حتى فترة إجازة الأمومة ليست كافية لممارسة الرضاعة الطبيعية الخالصة والاطول.

(9)- الجزء التاسع: آراء:

98.25 % من النساء أجابوا (لا) حليب الام لا يمكن الحفاظ به أي تخزينه.

1.75 % من النساء أجابوا (نعم) حليب الام يمكن الحفاظ به أي تخزينه.

تتكون العينة من 153 امرأة للاستجواب هناك سوى امرأتين ذكروا ان الحفاظ على حليب الثدي يكون في (الثلاجة).

ولا امرأة من العينة تعرف المدة الزمنية صلاحية الحفاظ بحليب الثدي.

56.1 % من النساء يعتقدن أن أفضل ممارسة للرضاعة الطبيعية تعود الى قوة ارادة الأمهات المرضعات.

69.4 % من النساء تعترف بأن أزواجهن لهم موقف "اللامبالاة" اتجاه ممارساتهم الرضاعة الطبيعية.

44.8 % من النساء يؤكدن ان ممارسة الرضاعة الطبيعية تتوقف على العلاقة بين الافراد الذين يعيشون معها.

67.3 % من النساء يؤكدن أن معظم النساء على دراية عن فوائد الرضاعة الطبيعية.

48.4 % من النساء تلتجئن إلى الرضاعة الصناعية لتكون أكثر حرية وللحفاظ على جمال الثدي.

50.3 % نصف نسبة للعينة ترى أن هناك حاجة لتحديد استراتيجية تشجيع الرضاعة الطبيعية على مستوى : الأسرة والصحة العمومية والحكومة.

لقد ساهمت متغيرات الجزء "آراء" أيضا بصفة واضحة ومباشرة إلى عدم ممارسة الرضاعة الطبيعية لفترة طويلة من بين هذه المتغيرات ، لا أكثر من امرأتين من العينة الذين يعرفون أن حليب الام يمكن الحفاظ به لمدة معينة ولكن لا أحد يعرف ما هي الفترة الزمنية للحفاظ به ، وأكثر من نصف العينة يعتقدون أن أفضل ممارسة الرضاعة الطبيعية تتوقف على مدى استعداد و ارادة الامهات المرضعات ، ولكن اغليبيتهم محرومات من

المعلومات الطبية الحديثة ، مع انعدام الدعم في المنزل حيث 69.4 % من النساء تعترفن

أن أزواجهن لهم موقف "اللامبالاة" اتجاه ممارساتهم للرضاعة الطبيعية ، 44.8 % يؤكدن

ان الممارسة الناجحة للرضاعة الطبيعية تتوقف على نوعية العلاقة بين الناس الذين

يعيشون مع المرضعة. على الرغم من أن معظم النساء (67.3 %) على دراية عن فوائد

الرضاعة الطبيعية ، وهذه الدراية او الوعي لا يمنعهم من استخدام حليب الزجاجة الاصطناعي والتخلي المبكر للرضاعة الطبيعية لتكون اكثر حرية للمرأة ولجمال ثديها. معظم النساء أخيرا ترى أن هناك حاجة إلى تحديد استراتيجية على مستوى الأسرة والصحة العمومية والحكومة بحيث يتم تقوم كل هذه المؤسسات بتوفير الدعم الأفضل للنساء في ممارساتهم للرضاعة الطبيعية.

التوصيات:

التخلي عن ممارسة الرضاعة الطبيعية على المستوى الدولي والوطني هو نتيجة للتطور الصناعي الذي كان يرافقه أهم تغيير في السلوك البشري سجل في التاريخ. عموما ، عن وهران ، استخلص هذا البحث أن جميع العوامل المذكورة و التي درسناه من خلال مختلف اجزاء الاستبيان مثل : التنمية الحضرية في وهران ، نقص الكبير في ثقافة الأمهات رغم تطورها في المجتمع و خروجها إلى القطاع المهني زيادة عن الموقف اللامبالي من طرف افراد عائلاتها خصوصا من الأزواج ، كذلك الدور السلبي المتمثل في انعدام توعية المرأة واقناعها على اهمية ارضاع طفلها و تبدا هذه التوعية من الاماكن المخصصة للتوليد كالعيادات وتجاهل موضوع الرضاعة الطبيعية من طرف اعوان الطبي خلال الزيارات السابقة وبعد الولادة ، انعدام الارشادات و توعية الامهات في المراكز لحماية صحة الأم والطفل أثناء الفحوص الطبية وفترة التحصين حول فوائد وأهمية الرضاعة الطبيعية . كل هذه العوامل لعبت دورا مباشرا أو غير مباشر في التراجع مبكرا عن ممارسة الرضاعة الطبيعية.

نظرا للوضع الدرامي عن الممارسة القصيرة للرضاعة الطبيعية في وهران و للحد من العوامل التي لها دخل في التقصير فيها ، تبين انه من الضرورة القصوى إيجاد او اقتراح استراتيجية مناسبة لتشجيع ودعم محلي لنساء وهران على ممارسة اطول مدة ممكنة للرضاعة الطبيعية لمصلحة الصحة العمومية ولضمان جودة للأجيال القادمة في وهران. ان الاستراتيجية المستهدفة على تحقيق الرضاعة الطبيعية المثلى يجب ان تكون على عدة مستويات :

1- خلال فترة الحمل : في الأماكن التي تتابع الامهات تطور حملها ، يستطيع كل من الاطباء واعوان شبه الطبي القيام بتدريسها وتوعيتها عن اهمية الرضاعة المبكرة والطويلة المدى على مستقبل صحة الام والطفل الرضيع ويتم ذلك عن طريق:

1- شرح فوائد الحليب للمرأة.

2- محاربة المفاهيم الخاطئة عن الرضاعة الطبيعية.

3- مناقشة موضوع الرضاعة الطبيعية الممارسات الصحية للأمهات.

4- فحص الثدي للأم.

5- تعليم المرأة تقنيات الرضاعة الطبيعية.

(2)- عند ولادة الطفل التأكد من أن (ه):

1- تم توليد المرأة في اماكن مختصة في التوليد.

2- يجب على الاماكن المختصة في التوليد ان يكون لها تكوين (المستشفيات الصديقة للطفل).

3- توعية مستمرة من طرف اعوان الشبه الطبي وان تكون اتصالاتهم بالأمهات موضوعي والهدف منه اقتناع الامهات بطريقة علمية و صحيحة عن فوائد الرضاعة الطبيعية.

(3) في المنزل : تركز على برامج دعم الرضاعة الطبيعية بما في ذلك فترة الولادة والعودة الى المنزل هو :

1- إعداد (دور الزوج وأفراد الأسرة الآخرين) لمساندة الام المرضعة.

2- توعية الأطباء للأمهات مثلا عن تجنب الفطام لا مبرر كحل للاضطرابات التي تصيب الأطفال احيانا مثل : الإسهال ، التقيؤ ، والمغص ، والطفح الجلدي... أو في حالة الأمراض البسيطة ومن الخطأ نصح الامهات بالامتناع عن الرضاعة الطبيعية ومن مهام الطبيب ارشاد الامهات عن متى يجب ان تكون الأدوية مسموحة ، مؤقتة أو غير مسموحة بشكل دائم اثناء الرضاعة الطبيعية.

3- مساعدة و تدخل المرشحات في حالة ما إذا كانت الأم المرضعة تلقت صعوبات في الرضاعة الطبيعية.

4- وضع حضانات الاطفال الصغار قرب اماكن عمل الامهات .

(4) - على المستوى الوطني: هناك نقطتان مهمتان:

4.1- التدريس الموجه: هو دمج موضوع الرضاعة الطبيعية في البرامج التالية:

- في المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية.
- في المدارس و المعاهد شبه الطبية.
- في الجامعات، ليس فقط في مجال التعليم العالي للطب ولكن في جميع "العلوم الاجتماعية".

(4.2)- على مستوى البحوث و الدراسات العلمية : ان تقوم هذه البحوث على :

- 1- البحث عن العوامل التي تشجع على انتاج حليب الثدي.
- 2- التحدث عن مزايا و فائدة حليب الثدي على صحة الام والطفل حاضرا ومستقبلا.
- 3- توسيع البحوث الوبائية بالخصوص على التغذية للطفل ومدى تأثيرها على صحته في المستقبل.

الكلمات المفتاحية:

الرضاعة الطبيعية الخالصة – الرضاعة الطبيعية القصيرة المدى- الرضاعة الطبيعية
– الرضاعة المختلطة – الرضاعة الاصطناعية – التغذية الاصطناعية للأطفال –
الرضاعة الطبيعية المثالية - بدائل حليب الام- انتاج حليب الام – اللبأ - الفطام –
تنوع الاغذية – توقف الاخصاب الناتج عن الرضاعة الطبيعية الخالصة – شهادة
مستشفى صديقة الاطفال – مراكز لحماية صحة الام والطفل.

Résumé

Résumé synthétique :

Les dernières études réalisées en Algérie auprès des femmes, surtout de grandes villes révèlent qu'elles allaitent de moins en moins longtemps. En effet, même si elles sont nombreuses à donner le sein à leur bébé dès la naissance, une bonne proportion abandonne l'allaitement au sein au cours des 03 premiers mois pour de diverses raisons. En outre, très peu parmi-elles se confinent à offrir un allaitement maternel exclusif selon les données de la dernière enquête sur la santé de la mère et de l'enfant (MICS3 Algérie 2006).

Etant donné les avantages de l'allaitement maternel et son impact sur la santé de l'enfant, l'étude se propose de réaliser une enquête auprès des femmes de la commune d'Oran, a pour objectif de connaître les raisons pour lesquelles n'arrivent pas à allaiter leur bébé exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie, et à partir de cet âge (06mois) peuvent et doivent le continuer avec une nourriture complémentaire jusqu'à l'âge de deux ans ou plus selon la dernière recommandation de l'organisation mondiale de la santé, à travers leurs connaissances, attitudes et pratiques des Oranaises vis-à-vis de l'allaitement optimal et jusqu'à quelle durée l'allaitement au sein est continué.

La population cible est composée de femmes âgées entre (15 ans à 48 ans) ayant un enfant âgé de 18 mois. Ces femmes sont identifiées de manière aléatoire au niveau de centres de protection maternelle et infantile « PMI » pour le rappel de vaccin : D.T.C.P. (contre la diphtérie, tétanos, coqueluche, et, poliomyélite). Un questionnaire est administré à toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion sus-cités.

Ce travail est constitué de trois chapitres suivants :

Le premier chapitre est formé de trois sections, la première décrit la méthodologie de recherche la deuxième section présente les différentes sources de données utilisées et la dernière consiste à présenter la définition des différents concepts employés.

Le second chapitre est le cadre théorique présenté en deux sections, la première a abordé le sujet de l'allaitement maternel et la deuxième est consacrée à présenter les diverses étapes qui décrivent l'évolution, les stratégies et les objectifs mondial de la pratique de l'allaitement maternel.

Le dernier chapitre est composé de trois sections, la première dépeint la commune d'Oran, la deuxième est réservée pour la méthodologie de l'enquête et la troisième section est employée à présenter l'analyse descriptive et approfondie de l'enquête.

Mots clés.

Allaitement exclusif; Allaitement optimal; Allaitement au sein; Allaitement mixte; Allaitement artificiel; Préparation commerciale pour nourrissons; Allaitement idéal; substitut du lait maternel; Montée laiteuse; Colostrum; Sevrage; Diversification alimentaire; Méthode d'aménorrhée due à l'allaitement; Le label « Hôpitaux amis des bébés »; Centres de « PMI ».