

Les facteurs favorisant l'allaitement maternel en Tunisie

Factors promoting breastfeeding in Tunisia

Bel Hadj . I ^(1,2), Tmar. M ^(1,2), Khalsi. F ^(1,2), Kbaier. S ^(1,2), Staali. D ^(1,2), Hamouda. S ^(1,2)
Bousetta. K ^(1,2)

⁽¹⁾Hôpital d'Enfants Béchir Hamza, Service de Médecine Infantile B, Tunis

⁽²⁾ Université de Tunis El Manar, Faculté de Médecine de Tunis, Tunisie

RÉSUMÉ :

Objectif : Identifier les facteurs favorisant l'allaitement maternel et sa prolongation.

Matériels : Etude descriptive analytique basée sur la collecte prospective de données d'un auto-questionnaire distribué durant la période allant du 13 février au 29 avril 2017 à 80 mères ayant allaité leurs nouveau-nés au sein.

Résultats : Les facteurs favorisant l'allaitement maternel exclusif et son prolongement notés étaient : le contact peau à peau dans l'heure suivant la naissance ($p=0,006$, OR=1,7, IC95% [1,1-2,8]), la tétée précoce avant deux heures de vie ($p=0,001$, OR= 6,4, IC95% [2,2- 19,1]), l'absence de prise de biberon à la maternité ($p=0,0001$, OR=5,7, IC95% [1,8-17,9]), l'absence de séparation de la mère et de l'enfant à la maternité ($p=0,004$, OR=4,2, IC95% [1,3-13,1]), et l'encadrement par un professionnel de la santé ($p=0,009$, OR=1,5, IC95% [1,1-2,03]). Les principales causes de sevrage précoce de l'allaitement maternel retrouvées étaient : la croyance que le lait maternel est insuffisant et peu nourrissant (45%), la difficulté à prendre le sein par le nourrisson (33%), l'hospitalisation du nourrisson (21%), la fatigue de la mère (15%) et la reprise du travail (14%).

Conclusion : Les facteurs favorisant l'allaitement maternel doivent être instaurés et consolidés au niveau des maternités et des services de pédiatrie afin d'aider les mères à maintenir l'allaitement maternel exclusif au moins jusqu'à l'âge de la diversification.

Mots Clés : lait maternel, nouveau-né, sevrage précoce, nourrisson

ABSTRACT :

Objective: Identify determining factors promoting breastfeeding and its extension. chronic diseases, which often leads to a state of mental suffering. The objective of our work was to analyze the different emotions of a child care provider in relation to a child with a chronic disease and the adapted strategies to manage them.

Materials: Analytical descriptive study based on the collection of data from a self-questionnaire distributed during the period from 13 february to 29 April 2017 to 80 mothers who breastfed their newborns.

Results: The noted factors favoring the prolongation of exclusive breastfeeding were: early breastfeeding withing two hours after birth ($p=0.001$, OR= 6.4, 95% CI [2.2-19.1]), the absence of bottle-feeding in the maternity ward ($p=0.0001$, OR=5.7, 95% CI [1.8-17.9]), the absence of separation of mother and child in the maternity ward ($p=0.004$, OR=4.2, 95% CI [1.3-13.1]), skin-to-skin contact within one hour after birth ($p=0.006$, OR=1.7, 95% CI [1.1-2.8]) and guidance from a healthcare professional ($p=0.009$, OR=1.5, 95% CI % [1.1-2.03]). The main causes of early weaning from breastfeeding found were: the belief that breast milk is insufficient and not very nutritious (45%), difficulty in breast taking by the infant (33%), infant hospitalization (21%), mother's tiredness (15%) and going back to work (14%).

Conclusion: The factors favoring breastfeeding must be established and consolidated at the maternities and pediatric units in order to help mothers to maintain exclusive breastfeeding at least until the age of diversification. diversification.

Keywords: newborn, breastfeeding, early weaning, infant

Corresponding author :

Dr Bel Hadj Imen :

E-mail: imen.belhadj@fmt.utm.tn

INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande depuis mai 2001 un allaitement maternel (AM) exclusif pendant les six premiers mois de vie puis sa poursuite de manière partielle jusqu'à l'âge de deux ans au moins [1]. En effet, un AM optimal des nourrissons de moins de deux ans permet d'empêcher le décès de 1,4 million d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement [2].

Malgré les efforts déployés par l'état tunisien et certaines sociétés civiles en faveur de l'AM, la Tunisie reste malheureusement classée parmi les pays ayant les taux d'AM les plus bas. En effet, les données nationales ont montré des taux d'AM ne dépassant pas les 13,5% en 2018 [3].

Cette baisse du taux d'AM ainsi que sa poursuite au-delà des 2 premiers mois de vie est expliquée par de nombreux facteurs liés aussi bien à la mère, ses connaissances et ses conditions sociales qu'aux efforts du personnel soignant pour encourager et aider à maintenir l'AM. C'est dans cette optique que nous avons mené une étude permettant d'identifier les facteurs favorisant l'AM ainsi que sa prolongation.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude descriptive analytique basée sur un auto-questionnaire constitué de questions fermées et à choix multiples, axées sur les connaissances sur l'AM, les facteurs favorisant son initiation et son prolongement ainsi que les causes de son arrêt précoce. Cet auto-questionnaire a été distribué à 80 mères ayant sevré leur enfant avant l'âge de 2 ans, en n'ayant pas inclus les mères de nouveau-né présentant une contre-indication à l'AM. Cette étude s'est déroulée sur une période allant du 13 février au 29 avril 2017, aux services de Médecine Infantile B et C de l'Hôpital d'Enfants Béchir Hamza ainsi qu'au service de Pédiatrie du Centre Hospitalier International Carthagène. Les données du questionnaire ont été relevées anonymement et analysées au moyen du logiciel SPSS, un test était considéré significatif en cas de $p < 0,05$.

RESULTATS :

L'âge moyen des mères lors de la grossesse était de 28,7ans. La quasi-totalité des mères (96%) étaient mariées, deux étaient divorcées (2%) et une maman était veuve (1%). Le niveau d'instruction maternel était universitaire dans 55% des cas.

Trois mères interrogées étaient analphabètes.

Plus de la moitié des mères étaient des femmes au foyer (59%). Les mères qui travaillaient étaient des cadres dans 11% des cas. Le niveau économique était moyen dans 55% des cas et bas dans 21% des cas. Plus de la moitié des mères (59%) étaient primipares. L'accouchement s'est fait par césarienne dans 54% des cas, à terme dans 92% des cas. Dans 54% des mères ont accouché en maternité étatique contre 45% en maternité privée.

L'AM était reconnu comme important sur le plan

socioculturel par 96% des mères interrogées et comme l'aliment le mieux adapté pour leur enfant dans 86% des cas.

Seules 46% des mères savaient que l'AM était recommandé au moins jusqu'à l'âge de 6 mois. La décision d'allaiter au sein a été prise avant l'accouchement pour 86% des mères interrogées. Dans 79% des cas, les mères étaient soutenues par un membre de la famille ou une nourrice. Les mères ayant fait des études supérieures et celles ayant accouché par voie basse ont opté plus souvent pour l'AM exclusif avec une différence statistiquement significative (Respectivement 55% versus 45%, $p=0,04$, OR= 0,282, IC 95% [0,091-0,871] et $p=0,01$, OR= 0,238, IC 95% [0,08-0,703]). Nous n'avons pas trouvé d'association statistiquement significative entre le choix d'allaiter au sein et la profession de la mère dans le domaine de la santé, l'analphabétisme maternel, la primiparité, le soutien par l'entourage et le fait d'être femme au foyer.

Seules 24% des mères ont eu un contact peau à peau avec leur nouveau-né immédiatement après la naissance. La mise au sein du nouveau-né lors des deux premières heures suivant l'accouchement n'a été observée que chez 35% des mères interrogées.

Le couple mère-enfant a été séparé pendant le séjour à la maternité dans 41% des cas, avec une durée moyenne de séparation de 1,94 jours. Au cours de cette séparation, 91% des nouveau-nés ont reçu un lait infantile, seuls 9% ont reçu un biberon de lait maternel prélevé par le tire-lait. Seuls 26% des mères ont mis leurs bébés exclusivement au sein dès la naissance. La durée moyenne de l'AM exclusif était de 1,69 mois.

La tétine a été donnée aux nourrissons par 59% des mères, à un âge moyen de 17,1 jours. L'âge moyen de la diversification alimentaire était de 3,71 mois.

L'analyse uni variée a révélé six facteurs favorisant de l'AM exclusif (Tableau I).

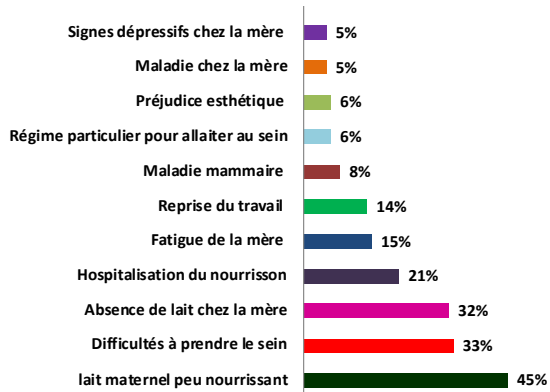
Tableau I : Analyse univariée des facteurs favorisant l'allaitement maternel exclusif

Facteur	Prévalence	OR (IC 95%)	p
Tétée précoce < 2 heures	3,5%	6,43 [2,17-19,07]	0,001
Absence de prise de biberon à la maternité	51,25%	5,7 [1,82 -17,86]	0,0001
Absence de séparation Mère-Enfant à la maternité	58,75%	4,21 [1,35- 13,15]	0,004
Peau à Peau	76,25%	1,73 [1,06 - 2,82]	0,006
Encadrement par un professionnel de la santé	58,75%	1,48 [1,08 -2,03]	0,009
Accouchement en maternité étatique	41,25%	1,45 [1,08 - 1,94]	0,01
Utilisation de tire-lait	42,5%	1,07 [0,82 - 1,38]	0,798

p : calculé par le test de Fisher, significatif si $< 0,05$

La croyance que le lait maternel est insuffisant et peu nourrissant était la première cause du sevrage précoce de l'AM (45%) (Figure 1).

Figure 1 : Causes du sevrage précoce de l'allaitement maternel chez les mères interrogées



Le facteur de risque d'arrêt de l'AM avant l'âge de 4 mois le plus significativement noté était la séparation mère-enfant à la maternité ($p = 0,01$, $OR=1,2$ $IC95\% [1,06 - 1,37]$) (Tableau II).

Tableau II: Analyse univariée des facteurs de risque d'arrêt de l'allaitement maternel avant l'âge de 4 mois

Facteur	Prévalence	OR (IC 95%)	p
Séparation Mère-Enfant à la maternité	41,25%	1,20 [1,06 – 1,37]	0,018
Première tétée > 2 heures	61,25 %	5,64 [1,06 – 30,03]	0,050
Prise de biberon à la maternité	48,75%	7,82 [0,91 – 66,88]	0,057
Absence de peau à peau	76,25%	2,1 [0,45 – 9,75]	0,386
Utilisation de tire-lait	57,5%	1,14 [1,04 – 1,26]	0,717
Hospitalisation du nourrisson	21,25%	1,36 [1,19 – 1,55]	0,192
Absence d'encadrement par un professionnel de la santé	41,25%	0,38 [0,08 – 1,72]	0,264

p : calculé par le test de Fisher, significatif si $< 0,05$

Discussion

Notre étude présente plusieurs points forts à savoir un échantillon assez important de mère interrogées, le caractère multicentrique réunissant les secteurs de santé publique et privée ainsi que l'étude analytique univariée. Les limites de notre étude sont l'absence de représentativité de toute la population tunisienne ainsi que le déséquilibre d'échantillonnage des mères interrogés par rapport au niveau socio-économique et au milieu de vie rural ou urbain.

Notre étude a montré que malgré une forte conviction que l'AM est important pour le nourrisson (86%), une décision d'allaiter au sein prise avant l'accouchement (86%) ainsi que la présence fréquente d'un soutien par un membre de la famille ou une nourrice (79%), seules 26% des mères interrogées ont mis leurs bébés exclusivement au sein dès la naissance et la durée moyenne de l'AM exclusif n'était que de 1,69 mois. Cinq facteurs favorisant l'AM exclusif ont été identifiés : le peau à peau ($p=0,006$, $OR=1,7$ $IC95\%[1,06-2,82]$), la tétée précoce avant H2 de vie ($p=0,001$, $OR=6,4$ $IC95\%[2,17-19,07]$), l'absence de prise de biberon à la maternité ($p<0,001$, $OR=5,7$ $IC95\%[1,82-17,86]$), l'absence de séparation mère-enfant à la maternité ($p=0,004$, $OR=4,2$ $IC95\%[1,35-13,15]$) et l'encadrement de l'AM par un professionnel de la santé ($p=0,09$, $OR=1,5$

$IC95\%[1,08-2,03]$). Les facteurs de risque associés à un sevrage précoce, avant l'âge de 4 mois, relevés étaient la séparation mère-enfant à la maternité ($p=0,018$, $OR=1,2$ $IC95\%[1,05-1,37]$) et la première tétée reçue 2 heures après l'accouchement ($p=0,05$, $OR=5,6$ $IC95\%[1,05-30,02]$).

Au vu de l'importance de l'AM, l'OMS et l'Unicef ont lancé en 1989, le programme « Baby-Friendly Hospital Initiative » qui repose sur 10 points de bonnes pratiques permettant de protéger, encourager et soutenir l'AM [4]. Ce programme, adopté par plus de 30 pays, a prouvé son efficacité dans l'augmentation du taux d'AM [5]. Parmi les 10 points de bonnes pratiques nous citons la mise au sein dans les 30 minutes suivant l'accouchement, l'absence de séparation mère-enfant à la maternité, proscrire tout aliment au nouveau-né en dehors du lait maternel et l'encadrement des mères par un professionnel de santé formé. Ces recommandations ont été identifiées dans notre étude comme facteurs favorisant de l'AM. Ces facteurs ont également été repris et recommandés dans le rapport de promotion de l'AM du Pr Turck élaboré dans le cadre du Programme Nation Nutrition Santé de France. Dans ce rapport plusieurs facteurs déterminants de l'AM (pour son initiation et/ou son prolongement) ont été énoncés, parmi lesquels le soutien du partenaire et de l'entourage, la mise au sein précoce, la cohabitation mère-enfant 24h/24h à la maternité et le soutien d'un professionnel de santé formé [6].

Le niveau d'instruction des mères est un facteur influençant de l'AM exclusif. Dans notre étude, les mères interrogées ayant fait des études supérieures ont opté plus souvent pour l'AM exclusif avec une différence statistiquement significative (55% versus 45%, $p=0,04$, $OR= 0,28$, $IC 95\% [0,09-0,87]$). Ce facteur a été souligné par de nombreux travaux, comme dans l'étude de Diagne-Guèye NR et al., où le niveau d'études élevé était un facteur régulièrement associé à une durée prolongée d'AM exclusif [7]. Notre étude a également montré que les mères ayant accouché par voie basse ont plus souvent opté pour un AM exclusif ($p=0,01$, $OR= 0,238$, $IC 95\% [0,08-0,703]$). Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Poumellec et al, comparant deux groupes de femmes françaises allaitantes et qui a montré un AM exclusif prolongé au-delà de 6 mois plus important chez les femmes ayant accouché par voie basse (70,6 % versus 62,9 %, $p=0,03$) [8].

Le contact peau à peau à la maternité est une technique simple permettant d'amorcer et d'encourager l'AM, notre étude l'a montré avec une différence statistique significative ainsi que l'étude de Bouanene I. et al., qui l'a identifié comme l'un des déterminants d'une durée d'AM exclusif supérieure à 3 mois ($p = 0,03$) [9]. L'étude française de Huet F. et al, incluant 2773 mères interrogées a montré que les facteurs favorisant l'AM étaient le contact peau à peau précoce mère-enfant, la cohabitation de la mère et de son enfant à la maternité et l'AM à la demande [10]. L'introduction de lait infantile par biberon dès les

premiers jours de vie entrave l'AM et sa prolongation. L'étude de Bouguerra et al, a montré que la durée d'AM était déterminée essentiellement par l'âge d'introduction du lait infantile (OR ajusté = 0,92, IC [0,86–0,98]), plus l'introduction en était tardive, plus grande était la durée d'AM [11]. Aussi, notre étude a montré que la proscription du biberon de lait infantile à la maternité est un facteur favorisant l'AM. Ce résultat est appuyé par l'étude de Lacombe et al., réalisée auprès de 241 mères parisiennes, qui a montré que l'absence de complément lacté à la naissance était corrélée à une poursuite de l'AM exclusif jusqu'à l'âge de 3 mois du nourrisson ($p=0,016$, OR = 2,62 IC95%[1,19–5,74]) [12].

Conclusions

L'AM en Tunisie demeure à des taux très insuffisants. De nombreux efforts restent à déployer afin de l'optimiser et d'atteindre les recommandations de l'OMS. Les efforts de tous les professionnels de la santé doivent en priorité se baser sur les facteurs favorisant l'AM démontrés, en encourageant la volonté d'allaiter au sein chez la mère dès le début de la grossesse, en aidant à l'initiation de l'AM à la maternité et en accompagnant la mère et l'enfant pour le prolongement de l'AM pendant au moins 6 mois

Références

- [1] Protecting, promoting and supporting breast feeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva : World Health Organization; 2017.
- [2] Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, De Onis M, Ezzati M. et al. Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008; 371 :243-60.
- [3] Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2018, Rapport Final. Tunisie: le Ministère du Développement de l'Investissement et de la Coopération Internationale (MDICI). Tunis : Institut National de la Statistique et UNICEF ; 2019.
- [4] Protecting, promoting and supporting breast-feeding : the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization; 1989.
- [5] Protecting, promoting and supporting breast feeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Geneva: World Health Organization; 2018.
- [6] Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Rapport « Plan d'action : allaitement maternel ». France : Programme National Nutrition Santé (PNNS) ; 2009.
- [7] Diagne-Guèye NR, Diack-Mbaye A, Dramé M, Diagne I, Fall AL, Camara B. et al. Connaissances et pratiques de mères sénégalaises vivant en milieu rural ou suburbain sur l'alimentation de leurs anaesthetized children. *PaediatrAnaesth*2000;10:591-3.
- [8] Poumellec L., Hemadou J., Maccagnan S., Delotte J., Chamorey E., Musso A. Facteurs favorisant la durée de l'allaitement maternel d'au moins six mois chez les femmes allaitantes françaises. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2023; 71 (Supp 2).
- [9] Bouananel, ElMhamdiS, Sriha A, Bouslah A, Sol tani M. Connaissances et pratiques des femmes de la région de Monastir (Tunisie) concernant l'allaitement maternel. *East Mediterr Health J* 2010; 16 :879-85.
- [10] Huet F, Maigret P, Elias-Billon I, Allaert FA. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. *J Pediatr Puericult* 2016; 29(4) :177-87.
- [11] Bouguerra LM, Alaya NB, Trabelsi S. D éterminants de l'allaitement maternel dans une zone suburbaine de la Tunisie. *Arch Pediatr* 2002; 9(10): 1112-3.
- [12] Lacombe M., Delmas P., Carrier N., Couture ME. Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel à trois mois de vie de l'enfant. *Rev Francoph Int de Rech Infirm* 2016; 2: 87-96.