

#UNIVERSITÉSENGHOR

université internationale de langue française
au service du développement africain

SN

Déterminants de l'Allaitement Maternel Exclusif, analyse au camp des réfugiés de Djabal - à l'Est du Tchad

Présenté par

Hirdam HINIKISSIA

Sous la Direction de

Pr François-Marie LAHAYE

Dr Himéda MAKHLOUF

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité : Nutrition Internationale

Le 23 Septembre 2021

Devant le jury composé de :

Pr Jalila ELATI Présidente

Chef de Service "Etudes et Planification" INNTA, Tunis

Pr Patrick THONNEAU Examineur

Directeur de Département Santé, Université Senghor
Alexandrie

Pr Pierre TRAISSAC Examineur

Ingénieur de recherche, IRD, Montpellier

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce Mémoire. Je pense particulièrement :

- au Docteur François-Marie LAHAYE, pour avoir accepté d'être mon Maître de Mémoire, sans hésitation à la première demande ;
- au Docteur HIMEDA MAKHLOUF, pour avoir été à mes côtés sur le terrain, et avoir accepté de codiriger ce mémoire ;
- au Professeur Patrick TONNEAU, Directeur de Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie, pour son engagement et tous les efforts consentis pour la réussite de la 17^e Promotion ;
- à Madame Alice MOUNIR, Chef de Service Administratif du Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie, pour la bonne collaboration et la disponibilité à nous apporter tout le soutien nécessaire. Puisse Dieu veiller sur vous ;
- à tous les enseignants du Département Santé de l'Université Senghor d'Alexandrie ;
- au Docteur François Kiboko KABONGUE, Coordinateur Médical du bureau de l'UNHCR de Goz-Beida/Tchad pour m'avoir inspiré et orienté, de la préparation à l'admission à Senghor, et d'avoir facilité le processus d'autorisation de stage ;
- au Docteur Amine Mahamat HAGGAR, Chef de Sous-Délégation ADES Sila. Merci d'avoir assuré le tutorat de mon stage et pour cette bonne collaboration;
- à tout le personnel de santé du camp des réfugiés soudanais de Djabal. Courage à vous ;
- à la 17^{ème} Promotion, pour la remarquable solidarité que vous manifester chaque jour, et la fraternité remarquables
- au groupe "Delta" pour son accueil chaleureux à Alexandrie et pour avoir facilité l'intégration au campus
- à Gapily Matchoké et Dinamou Moudakna. Toute ma reconnaissance pour vos contributions pour finalisation de ce travail ;
- à l'ensemble du personnel de l'Université Senghor d'Alexandrie.

Dédicace

Pour vous, Papa et Maman, ce travail n'est que la cerise sur le gâteau. Toute ma prière pour que Dieu puisse vous garder longtemps à nos côtés.

Pour toi mon épouse, considère ce travail comme tien. Merci d'avoir accepté de supporter mes longues absences et tenir seule avec nos enfants en dépit de toutes exigences qui s'en suivent.

A vous mes enfants, mes deux joyaux. Toi Steeve, par qui l'idée de produire m'est venue, et en toi j'ai vu les bénéfices de l'exclusivité de l'allaitement, sache que c'est toi l'initiateur de ce projet. J'aurai aimé que ta grande sœur Lily ait eue bénéficié de cette pratique.

Pour vous mes sœurs et frères. Partagez avec moi le fruit de ce travail. Puisse Dieu nous garder unis.

Résumé

Introduction : l’allaitement maternel est reconnu comme l’alimentation la plus sûre pour le nourrisson. La quasi-totalité des mères allaitent leurs enfants au sein, mais ne tiennent compte que faiblement des recommandations de l’OMS et de l’Unicef. De nombreux facteurs interfèrent dans l’application de ces recommandations. L’objectif de notre étude était de décrire les déterminants susceptibles d’interférer à la pratique de l’allaitement maternel exclusif au camp des réfugiés soudanais de Djabal.

Méthodes : il s’agit d’une étude transversale descriptive à visée analytique sur une période de 6 mois, dans la structure sanitaire du camp des réfugiés soudanais de Djabal. Le questionnaire a permis d’interroger au total 192 femmes dont 87 enceintes et 105 allaitantes, parmi elles 14 ont été accompagnées par leurs époux. En outre, treize agents de santé qualifiés étaient également interrogés. L’encodage et l’analyse ont été faits par les logiciels Excel 2013, Epi-info 7.2 et Stata 12. L’analyse bi-variée et la régression logistique ont été appliquées pour l’analyse des données.

Résultats : l’âge moyen de femmes enquêtées était de 26,43 ans avec des extrêmes de 16 ans et 45 ans. La quasi-totalité de ces femmes était mariée (92,19%) et cultivatrices (81,25%) ; 68,23% étaient non-scolarisées ; un quart des femmes ignorent que le colostrum est bon pour l’enfant et la majorité (68,75%) d’entre elles ne savent rien des avantages de l’allaitement exclusif pour la mère. Plus de trois-quarts des femmes étaient informées sur l’allaitement exclusif et les mères allaitantes affirmant pratiquer l’allaitement exclusif représentent 51,43% (dont 62,96% conduisent mal l’exclusivité de l’allaitement au sein). Les raisons les plus souvent évoquées sur la non-pratique de l’allaitement exclusif au sein étaient le climat chaud du milieu, l’insuffisance des moyens de subsistance et de ration alimentaire pour produire suffisamment de lait à l’enfant, mais aussi le refus de l’époux. Aucun agent de santé qualifié, toute catégorie confondue, n’est formé sur les bonnes pratiques d’allaitement du nourrisson et du jeune enfant. Les avantages de l’allaitement exclusif pour l’enfant sont connus de tout le personnel qualifié, mais près de trois-quarts (69,23%) ne les connaissent pas pour la mère. Il y’a une quasi inexistance d’outils et documents témoignant de la pratique ou des activités promotionnelles de ce type d’allaitement. La tranche d’âge de 20 à 30 ans, les mariées, cultivatrices et les non-scolarisées étaient favorables à l’allaitement exclusif.

Conclusion : Notre étude a permis de classer trois niveaux de déterminants qui sont liés à la mère, à son entourage direct et au fonctionnement de la structure sanitaire. Elle montre aussi que la non-maîtrise du sujet par le personnel se répercute sur la qualité de prestation de service en matière d’allaitement à différents niveaux de ces déterminants.

Mots-clefs

Allaitement maternel exclusif, déterminants, camp de réfugiés de Djabal, Tchad

Abstract

Introduction: breastfeeding is recognized as the safest food for infants. Almost all mothers breastfeed their infants, but only weakly heed the recommendations of WHO and Unicef. Many factors interfere with the application of these recommendations. The objective of our study was to describe the determinants that may interfere with the practice of exclusive breastfeeding in the Sudanese refugee camp of Djabal.

Methods: this is a descriptive cross-sectional study with an analytical aim over a period of 6 months, in the health structure of the Sudanese refugee camp of Djabal. The questionnaire interviewed a total of 192 women, 87 of whom were pregnant and 105 were breastfeeding, among them 14 were accompanied by their husbands. In addition, thirteen trained health workers were also interviewed. Encoding and analysis were done by Excel 2013, Epi-info 7.2 and Stata 12 software. Bivariate analysis and logistic regression were applied for data analysis.

Results: the mean age of women surveyed was 26.43 years with extremes of 16 years and 45 years. Almost all of these women were married (92.19%) and farmers (81.25%); 68.23% were out of school; a quarter of women do not know that colostrum is good for the child and the majority (68.75%) of them do not know about the benefits of exclusive breastfeeding for the mother. More than three-quarters of women were informed about exclusive breastfeeding and breastfeeding mothers claiming to practice exclusive breastfeeding represent 51.43% (of which 62.96% misbehave exclusively breastfeeding). The reasons most often mentioned for the non-practice of exclusive breastfeeding were the hot climate of the environment, the insufficient means of subsistence and food ration to produce enough milk for the child, but also the refusal of the bridegroom. No qualified health worker of any category is trained in good infant and young child breastfeeding practices. The benefits of exclusive breastfeeding for the child are known to all trained personnel, but almost three-quarters (69.23%) do not know about them for the mother. There is a virtual non-existence of tools and documents testifying to the practice or promotional activities of this type of breastfeeding. The 20-30 age group, married women, farmers and the out-of-school favored exclusive breastfeeding.

Conclusion: Our study made it possible to classify three levels of determinants which are linked to the mother, to her direct entourage and to the functioning of the health structure. It also shows that the non-mastery of the subject by the staff has repercussions on the quality of service provision in terms of breastfeeding at various levels of these determinants.

Key-words

Exclusive breastfeeding, determinants, Djabal refugee camp, Chad

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- ADES : Agence de Développement Economique et Social
- AEN : Actions Essentielles en Nutrition
- AM : Allaitement Maternel
- AME : Allaitement Maternel Exclusif
- AMS : Assemblée Mondiale de la Santé
- ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
- ATS : Agent Technique de Santé
- CCCC : Communication Continue pour le Changement de Comportement
- CPN : Consultation Périnatale
- CPoN : Consultation Postnatale
- CS : Centre de Santé
- EDS-MICS : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
- FA : Femme Allaitante
- FE : Femme Enceinte
- IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
- IHAB: Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
- Inseed : Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
- MAG : Malnutrition Aigüe Globale
- MICS : Enquête par Grappe et à Indicateurs Multiples
- ODD : Objectifs de Développement Durable
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non-Gouvernementale
- PCIMA : Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
- PEV : Programme Elargi de vaccination
- SFDE : Sage-Femme Diplômée d'Etat
- SMART : Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
- TSSO : Technicien Supérieur en Soins Obstétricaux

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace	ii
Résumé.....	iii
Mots-clefs.....	iii
Abstract	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Table des matières	0
Introduction	2
1.1 Problématique et Justification	3
1.1.1 Problématique	3
1.1.2 Justification de l'étude	3
1.2 Hypothèse de recherche	4
1.3 Objectifs.....	4
1.3.1 Objectif général	4
1.3.2 Objectifs spécifiques.....	4
1.4 Revue de la littérature.....	5
1.4.1 Définition des concepts	5
1.4.2 Composition du lait maternel.....	5
1.4.3 Nutriments du lait maternel.....	6
1.4.4 Les composants bioactifs et immunitaires	7
1.4.5 Avantages de l'allaitement au sein.....	7
1.4.6 Les recommandations de l'OMS et UNICEF pour la pratique de l'AME	9
1.4.7 Déterminants liés à l'AME	10
2 Méthodologie	12
2.1 Cadre de l'étude	12
2.2 Type et période de l'étude	14
2.3 Définition des paramètres.....	14
2.3.1 Population d'étude	14
2.3.2 Echantillonnage	15

2.4	Collecte des données	16
2.5	Traitement des données	16
2.6	Analyse des données	16
2.7	Considérations éthiques.....	17
2.8	Difficultés rencontrées	17
3	Résultats	18
3.1	Résultats d’analyse chez les femmes enceintes, femmes allaitantes, et leurs époux.....	18
3.1.1	Caractéristiques sociodémographiques	18
3.1.2	Connaissances des femmes enceintes et femmes allaitantes sur l’allaitement maternel.....	19
3.1.3	Pratique de l’AME.....	21
3.1.4	Epoux des femmes enquêtées : Connaissances et attitudes sur l’AME	24
3.1.5	Relation entre caractéristiques sociodémographiques, connaissance et la pratique de l’AME	25
3.1.6	Analyse bi-variée et multi-variée de la pratique de l’AME.....	26
3.2	Résultats d’analyse chez le personnel de santé.....	27
4	Discussion	30
4.1	Facteurs liés à la mère enceinte ou allaitante	30
4.2	Facteurs liés à l’entourage	34
4.3	Facteurs liés au système de santé.....	35
4.4	Les limites de notre étude.....	36
	Conclusion.....	37
	Recommandations	37
	Références bibliographiques :.....	39
	Table des illustrations	45
	Liste des tableaux.....	45
	Annexes.....	46
	Annexe 1 : Fiche d’enquête adressée aux femmes enceintes et femmes allaitantes.....	46
	Annexe 2 : Fiche d’enquête adressée au personnel de santé du camp	48
	Annexe 3 : Situation de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans en 2019	49

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 5,2 millions d'enfants de moins de cinq ans sont morts en 2019 dans le monde, dont 1,5 million de décès chez les moins d'un an, le plus souvent suite à des maladies évitables. Parmi ces décès, 45 % sont dus à la malnutrition, liée encore à des pratiques d'alimentation incorrectes (1).

Pour assurer un optimum de croissance et de développement du nourrisson, l'OMS recommande la pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) pendant les 06 premiers mois de vie, puis un allaitement partiel jusqu'à l'âge de 02 ans ou plus, complété de la diversification alimentaire qui convient (2). La pratique de l'AME est l'une des principales clés pouvant aider à réduire la mortalité infantile et améliorer la santé de l'enfant tout le long de sa vie, jusqu'à l'âge adulte. Bien que le lait maternel soit le premier aliment naturel pour les nourrissons (3), disponible, frais et hygiénique, on constate cependant que seul un tiers des nouveau-nés en bénéficient exclusivement. On estime qu'environ 823 000 vies annuelles d'enfants de moins de 5 ans pourraient être épargnées si cette pratique d'allaitement était étendue au niveau mondial (4), ainsi que 20 000 décès annuels dus au cancer de sein. Pour l'Unicef, en 2017 1,2 million de vies de ces enfants auraient été épargnées (5).

Dans le monde, 43% des nourrissons de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein (6). Seuls quelques pays nordiques se sont démarqués dans de cette pratique, dépassant largement les Objectifs du Développement Durable (ODD) en lien avec l'AME. En l'occurrence il s'agit du Danemark, de la Pologne et de la Suède qui ont su relever le défi en atteignant des prévalences respectives de 95%, 90% et 89% (7).

En Afrique, les pratiques d'AME varient d'un pays à un autre, ne représentant qu'environ 21% des enfants devant en bénéficier par rapport au reste du monde. Quelques pays ont pu atteindre le seuil de 50% fixé par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) en 1992, objectif à atteindre en 2025 par tous les pays du monde. L'Afrique de l'Est reste un exemple où le Rwanda a atteint un taux de 87,7% d'enfants allaités exclusivement au sein, ainsi que le Burundi, l'Érythrée, le Kenya et l'Ouganda qui ont dépassé la prévalence de 60% (8).

Au Tchad, la pratique de l'AME au sein des populations évolue en dent de scie et reste encore loin de l'objectif de 50% de l'AMS de 1992. Au cours des six dernières années, les enquêtes nutritionnelles SMART et l'enquête MICS6-Tchad de 2019 ont montré que la prévalence d'AME la plus élevée est celle de 2020 à 16,4% (9–15). Il en ressort que malgré l'adhésion du pays aux directives de l'OMS en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en général et d'AME en particulier (en dehors de l'appui de l'Unicef), ce domaine est resté peu exploité. On remarque aussi une insuffisance de publications tendant à promouvoir les bienfaits du lait maternel et à motiver l'adhésion des familles aux recommandations de l'OMS. Ces observations s'appliquent aussi bien aux autochtones qu'aux réfugiés.

La province de Sila enregistre également une faible prévalence (14%) des enfants de moins 6 mois exclusivement allaités au sein (14).

1.1 Problématique et Justification

1.1.1 Problématique

Le Tchad est l'un des pays où la mortalité néonatale et infantile est la plus élevée, avec respectivement 33‰ et 78‰, avec pour principale cause la malnutrition. Le retard de croissance et l'émaciation en sont les formes de malnutrition les plus répandues avec des prévalences respectives de 37,8% et 13,9% (15) alors que les ODD en matière de santé visent à réduire l'émaciation à 5% d'ici 2025. La MAG y est en situation préoccupante au vu des résultats des enquêtes SMART 2020 et 2019 avec respectivement des taux de 10% et 12,9% (13,14).

Dans la province de Sila, les résultats d'enquêtes SMART de 2015 à 2020 révèlent une médiane de MAG supérieur au seuil d'urgence de 15%, comme le montre l'Annexe 3. La prévalence la plus élevée étant de 17,9% (12). La malnutrition sévit dans les camps des réfugiés de cette province tout comme dans les autres camps de l'est du pays.

Dans les camps de réfugiés soudanais de l'est du Tchad, les mauvaises pratiques d'allaitement constituent l'une des principales causes de la malnutrition (16). Et l'AME qui est à la base des bonnes pratiques d'ANJE et des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) est l'une des principales clés de lutte contre la malnutrition, et par conséquent une réduction de la morbi-mortalité infantile (17). Les avantages qu'offre l'allaitement maternel conformément aux recommandations de l'OMS sont applicables à toutes les catégories de personnes, réfugiés ou non, riches ou pauvres (3,4,16,18).

Alors, où en est-on avec les pratiques de l'AME au camp des réfugiés soudanais de Djabal ?

Le rapport de la dernière enquête SMART-SENS menée en 2017 dans ce camp trouve que 56,1% des mères allaitantes déclaraient allaiter exclusivement au sein, une prévalence bien plus supérieure à celles de la province hôte (12,9%) et du niveau national (5,8%) dans la même année (11,19).

1.1.2 Justification de l'étude

Notre désir de mener cette étude est parti des constats suivants :

- au Tchad, la quasi-totalité des enfants de 0 à 23 mois sont allaités quelle que soit la caractéristique sociodémographique (plus de 90%), mais l'AME n'est pratiquée que dans 16,2% des cas en dépit de l'adoption des politiques de l'ANJE comme une des principales stratégies de la promotion de la santé maternelle et néonatale (15) ;
- la malnutrition est persistante au camp de Djabal malgré la sensibilisation sur sa prévention ;
- il y'a une insuffisance d'information relative à la pratique et au suivi de l'AME au camp de Djabal, en dehors des déclarations des femmes et du personnel ;
- le processus d'intégration locale et de villagisation du camp entamé depuis 2020 se doit de laisser un héritage favorable à l'épanouissement santé maternelle et infantile répondant aux aspirations du Pacte Mondial sur les réfugiés de 2018 (20).

Fort de ces constats, nous nous posons les questions suivantes :

L'allaitement maternel exclusif se pratique-t-il véritablement au camp de Djabal comme le prétendent les mères allaitantes et le personnel de santé ? Quels en sont les déterminants pour sa promotion optimale ?

Notre étude a pour objectif de rechercher les déterminants qui entravent l'acceptation et la pratique de l'AME au camp des réfugiés de Djabal afin de proposer des approches adaptables et adaptées pour une promotion efficace. Ainsi, nous nous proposons d'interroger sur les connaissances et les pratiques promotionnelles de l'AME dans les services du centre de santé ainsi qu'auprès de ses principales actrices que sont les femmes. Ces approches proposées pour optimiser l'adoption de l'AME pourront être bénéfiques aux familles réfugiées, à la société, et par-dessus tout, le pays entier.

1.2 Hypothèse de recherche

La bonne performance du camp de Djabal en matière d'allaitement est le fait de déclaration des mères, et coïncide avec la période "d'opulence" due aux soutiens multiformes des familles par le HCR. Dans le contexte actuel où ces apports s'amenuisent, et que certaines activités promotionnelles de santé maternelle et infantile sont réduites, la pratique de l'AME n'y est plus optimale et est insuffisamment suivie malgré la poursuite de la sensibilisation. Différents facteurs liés à la mère elle-même, à son entourage ou au service sanitaire interfèrent dans sa pratique.

1.3 Objectifs

1.3.1 Objectif général

L'objectif général de notre travail est de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle, néonatale et infantile au sein des populations réfugiées.

1.3.2 Objectifs spécifiques

De manière spécifique, cette étude vise les objectifs suivants :

- identifier les facteurs limitant l'adhésion des familles réfugiées à la pratique d'AME et sa promotion au camp de Djabal ;
- identifier les facteurs entravant à une promotion efficace de l'AME au sein des services sanitaires de ce camp ;
- identifier des stratégies adaptables aux réalités locales.

1.4 Revue de la littérature

1.4.1 Définition des concepts

L'allaitement au sein exclusif est le mode d'allaitement selon lequel le nourrisson ne reçoit pas d'autre aliment ou boisson – pas même de l'eau –, que le lait maternel (y compris le lait exprimé de sa mère ou le lait d'une nourrice) pendant les 6 premiers mois de vie, mais qu'il peut néanmoins recevoir des sels de réhydratation orale, des gouttes et des sirops (vitamines, minéraux et médicaments)(21).

L'allaitement maternel prédominant ou principal : c'est un mode d'allaitement selon lequel la source d'alimentation prédominante du nourrisson est le lait maternel (y compris le lait exprimé de sa mère ou celui d'une nourrice comme source d'alimentation prédominante). Toutefois, le nourrisson peut aussi recevoir d'autres liquides (eau et boissons à base d'eau, jus de fruits), des liquides administrés à des fins rituelles et des sels de réhydratation orale, des gouttes ou des sirops (vitamines, minéraux et médicaments).

Allaitement partiel : l'allaitement est dit partiel lorsque l'allaitement maternel est associé à une alimentation avec des laits artificiels (ou substituts de lait) ou toute autre nourriture liquide ou solide (céréales, eau sucrée, légumes, fruits ...) (22).

Allaitement artificiel : on parle d'allaitement artificiel lorsqu'une progéniture est nourrie avec du substitut de lait maternel, sans l'allaiter du tout au sein.

Alimentation au biberon : Signifie que l'on nourrit l'enfant au biberon, quel que soit son contenu, y compris du lait maternel exprimé (21).

Malnutrition : Selon l'OMS, la malnutrition se définit par les carences, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne (23).

1.4.2 Composition du lait maternel

Le lait humain est un fluide biologique dont la constitution est complexe mais identifiée. Il est spécifiquement adapté aux besoins du nouveau-né et nourrisson. Le lait maternel varie dans sa composition au cours de l'allaitement, tous les jours et d'une mère à une mère. Mais il contient fondamentalement des macronutriments (protéines, lipides et glucides), des micronutriments (minéraux et vitamines) et de nombreux substrats biologiquement actifs. En fonction de la phase de l'allaitement, on retrouve le colostrum, le lait de transition et le lait mature. Cette évolution s'adapte aux besoins progressifs de l'enfant en croissance, à la maturation de son système immunitaire et au développement neurologique (24,25).

- Le **Colostrum** : c'est le lait qui est produit durant les 3 à 5 premiers jours de la lactation. C'est le premier lait produit par la mère après l'accouchement. Il a une faible teneur en lipides et en lactose et aussi une faible valeur calorique, mais contient doublement plus de protéines

surtout les immunoglobulines A (IgA), des facteurs de croissance et des cytokines. Il contient également une quantité importante de cellules immunitaires et des oligosaccharides. De par sa composition riche en peptides antimicrobiens, en composés de régulation immunitaire et en facteurs de croissance que le lait mature qui le suit, le colostrum a pour fonctions principales de fournir des composants nutritionnels essentiels, de renforcer l'immunité naturelle, de moduler la réponse immunitaire, d'équilibrer le microbiote intestinal, d'améliorer la croissance et la réparation des tissus (24–26). Bardanzellu et al. en 2017, en plus de nombreuses études existantes, ont apporté de preuves supplémentaires sur l'apport du colostrum humain au nouveau-né dans la protection contre les allergies et les maladies chroniques, ainsi que les maladies métaboliques, à long terme (27).

- Le **Lait de Transition** : celui-ci est produit au cours des 2 semaines suivant le colostrum. Sa composition évolue vers celle du lait mature avec une augmentation progressive de la teneur en lipides et en lactose, et une diminution de la teneur en protéines. Il assure les besoins en nutriments pour une croissance optimale (24,25);
- Le **Lait Mature** : il est produit à partir de la 3^{ème} semaine jusqu'à un mois environ après le début de l'allaitement (24).

1.4.3 Nutriments du lait maternel

Parmi de nombreuses études sur le lait humain, celle de Tackoen en 2012 (24) donne une illustration assez structurée et digeste sur la composition et les propriétés fonctionnelles du lait maternel. De ce fait, le lait maternel est pourvoyeur de nutriments composés pour l'essentiel d'énergie, de macronutriments (protéines et autres produits azotés, lipides, carbohydrates) et de micronutriments:

- Energie : environ 67 kcal/100 ml d'énergie est fourni à l'enfant.
- Les protéines : de teneur faible, ces protéines sont constituées essentiellement de lactosérum (70%) et de caséine (30%), alors qu'elles sont inversement importantes dans le lait de vache. La principale protéine du lait maternel est la lactalbumine, contrairement au lait de vache qui possède principalement la lactoglobuline à l'origine des allergies et coliques.
- Les lipides : composés essentiellement de triglycérides (sup 98%) des phospholipides (0,8%) et de cholestérol (0,5%), ils constituent la première source d'énergie du lait maternel, fournissant ainsi 50% des calories de l'allaitement. La teneur en lipides et énergie du lait maternel augmente avec la durée de la lactation. Le lait maternel est riche en acides gras polyinsaturés (contre les acides gras saturés du lait de vache).
- Les carbohydrates tels que le lactose et les oligosaccharides.
Le lactose, 2^{ème} source d'énergie, fournit 40% des calories du lait maternel. Commun à tous les mammifères, il est spécifique de la 1^{ère} année. Il favorise l'absorption du calcium et du fer, et la colonisation des intestins par le *Lactobacillus bifidus*.
- Les micronutriments :

Les concentrations en fer, en cuivre et en zinc du lait maternel diminuent progressivement au cours de la lactation. Le fer du lait maternel est 5 fois mieux absorbé que le lait de vache. Cependant, les quantités absorbées sont inférieures aux besoins pour la croissance, et dès lors, les nouveau-nés sont dépendants de leurs réserves jusqu'à ce que le régime alimentaire s'enrichisse en fer. Les enfants allaités exclusivement ne nécessitent pas des suppléments de fer pendant les 6 premiers mois de vie.

Les concentrations en calcium, phosphore et magnésium sont étroitement régulés et indépendants du statut maternel.

Les concentrations en chlore, sodium et potassium sont très faibles quand la lactation est établie.

1.4.4 Les composants bioactifs et immunitaires

Le système immunitaire du nouveau-né, immature, est composé essentiellement d'une barrière physique (épithélium intestinal et couche de mucus), d'une barrière chimique (pH bas et sécrétions digestives) ainsi que du système immunitaire muqueux (plaques de Peyer et ganglions lymphatique mésentérique), et avec un tube digestif stérile à la naissance (24). En dépit de ce système de protection, le nouveau-né est envahi par des bactéries aussi bien commensales que potentiellement pathogènes. Ce qui va lui nécessiter un renforcement immunitaire provenant du lait maternel. De ce fait, le lait maternel procure des facteurs bioactifs d'immunomodulation et de protection. Ces facteurs sont constitués essentiellement de prébiotiques, de probiotiques, d'anti-infectieux, d'anti-inflammatoires, d'immunomodulateurs, d'enzymes digestives et de substances à action trophique (28–30). De nouvelles preuves sur l'abondance de bactéries commensales (probiotiques) dans le lait et bénéfiques autant aux nourrissons qu'aux adultes ont été encore apportées dans une étude en 2020 de Anjun *et al.* (31).

1.4.5 Avantages de l'allaitement au sein

A ce jour, la littérature scientifique est assez riche pour présenter les effets bénéfiques de l'allaitement au sein sur la santé du couple mère-enfant, pour la famille, et au-delà contribuer au développement socio-économique d'un pays aussi bien développé ou non (32). Il s'agit d'un moyen indiscutable pour assurer un optimum de développement psychomoteur et intellectuel et contribue au processus de la reproduction avec répercussion sur la santé de la mère (3). Dans sa série de 2016, The Lancet présente l'allaitement au sein comme étant la première vaccination contre la mort, la maladie et la pauvreté, mais aussi un investissement le plus durable dans les capacités physiques, cognitives et sociales (33).

❖ Effets bénéfiques en santé publique

L'allaitement maternel relève du droit de l'enfant, tel qu'il doit être protégé et encouragé, selon l'OMS et l'Unicef. Dans sa première série sur l'allaitement en 2016 (4) basée sur une méta-analyse, The Lancet a indiqué que l'AM avait un fort effet protecteur évident pour l'enfant, avec

un potentiel d'éviter environ 823 000 décès chez les enfants de 05 ans dans les pays en développement. Ce qui contribuant efficacement à la lutte contre la morbi-mortalité infantile causé par les maladies évitables (infections respiratoires et du tube digestif, cutanées, malnutrition, ...). Ainsi, les nourrissons exclusivement allaités n'avaient que 12% de risque de décès par rapport à ceux qui ne l'étaient pas. Il a été également relevé que les nourrissons de moins de 6 mois non allaités avaient une augmentation de mortalité de 3,5 fois (garçons) et 4,1 fois (filles) par rapport à ceux allaités au sein. Et qu'il y a une réduction de 50% de décès chez les nourrissons de plus de 6 mois allaités. Cette protection contre la mortalité infantile est valable aussi bien pour les pays riches que pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Cette série estime qu'environ 823 000 décès auraient pu être évités en 2015 (soit environ 13,8% d'enfants de moins de 2 ans) si la conduite de l'allaitement respectait les recommandations de l'OMS.

Selon l'OMS, 45% des décès évitables dans le monde chez les enfants de moins de 5 ans sont dus à la malnutrition (1) dont l'un des facteurs évident de survenu est les mauvaises pratiques de l'allaitement. Ainsi, une bonne pratique l'allaitement au sein exclusif diminue la mortalité infantile imputable aux maladies courantes de l'enfance telles que les maladies diarrhéiques et les pneumonies (34).

❖ Avantages pour l'enfant

Il est à ce jour irrémédiablement admis que le lait maternel est le premier aliment naturel à donner au nourrisson, statut obtenu grâce à ses bienfaits pour ce dernier. De par sa composition, il est source d'énergie, de nutriments et divers facteurs bioactifs nécessaires pour le nourrisson pendant les 6 premiers mois de la vie et continue à couvrir plus de la moitié des besoins pendant le second semestre de sa vie, et jusqu'à un tiers de ses besoins pendant la 2^{ème} année (34).

Le lait maternel favorise le développement sensoriel, cognitif et psychosocial. Il a été prouvé dans de nombreuses études qu'à long terme, les enfants nourris au lait maternel avaient en moyenne un quotient intellectuel de 5-10 points supérieur à celui d'enfants n'en ayant pas bénéficié (35,36), preuve confortée par la méta-analyse de Lancet en 2016 sur l'allaitement au sein et l'OMS (4,34). Par ailleurs, l'AM limite considérablement la survenue des maladies courantes de l'enfance telles que les diarrhées ou les infections respiratoires fréquentes à cet âge (3). Il est également associé à un risque réduit de maladies inflammatoires (asthme et atopie), le diabète, l'obésité, les maladies inflammatoires de l'intestin et les maladies non-transmissibles comme le décrit The Lancet sur l'allaitement en 2016, l'encyclopédie sur le développement des jeunes enfants et autres études (33–35,37–39). Il assure le transfert de l'immunité de la mère à l'enfant contre les infections et développe la muqueuse intestinale du nourrisson, le microbiote et ses propres défenses immunologiques. De récentes études suggèrent que le lait maternel fournit non seulement une protection passive, mais aussi directement le développement immunologique de l'enfant nourri au sein par une variété de facteurs personnalisés microbiennes et immunitaires transmis de la mère à l'enfant (40). Les effets psycho-affectifs de l'allaitement sont avérés pour l'enfant qui est rassuré de sa sécurité et de confiance à travers la relation affective forte mère-enfant lors de l'allaitement.

Il a été également admis un impact positif sur le développement psychomoteur par l'acquisition précoce des aptitudes motrices chez les nourrissons exclusivement allaités au sein (41).

❖ Avantages pour la mère

L'allaitement au sein contribue positivement au bien-être de la femme. Ses effets peuvent se voir en postpartum immédiat, à court et long terme. Il est admis que l'allaitement précoce au sein réduit le risque de survenue des hémorragies du postpartum, une des principales causes de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne. La bonne conduite l'AME est un moyen assez efficace comme méthode de contraception naturelle dans les 6 premiers mois après accouchement en retardant le retour à la fertilité, un véritable bénéfice en matière de planification familiale (34,42). La méta-analyse de Lancet de 2016 (4) et bien d'autres dont celle d'Unar-Maguia *et al.* en 2017 (43) révèlent également le rôle de l'allaitement au sein dans la réduction du risque de survenue de diabète de type 2, des cancers du sein, de l'utérus et de l'ovaire, et l'ostéoporose. L'implication dans l'équilibre psychique de la mère a été mise en évidence dans cette même étude et bien d'autres. Ils soulignent que la cessation précoce ou l'absence d'allaitement sont associées à une augmentation du risque de dépression maternelle du postpartum (44,45).

1.4.6 Les recommandations de l'OMS et UNICEF pour la pratique de l'AME

L'allaitement est une pratique aussi bien naturelle qu'acquise. Les mères allaitantes et les personnes en charge des enfants ont besoin de soutiens actifs pour opter et maintenir la pratique de l'allaitement.

Disposant désormais de données probantes sur les bienfaits de l'allaitement maternel aussi bien sur la santé que sur le développement durable, l'OMS a recommandé l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie, et sa poursuite jusqu'à l'âge de deux ans au moins, en l'associant à une alimentation de complément (3).

Pour une l'initiation et le maintien de l'allaitement maternel, l'OMS et l'Unicef recommandent :

- L'initiation de l'allaitement dès la première heure qui suit la naissance ;
- L'allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois de la vie ;
- L'allaitement à la demande, allaiter l'enfant quand il le réclame, jour et nuit ;
- La non-utilisation de biberons, de tétines ou de sucettes.

Ces recommandations ont été déjà précédées par l'Initiative « Hôpitaux amis des bébés » (IHAB) lancée en 1991, pour offrir un cadre pour la protection et le soutien à l'allaitement maternel dans les hôpitaux et les maternités. Cette initiative tient aux Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel tout en se conformant au Code International de commercialisation des substituts de lait maternel (46).

1.4.7 Déterminants liés à l'AME

La pratique de l'AME subit le poids de divers facteurs qui impactent négativement ou positivement sur elle.

❖ Facteurs socio-économiques et biodémographiques

La pratique de l'AM dans sa durée et sa fréquence est étroitement liée aux conditions économiques de la famille ou de la mère allaitante, comme le note Hassani *et al.* en 2005 qui trouvent qu'il est plus pratiqué par les femmes rurales ou celles ayant un faible pouvoir économique que les citadines (47). Cet avis est partagé également par Peters qui établissent que des mères ayant entamé la pratique de l'allaitement exclusif ont dû abandonner avant le délai requis, faute de revenus faible du ménage ne permettant pas de supporter le coût inhérent à cette pratique (48), Peters *et al.* en 2006 dans leur étude transversale chez les mères en Allemagne qui ont adhéré à l'AME mais sans toutes ne puisse tenir jusqu'au bout pour les mêmes raisons (49). Dans le 2^{ème} article de sa série sur l'allaitement, The Lancet relève aussi les facteurs économiques du ménage qui impacte sur la décision de la famille d'adopter l'AME ou de le poursuivre si déjà entamé. La faible production de lait par la mère est l'un des facteurs soulevés par les parents comme la raison fondamentale de leur décision de rupture ou d'adhésion de l'AME (18).

❖ Caractéristiques de la grossesse et accouchement

Les caractéristiques du terme d'accouchement influent sur l'initiation à l'AME, ou sa poursuite. On note une faible prévalence de l'initiation à l'AM tant chez les enfants prématurés, ou ceux nés par voie haute et séparés de leurs mères comme le révèle The Lancet (18) et Camus (50). Aussi, toutes les conditions pathologiques ou circonstances particulières nécessitant un alitement ou séjour hospitalier prolongé, les engorgements mammaires, l'insuffisance de production du lait interfèrent négativement sur l'adoption de l'AME. Dans une étude transversale aux États-Unis publiée en 2011, Jones *et al.* ont relevé que l'âge de la mère avait un impact significatif sur l'adhésion à la pratique de l'AME, sans pour autant interférer dans l'initiation de ce dernier (51) alors que pour Andriamifidison *et al.* (52) dans une étude cas-témoins en 2016 ont trouvé que l'âge n'avait pas un impact significatif sur l'adoption de l'AME. Aussi, la durée de la poursuite de l'AME comme recommandée par l'OMS s'amenuise du 1^{er} au 6^{ème} mois chez les primipares qui ont accepté de le pratiquer, alors qu'il se poursuivrait beaucoup plus longtemps chez les multipares.

❖ Facteurs socio-professionnels

Les facteurs socio-professionnels ont également un impact sur la pratique de l'AME. Dans le milieu professionnel, l'AME est moins pratiquée tant dans le secteur public que privé, quand il s'agit des primipares (53). Les femmes au foyer allaitent plus longtemps leurs enfants que les femmes en dehors des foyers, c'est-à-dire celles qui sont actives professionnellement (5). Mais ces femmes au foyer disposent-elles véritablement du temps pour s'occuper des enfants ? Dans un contexte où le pouvoir d'achat est faible, il est fréquent de voir ces femmes s'engager dans le petit commerce pour subvenir aux besoins essentiels. Et dans le contexte des personnes en situations difficiles

comme les réfugiés, il est facile de voir la femme se préoccuper plus de la famille que d'un seul enfant. Mais pour Coulibaly *et al.*, une femme au foyer, bien qu'elle supporte toute la charge des travaux domestiques, elle devrait disposer de plus de temps, grâce à la proximité, pour allaiter son enfant (5). Par ailleurs, les femmes du milieu professionnel sont confrontées à l'insuffisance de temps dédié au congé de maternité, ou au manque de cadre approprié aux mères allaitantes.

❖ Facteurs sociodémographiques et culturels

Il s'est avéré que certains facteurs sociodémographiques et culturels ont une influence positive, d'autres, négative sur l'allaitement. Le statut marital de la mère est également déterminant dans la poursuite de l'AME. Selon Coulibaly *et al.*, les femmes mariées seraient plus préoccupées par les tâches liées à la vie familiale, perdant du coup en partie le temps nécessaire à accorder au nourrisson (53). L'on retient aussi que les mères plus âgées, mariées, multipares, qui ont un niveau d'éducation supérieur ou une situation socio-économique confortable allaitent plus et plus longtemps, et qu'à l'inverse, les jeunes femmes, primipares ou encore collégiennes, qui ont un faible statut socioéconomique, allaitent moins et moins longtemps (54–56). En France, Bonet *et al.* (2008) ont déjà mentionné que le niveau intellectuel influence la décision d'initier et de poursuivre l'AME. Il se trouve que les mères ayant au moins le baccalauréat ont une meilleure adhésion à cette pratique (57). Crost et Kaminski (1995) ont également montré dans une étude portant sur 12179 enfants dans un hôpital, que 66% des mères de niveau supérieur au bac acceptent de pratiquer l'AME contre 40%, celles de niveau collègue (58). Aussi, les connaissances des mères en matière d'allaitement sont déterminantes à sa bonne pratique selon les recommandations en vigueur. La méconnaissance des mères sur la pratique de l'AME impacte fortement sur la pratique (52). L'âge n'est pas du reste dans le lot de ces facteurs. Dans l'étude de Crost *et al.* 58% des mères ayant 35 ans et plus ont adhéré à l'AME, contre 37% des moins de 20 ans (58). Par ailleurs les mauvaises croyances, résultantes des méconnaissances sur les bienfaits de l'allaitement maternel, hantent encore certaines mères à l'acceptation de l'AME.

❖ Facteurs liés à la qualité des services fournis en faveur de l'AME

L'accouchement dans une formation sanitaire ne va pas nécessairement de pair avec les bonnes pratiques de l'allaitement selon les recommandations de l'OMS. Ce constat se confirme dans l'étude de Somé sur « le défi de l'adoption de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso » (59) qui montre que les sages-femmes prennent toujours soins de poser le nouveau-né sur le ventre de la mère pendant quelques secondes, le temps de clamber le cordon mais ne se préoccupent pas du tout des techniques d'allaitement. Le faible recyclage du personnel, qualifié ou non, en matière de bonne pratique en faveur de l'allaitement est mis en cause dans cette même étude.

2 Méthodologie

2.1 Cadre de l'étude

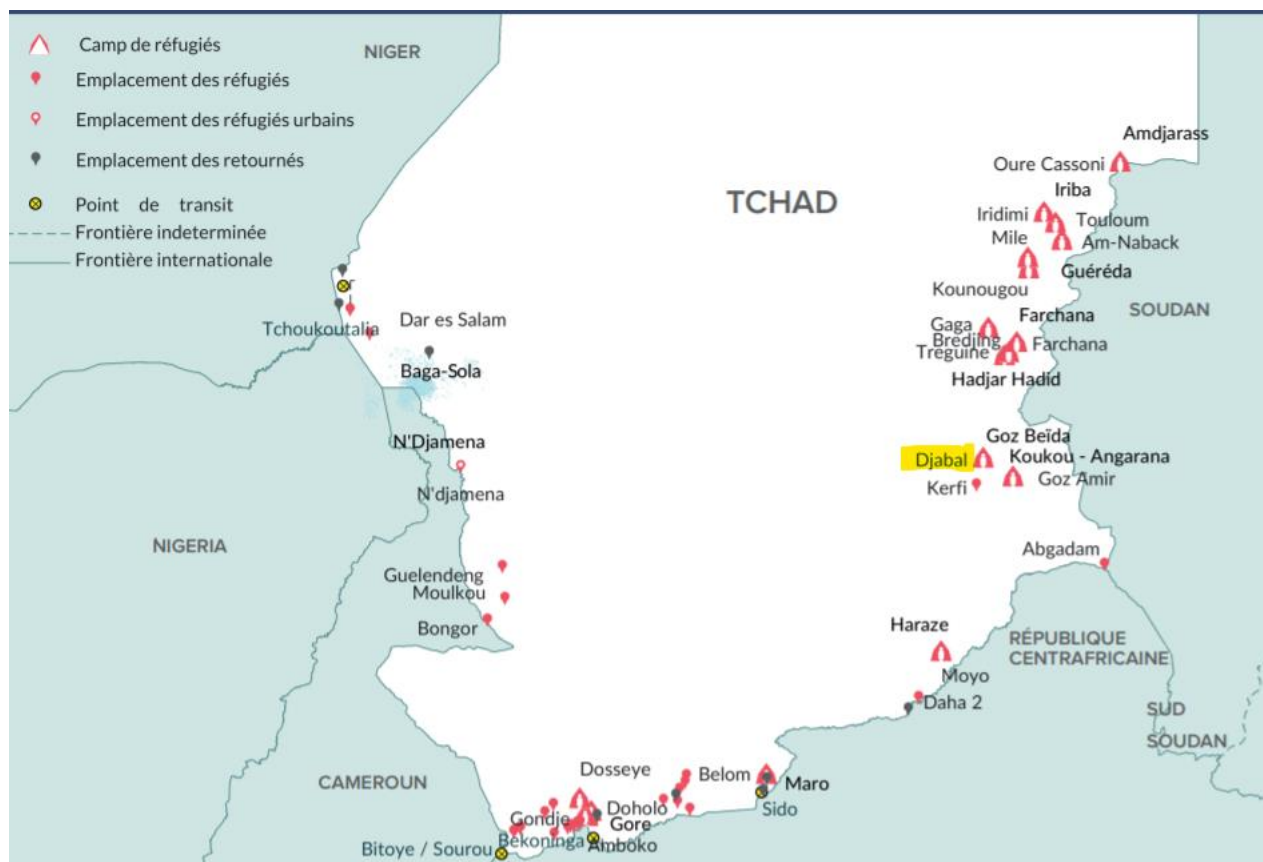


Figure 1 Situation géographique du camp des réfugiés soudanais de Djabal (source : Plan de réponse pour les réfugiés 2019-2020 – Tchad)

Le camp des réfugié(e)s soudanais(es) de Djabal dans le District Sanitaire de Goz-Beida est l'un des deux principaux camps de la Province de Sila, au Sud-Est du Tchad. Il est aussi le deuxième de la province en termes de population, et organisé en 6 secteurs subdivisés chacun en 24 blocs. Il constitue à lui seul une Zone de Responsabilité sanitaire du même nom, couvrant aussi deux villages autochtones environnants. Il dispose d'un centre (CS) santé mettant en œuvre le paquet minimum d'activités et géré par l'Agence pour le Développement Économique et Social (ADES), partenaire de mise en œuvre des activités sanitaires du HCR. Ce CS dessert aussi bien la population réfugiée qu'autochtone.

Le camp de Djabal a été créé en 2004 en pleine guerre dans le Darfour à l'ouest du Soudan, frontalière à l'actuelle province de Sila, avec une population initiale d'environ 15.000 réfugiés soudanais. Selon les projections démographiques de l'INSEED, sa population de 2021 est estimée à 22 641 habitants avec un poids démographique de 0,0844. Un recensement démographique spécifique diligenté en 2021 par le HCR a permis d'obtenir une population de 24 354 habitants. Les Femmes Enceintes et en âge de procréer sont estimées à 4927 en 2021 par le Système d'Information Sanitaire. Le nombre

de grossesses attendues est de 1247 avec 1085 naissances attendues. Ce qui revient à plus de 100 naissances par mois dans ce camp.

Il est situé à environ 2 km à la sortie ouest de la ville de Goz-Beida, chef-lieu de la Province. Sa population est composée de plusieurs groupes ethniques, principalement Massalits, For, Dadjo. On y trouve aussi les Zagawa, Ouaddaï à faible pourcentage. L'espace naturel de ces populations est réparti de part et d'autre de la frontière soudano-tchadienne.

A ce jour, le HCR et le Gouvernement du Tchad ont entamé le processus d'intégration locale des réfugiés par une stratégie de villagisation. Dans ce processus, il a été convenu avec le Gouvernement tchadien le renforcement progressif des capacités du personnel de santé afin d'assurer et de pérenniser la gestion du centre de santé. Il a été planifié un retrait progressif étalé sur 4 ans, allant de 2021 à 2024 avec responsabilisation de la communauté. L'Etat tchadien pour sa part a déjà entamé la concrétisation de ce processus par l'affectation d'agents qualifiés (un Médecin, une Sage-Femme, un infirmier d'Etat et un Agent Technique de Santé) et entend continuer le renforcement des capacités des ressources de ce centre de santé.

Tableau 1 Liste de personnel du centre de santé de Djabal

Désignation	Employeur		Total
	Etat	ADES	
- Médecin	1	0	1
- IDE	1	5	6
- ATS	1	2	3
- SFDE	1	3	4
- Nutritionniste	0	1	1
- Assistant psychosocial	0	1	1
TOTAL	4	12	16

Le paquet d'activités est comme celui de tout centre de santé du pays, mais disposant d'un paquet de soins obstétricaux et néonataux d'Urgence de Base (SONUB). Les principales activités sont :

- ❖ Consultations préventives (CPN, vaccination, consultations postnatales (CPoN), Consultation préventive des enfants (CPE) ;
- ❖ Consultations curatives ;
- ❖ Prise en charge de la malnutrition ;
- ❖ Accouchement ;
- ❖ Planification familiale ;
- ❖ Laboratoire (petite capacité où on se réalise le dépistage du paludisme par le TDR, Bandelette urinaire, Hémoglobine, ...) ;
- ❖ Pharmacie.

2.2 Type et période de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive à visée analytique étalée sur une période de 6 mois, de mars à aout 2021.

2.3 Définition des paramètres

2.3.1 Population d'étude

La population d'étude est constituée de femmes enceintes et allaitantes réfugiées, accompagnées ou non de leurs maris et du personnel de santé du camp.

La population cible est composée de :

- personnel de santé qualifié travaillant au centre de santé du camp : 1 Médecin, 4 SFDE, 4 IDE, 1 Nutritionniste, 1 assistant-Nutritionniste, 2 ATS.
Il s'agit du personnel travaillant dans les unités suivantes : consultation, maternité, PEV, PCIMA ;
- femmes enceintes visitant les services de CPN et de PCIMA;
- mères allaitantes de nourrissons âgés de moins de 6 mois au moment de notre enquête. Il s'agit des mères d'enfants nés à partir du 1^{er} Janvier 2021, visitant le service de la vaccination et de PCIMA ;
- époux accompagnant éventuellement leurs femmes enceintes ou allaitantes au service de santé et présents au moment de l'interview.

❖ Critères d'inclusion

Toute femme enceinte, mère allaitante d'enfant de moins de 6 mois et leurs époux habitant dans le camp de Djabal, et la structure sanitaire comme lieu travail du personnel de santé qualifié constituent le critère général d'inclusion. Mais les critères d'inclusion effectifs sont :

- toutes les femmes réfugiées allaitantes de nourrisson âgé de moins de 6 mois visitant les services de vaccination, de la maternité (CPoN), de PCIMA ou de consultation externe pendant notre période d'enquête ;
- toutes les femmes enceintes réfugiées visitant les services de maternité pour la CPN ;
- tous les époux réfugiés accompagnateurs des femmes enceintes ou allaitantes de nourrisson de moins de 6 mois au service de santé, présents au moment de l'interview ;
- tout personnel qualifié travaillant dans les services au bénéfice des femmes enceintes, femmes allaitantes, et enfants de moins de 6 mois.

❖ Critères de non-inclusion

Ne sont pas inclus dans notre étude :

- toutes les femmes réfugiées ou non visitant la maternité pour tout autre service que la CPN ou la CPoN, la consultation externe pour tout problème non lié à la grossesse ;

- toutes les femmes enceintes et allaitantes non-résidentes du camp de Djabal, et autochtones ;
- toutes les mères allaitantes ayant accouché par voie haute (haute) ;
- les époux éligibles mais absents au moment de l'interview ;
- les époux non-réfugiés ;
- le personnel de santé non-qualifié travaillant au CS de Djabal ;
- le personnel de santé qualifié travaillant dans les services autre que la maternité, la PCIMA, la vaccination.

2.3.2 Echantillonnage

❖ Procédure de détermination de l'échantillonnage

Pour le personnel de santé qualifié, le nombre total est connu. Mais le nombre de femmes enceintes et allaitantes à enquêter n'est pas connu. La méthodologie choisie est celle qui consiste à déterminer le nombre de FE susceptibles de faire la CPN pendant notre période de collecte d'un mois (mois de Juin), ainsi que le nombre de femmes allaitantes de nourrissons de moins de 6 mois susceptibles de visiter les services de vaccination, de CPoN, de PCIMA ou de consultation externe pendant cette même période.. Ces nombres sont obtenus à partir des données de projections démographiques 2021 du Ministère de la Santé Publique. Ainsi, à partir du nombre total des grossesses attendues annuelles, la formule suivante a été utilisée pour déterminer les FE éligibles pour un mois.

$$\text{Nombre de FE} = \frac{\text{Grossesses attendues}}{12}$$

De ce fait, le nombre de FE susceptibles de visiter le service de CPN est d'environ 104 pour un nombre total de 1247 grossesses attendues d'après les projections démographiques de l'Inseed à la base des données démographiques sanitaires nationales.

Pour les femmes allaitantes (FA) de nourrissons de 6 mois, le nombre total est obtenu grâce au décompte du registre notifiant les femmes ayant effectivement accouché à la maternité et allaitantes en cours d'enfants de moins de 6 mois, et susceptibles de revenir à la CPoN ou à la vaccination de leurs enfants.

Pour les époux, le nombre n'est pas connu mais a été déterminé par leur présence physique au moment de l'interview de leurs épouses visitant les services de vaccination, la CPN et la CPoN et PCIMA.

❖ Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillonnage est fonction de la catégorie des personnes à enquêter.

- Le personnel qualifié de santé à enquêter a été déterminé par le nombre connu de celui-ci et acceptant l'interview. Au total 16 personnes ont été éligibles dans cette catégorie.

- Pour les FE, sur la base de notre formule ci-haut décrite, nous avons obtenu qu'environ 104 étaient susceptibles de faire la CPN, visiter les services de vaccination ou PCIMA, et donc éligibles pour l'interview après consentement.
- Pour les FA, nous avons recensé 618 accouchements normaux par voie basse dans le registre d'accouchement. Pour obtenir un échantillonnage statistiquement représentatif, nous avons pris le cinquième du nombre total de femmes ayant accouché des enfants vivants par voie basse et susceptibles d'être allaitantes de nourrissons de moins de 6 mois. De ce fait nous avons obtenu un échantillon de 124 FA susceptibles de visiter les services de vaccination, de CPoN ou de PCIMA.

2.4 Collecte des données

La collecte des données a eu lieu du 06 au 31 Juin 2021. Elle a été menée à l'aide d'un questionnaire sous forme d'entrevue individuelle, au lieu de service pour le personnel, et auprès des femmes en attente d'une prestation de service ou ayant bénéficié d'un service au centre de santé CPN, PEV, PCIMA, consultation). Pour faciliter la compréhension du questionnaire par les FE, FA ou époux accompagnateurs, un traducteur en arabe (langue commune à tous les groupes ethniques du camp) a été sollicité durant toute la période de collecte. Ce traducteur est un personnel de santé doté de connaissances de base en matière de l'ANJE, mais ne travaillant dans aucun service du camp. Tous les entretiens ont été réalisés en toute confiance et enregistrés au stylo sur la fiche de collecte.

La saisie des données a été faite quotidiennement dans un masque de saisie créé à partir du logiciel Microsoft Excel version 2013.

2.5 Traitement des données

A la fin de la collecte des données, nous avons effectué le traitement des données (questionnaire) en plusieurs étapes :

- nous avons manuellement vérifié la fiabilité (remplissage) de chaque questionnaire ;
- les données étaient compilées et traitées avec les logiciels Excel 2013, Epi Info 7.2 ;
- le logiciel Excel version 2013 a été utilisé pour la présentation des graphiques et tableaux ;
- la rédaction du document final à l'aide du logiciel Word 2013.

2.6 Analyse des données

L'ensemble de nos données a été examiné selon deux modes d'analyses : uni, bi-varié.

La comparaison des proportions a été faite par le test X^2 et celle des moyennes par le test ANOVA : les différences étaient significatives si p était inférieur à 0,05.

Le test de X^2 a été utilisé pour l'analyse statistique des résultats et un seuil de 5 % retenu pour décider de la significativité des différences observées.

Nous avons encodé et analysé les données avec le logiciel EPI Info version 7.2. L'analyse statistique descriptive usuelle était réalisée et est faite de proportions pour les variables qualitatives. L'analyse uni-variée a été faite et le seuil de signification statistique choisi était à un $p < 0,05$. L'Odds ratio a été calculé pour savoir l'association entre les facteurs et la pratique de l'AME.

Les proportions ont été utilisées pour les variables qualitatives et quantitatives.

2.7 Considérations éthiques

Cette étude a été menée grâce à l'autorisation préalable de la Délégation Provinciale Sanitaire et de l'ONG ADES de Goz-Beida en charge des activités sanitaires du camp de Djabal. Pour faciliter le déroulement de notre étude, le Délégué de la Commission Nationale pour l'Accueil et la Réinsertion des Réfugiés et les rapatriés (CNARR), le Chef de Détachement pour la Protection et des Humanitaires et des Réfugiés (DPHR), les chefs de secteurs ainsi que les leaders communautaires ont été mis à contribution. Le genre masculin du terme réfugié employé dans le texte prend en compte les deux sexes.

2.8 Difficultés rencontrées

Au cours de notre enquête, les principales difficultés que nous avons rencontrées sont :

- la réticence de certaines femmes éligibles du fait de l'attente ou du temps à perdre pendant l'interview ;
- la collecte a été perturbée par le mouvement des réfugiées pour les campements champêtres ;
- la disponibilité du traducteur perturbée par ses activités personnelles, et la difficulté d'en avoir un en permanence.

3 Résultats

Dans le cadre de notre étude, nous avons interviewé au total 192 femmes dont 87 femmes enceintes et 105 mères allaitantes, et 13 agents de santé travaillant au centre de santé du camp. Pour avoir une compréhension des attitudes et pratiques des maris accompagnant ces femmes dans les structures sanitaires, nous n'avons eu que 14 qui ont heureusement tous répondu à nos sollicitations. Le taux d'allaitement dans cette étude est de 51,47%.

3.1 Résultats d'analyse chez les femmes enceintes, femmes allaitantes, et leurs époux

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

❖ Age des femmes enquêtées

Tableau 2 Répartition des femmes enquêtées selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
< 20 ans	24	12,5%
20 à 30 ans	130	67,7%
> 30 ans	38	19,8%
Total	192	100,0%

L'âge moyen des femmes interrogées est de 26,43 ans. La tranche d'âge de 20 à 30 ans est la plus représentée de l'échantillon. L'âge minimal est de 16 ans et maximal de 45 ans.

❖ Statut matrimonial :

Tableau 3 Répartition des femmes enquêtées selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataires	8	4,17
Divorcées	7	3,65
Mariées	177	92,19
Total	192	100

Nous constatons que 92,19% des femmes interrogées étaient mariées.

❖ Le niveau d'instruction :

Tableau 4 Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non scolarisées	131	68,23%
Scolarisées	61	31,77%
Total	192	100,00%

Il ressort de ce tableau que plus de deux-tiers des enquêtées sont non-scolarisées. Mais elles ont, toutes de base, fréquenté l'enseignement coranique.

❖ Profession :

Tableau 5 Profession des femmes enquêtées

Profession	Effectif	Pourcentage
Cultivatrices	155	81,25
Elèves/Étudiantes	28	14,06
Autres	9	4,69
Total	192	100

Les cultivatrices dominent l'effectif des enquêtées avec 81,25%. Nous notons que les élèves et étudiantes représentent 14,06% de l'échantillon. Pour les autres, on retrouve 5 commerçantes, 2 manœuvres de maçonnerie et 2 agents d'appuis du centre de santé.

3.1.2 Connaissances des femmes enceintes et femmes allaitantes sur l'allaitement maternel

❖ Les bienfaits du premier lait (colostrum)

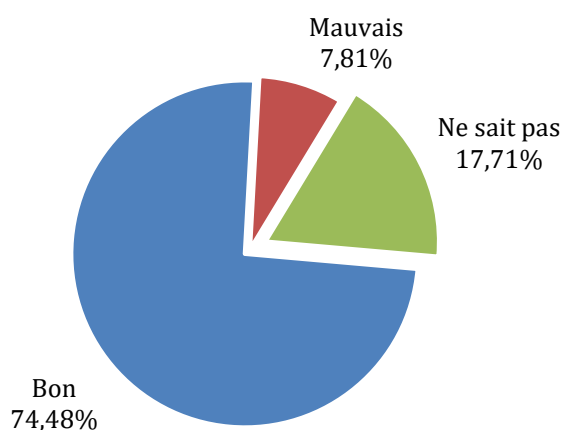


Figure 2 Appréciation du colostrum par les FE et FA

Nous notons que 25,52% de femmes enquêtées ignorent les bienfaits du colostrum pour l'enfant.

❖ Connaissances des femmes enquêtées sur ce que c'est que l'AME

Tableau 6 Répartition selon la connaissance du concept d'AME par les femmes enquêtées

Connaissance de l'AME	Effectif	Pourcentage (%)
Non	20	10,42
Ne sait pas	08	4,16
Oui	164	85,42
Total	192	100

Il ressort que 14,58% des femmes enquêtées ignorent encore le concept de l'AME en dépit de la majorité qui en a connaissance.

❖ Durée de l'AME

Tableau 7 Connaissance des femmes sur la durée de l'AME

Durée de l'AME	Effectif	Pourcentage (%)
- Moins de 6 mois	01	00,52
- 6 mois	156	81,25
- Plus de 6 mois	05	02,60
- Ne sait pas	30	15,63
Total	192	100

Nous constatons que 81,25% des femmes interrogées précisent la durée recommandée de l'allaitement exclusif au sein qui est de 6 mois. Mais il en reste encore 18,75% qui doivent être sensibilisées sur la pratique correcte de l'AME.

Tableau 8 Connaissance des femmes sur les bénéfices de l'AME pour la mère et l'enfant

Les femmes savent-elles que l'AME est bénéfique ?	Pour la mère		Pour l'enfant	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	62	32,29	132	68,75
Non	35	18,23	06	03,13
Ne sait pas	95	49,48	54	28,13
Total	192	100	192	100

Seulement 32,29% des femmes interrogées affirment savoir que l'AME est bénéfique pour les mères. Les 67,71% n'en savent rien.

Mais pour ces mêmes femmes, 68,75% d'entre elles savent que l'AME est bénéfique pour l'enfant.

3.1.3 Pratique de l'AME

- ❖ Femmes enquêtées ayant été sensibilisées à pratiquer l'AME :

Tableau 9 Femmes ayant été conseillées à pratiquer l'AME

Conseils de pratique d'AME reçus	Effectif	Pourcentage
Non	42	21,88
Ne sait pas	1	0,52
Oui	149	77,60
Total	192	100

Nous constatons que 77,60% affirment avoir reçu des conseils pour pratiquer l'AME.

- ❖ Femmes allaitantes pratiquant l'AME

Tableau 10 Mères allaitantes pratiquant l'AME

FA pratiquant l'AME	Effectif	Pourcentage
Non	51	48,57
Oui	54	51,43
Total	105	100

Nous constatons que 51,43% des mères allaitantes affirment allaiter exclusivement leurs enfants (pratique en cours).

- ❖ Mères allaitantes non-pratiquantes de l'AME : raisons de leur refus

Tableau 11 Raisons de la pratique non-exclusive de l'allaitement par les mères allaitantes

Raisons avancées	Fréquence
Insuffisance d'informations reçues du personnel de santé sur la nécessité de pratiquer l'allaitement exclusif	09
Insuffisance de lait produit par la mère ne pouvant couvrir les besoins quotidien de l'enfant	14
Refus de l'époux, sans raisons fondamentales évoquée	11
Il fait très chaud et l'enfant sera déshydraté s'il ne boit pas l'eau	13
Insuffisance de ration alimentaire suite au divorce ou absence du mari	10
Insuffisance de moyens financiers pour assurer une bonne alimentation de la mère allaitante	09

Les raisons de la pratique non-exclusive de l'allaitement par les FA sont diverses. Plusieurs de ces raisons sont citées à la fois par chaque allaitante. Au total 21,57% (n=51) des mères allaitantes ne pratiquant pas l'AME avancent pour raison le refus de l'époux.

❖ Conduite réelle de l'allaitement chez les mères affirmant pratiquer l'AME

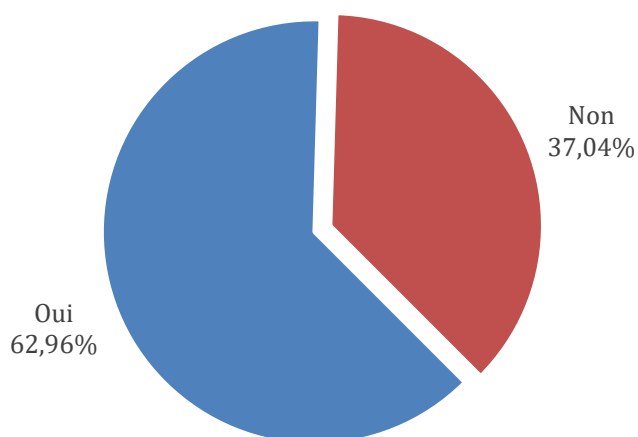


Figure 3 Mères allaitantes ayant déclaré pratiquer l'AME mais donnant d'autres boissons que le lait maternel

Pour toutes ces mères allaitantes qui ont affirmé pratiquer l'AME, 62,96% d'entre elles confirment qu'en plus du lait maternel, elles donnent aussi bien de l'eau quand il fait chaud, ainsi que d'autres boissons (infusions, décoctions).

❖ Désir de femmes enceintes à pratiquer l'AME :

Sur les 87 femmes enceintes enquêtées, 82,76% désirent allaiter exclusivement au sein leurs futurs enfants. Mais il reste tout de même 9 de ces femmes (soit 17,24%) qui ne comptent pas le pratiquer.

❖ Raisons des femmes enceintes ne désirant pas pratiquer l'AME

Tableau 12 Raisons avancées par les femmes enceintes ne désirant pas pratiquer l'AME

Raisons du non-désir des FE de pratiquer l'AME	Effectif
Insuffisance de moyens financiers pour s'assurer une bonne alimentation en mesure de supporter l'allaitement exclusif	6
« Je m'occupe seule de mes enfants car mon mari m'a divorcé, donc je n'ai pas assez de ressources financières pour m'assurer une bonne alimentation nécessaire à cette pratique »	3
« Je ne produis pas assez de lait pour pouvoir lui assurer cet allaitement exclusif »	2
« La ration sèche octroyée à ma famille est insuffisante pour couvrir les besoins alimentaires de ma famille et me permettre de bien me nourrir pour pratiquer ce type d'allaitement qui nécessite une bonne alimentation de la mère »	1
« Je suis élève et je n'aurai pas assez de temps pour l'AME »	2
« Avec cette chaleur extrême de notre milieu, je ne vais pas laisser mon enfant mourir de soif et de déshydratation »	3
« Vous personnel de santé même vos femmes donnent de l'eau à vos enfants. Et pourquoi vous nous demandez de faire ce que vous-même ne faites pas »	1
Insuffisance de temps à consacrer à l'enfant en relation avec les occupations de la mère (lève, commerçante)	1
« Mon dernier enfant était exclusivement allaité mais il a été dépisté malnutri à 7 mois »	1
Refus de l'époux.	1

Diverses raisons ont été avancées par les femmes quant à leur refus d'une éventuelle pratique d'AME à l'accouchement.

❖ Qui décide dans le foyer si l'enfant doit être allaité exclusivement au sein ?

Tableau 13 Détenteur du pouvoir décisionnel sur la pratique de l'AME dans le foyer

Décision d'allaiter l'enfant exclusivement au sein	Effectif	Pourcentage
- Epoux	84	43,75
- Femme	36	18,75
- Le couple	71	36,98
- Ne sait pas	01	00,52
Total	192	100

Nous remarquons que près de la moitié des enquêtées affirment que la décision de pratiquer l'AME revient à l'époux. La femme qui est l'actrice principale de cet allaitement n'a droit de décision que dans 18,75% des cas, mais aussi dans 36,98% des cas, en accord avec son mari.

❖ Influence de l'entourage sur la pratique de l'AME

Tableau 14 Répartition des enquêtées ayant été déconseillées par l'entourage de pratiquer l'AME

L'entourage les déconseille l'AME	Effectif	Pourcentage
- Non	99	51,56
- Oui	88	45,83
- Ne Sait Pas	05	02,60
Total	192	100

Pour la moitié des femmes enquêtées (51,56%), l'entourage a une influence négative sur la conduite ou la décision de pratiquer l'AME à leurs enfants.

3.1.4 Epoux des femmes enquêtées : Connaissances et attitudes sur l'AME

Pendant notre enquête, seulement 14 femmes enceintes (n=192) ont été accompagnées par leurs maris dans les services sanitaires de Djabal. Et ces derniers ont tous accepté notre entretien.

❖ Connaissance du concept de l'AME

Seulement 8 maris (soit 57,14%) affirment savoir ce qu'est l'AME. Les 6 autres (42,86%) n'en ont pas connaissance.

❖ Avantages de l'AME pour la famille

Onze maris (78,57%) affirment ne pas connaître le bénéfice de l'AME pour la famille.

❖ Avantages de l'AME pour l'enfant

Les bénéfices de l'AME pour les enfants sont connus de 8 maris (57,14%).

❖ Désir de pratiquer l'AME

Sept époux (50%) affirment accepter sans condition l'AME pour leurs futurs enfants.

❖ Raisons des maris refusant la pratique de l'AME

Tableau 15 Raisons évoquées par les maris sur leur refus de faire pratiquer l'AME

Raisons de refus évoquées	Fréquence
- Insuffisance de ration sèche accordé par le PAM	2
- Insuffisance de moyens financiers pour soutenir l'allaitante	4
- Le lait produit par la mère est insuffisant pour rassasier l'enfant, il faut un complément d'eau.	2
- Il fait très chaud dans notre milieu et sans eau l'enfant va se déshydrater	5
- Un enfant qui ne boit pas n'a pas assez de force et reste faible	1

Chacun des époux a au moins une raison justifiant son refus de l'AME, mais le climat chaud du milieu et l'insuffisance de ressources financières en sont les principales.

3.1.5 Relation entre caractéristiques sociodémographiques, connaissance et la pratique de l'AME

❖ Connaissance du concept de l'AME et caractéristiques sociodémographiques

Tableau 16 Connaissance du concept de l'AME et caractéristiques sociodémographiques des allaitantes (n=105)

Caractéristiques Sociodémographiques	Pratique de l'AME			Total
	Oui	Non	NSP	
Non-scolarisées	53 (50,48%)	4 (3,81%)	4 (3,81%)	61(58,1%)
Scolarisées	37 (35,24%)	4 (3,81%)	3 (2,85%)	44 (41,9%)
Cultivatrices	72 (68,57%)	6 (5,71%)	6 (5,71%)	84 (80%)
Elèves	12 (11,43%)	2 (1,90%)	1 (0,95%)	15 (14,29%)
Autres	6 (5,71%)	-	-	6 (5,71%)

La moitié des mères allaitantes (50,48%) qui n'est pas scolarisée n'a pour niveau d'instruction que l'éducation religieuse à l'école coranique mais a connaissance du concept de l'AME. Cette connaissance serait la conséquence des informations reçues dans les services de santé.

Les cultivatrices qui constituent plus de deux-tiers de ces femmes ont connaissance de ce qu'est l'AME.

❖ Pratique de l'AME et caractéristiques sociodémographiques

Tableau 17 Pratique de l'AME et caractéristiques sociodémographiques des allaitantes

Caractéristiques	Oui		Non		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Age						
< 20 ans	5	4,76%	6	5,71%	11	10,47%
20 à 30 ans	41	39,05%	32	30,47%	73	69,52%
> 30 ans	8	7,62%	13	12,38%	21	20%
Total	54	51,43%	51	48,57%	105	100%
Statut matrimonial						
Célibataires	1	0,95%	3	2,86%	4	3,8%
Divorcées	-	-	5	4,76%	5	4,8%
Mariées	53	50,48%	43	40,95%	96	91,4%
Total	54	51,43%	51	48,57%	105	100%
Profession						
Cultivatrices	42	40%	42	40%	84	80%
Elèves/Étudiantes	8	7,62%	7	6,67%	15	14,29%
Autres	4	3,81%	2	1,9%	6	5,71%
Total	54	51,43%	51	48,57%	105	100%
Niveau d'instruction						
Non scolarisées	32	30,48%	29	27,62%	61	58,1%
Scolarisées	22	20,95%	22	20,95%	44	41,9%
Total	54	51,43%	51	48,57%	105	100%

La pratique de l'AME est majoritairement adoptée par les allaitantes mariées, cultivatrices et non-scolarisées. Elle est plus fréquente dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans.

3.1.6 Analyse bi-variée et multi-variée de la pratique de l'AME

Tableau 18 Analyse bi-variée de la pratique de l'allaitement exclusif

Caractéristiques sociodémographiques	Pratiquantes	Non pratiquantes	OR (IC à 95%)	p
	Eff (%)	Eff (%)		
Statut matrimonial				0,0005
Célibataires	1 (0,95%)	3 (2,86%)	0,28	
Divorcées	-	5 (4,76%)	0,17	
Mariées	53 (50,48%)	43 (40,95%)	1	
Profession				0,009
Cultivatrices	42 (40%)	42 (40%)	0,71	
Elèves/Étudiantes	8 (7,62%)	7 (6,67%)	0,82	
Autres	4 (3,81%)	2 (1,9%)	0,14	
Niveau d'instruction				0,006
Non scolarisées	32 (30,48%)	29 (27,62%)	1	
Scolarisées	22 (20,95%)	22 (20,95%)	0,66	
Age				0,003
Moins de 20 ans	5 (4,76%)	6 (5,71%)	0,91	
20 à 30 ans	41 (39,05%)	32 (30,47%)	1	
Plus de 30 ans	8 (7,62%)	13 (12,38%)	0,96	

L'adoption de la pratique de l'AME est significativement associée au statut marital et au niveau d'instruction, à la profession et à l'âge des mères allaitantes.

3.2 Résultats d'analyse chez le personnel de santé

Sur les 16 agents de santé qualifiés toute catégorie confondue travaillant dans les différents services du centre de santé de Djabal, seulement 13 étaient présents au moment de notre enquête. Ces derniers ont tous participé à notre enquête. Ce sont 1 médecin, 5 IDE, 1 Nutritionniste, 2 ATS et 4 SFDE.

❖ Connaissance des recommandations de l'OMS sur l'allaitement :

Sur les 13 agents, seuls 8 (soit 61,54%) affirment connaître les recommandations de l'OMS sur l'allaitement. Les 38,46% restant n'en savent rien.

❖ Description complète ou incomplète de la recommandation de l'OMS par les agents

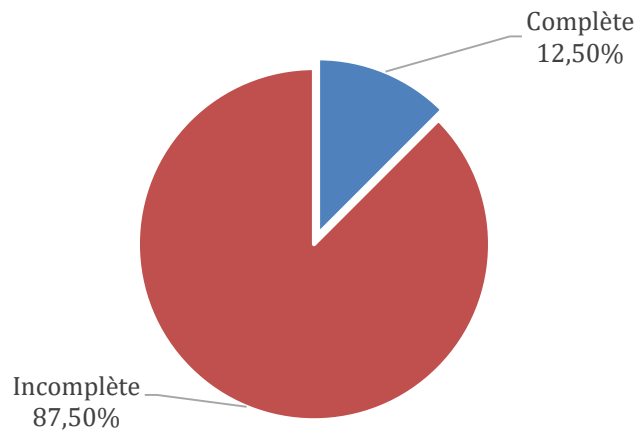


Figure 4 Description de la recommandation de l'OMS par le personnel de santé

Pour les 8 agents affirmant connaître cette recommandation, seule une personne (soit 12,5%) en a donné une réponse complète.

- ❖ Connaissances des avantages de l'AME par le personnel :

Tableau 19 Connaissances du personnel de santé sur les avantages de l'AME

Les agents connaissent-ils les avantages de l'AME ?	Oui		Non	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Pour la mère	4	30,77	9	69,23
Pour l'enfant	13	100	-	-

Les avantages de l'AME pour la mère ne sont connus que par 4 agents qualifiés sur les 13, soit 30,77%. Ce qui confirme la connaissance partielle des avantages de l'AME par le personnel qualifié.

❖ Formation du personnel sur l'AME

Tout le personnel interrogé (100%) déclare n'avoir pas du tout bénéficié de formation sur la promotion de l'AME depuis qu'il exerce dans ladite structure sanitaire.

❖ Pratique d'activités promotionnelles de l'AME dans les services

L'effectivité des pratiques promotionnelles de l'AME par le personnel qualifié n'est confirmée que par 6 agents, soit 46,15%.

❖ Disponibilité des outils sur l'AME

Parmi les outils de promotion de l'AME, seuls les services de PCIMA et de la Maternité disposent chacun d'une boîte à image que le personnel actif utilise lors des activités promotionnelles.

❖ Suggestions du personnel de santé pour améliorer la promotion de l'AME au camp de Djabal

- renforcer la structure sanitaire en ressources humaines qualifiées afin de réduire la charge de travail de ceux déjà exerçant dans les services ;
- prendre en considération le couple époux-épouse dans les actions en faveur de l'AME ;
- mettre en place un mécanisme de suivi des familles ayant adopté la pratique de l'AME, en formant et impliquant les relais communautaires sur l'AME ;
- soutenir les familles ayant adopté l'AME par l'augmentation des rations sèches ;
- sensibiliser davantage les chefs de familles (époux) sur les bienfaits de l'AME pour leurs familles, les mères allaitantes et les enfants ;
- intensifier la sensibilisation des femmes enceintes sur les bienfaits de l'AME et la nécessité de l'adopter ;
- mettre en place un cadre d'échange permanent avec les femmes sur les pratiques de l'AME ;
- impliquer les leaders communautaires dans les séances de sensibilisation au niveau communautaire en faveur de l'AME.

4 Discussion

Cette étude visait à déterminer le niveau de pratique d'AME et identifier ses déterminants chez les FE, FA et leurs époux, ainsi que le personnel de santé du camp des réfugiés de Djabal. Ceci pour voir si le niveau de pratique de l'AME est resté aussi bon que dans les années antérieures pendant la période où les apports aux réfugiés étaient conséquents. Des avis préliminaires recueillis faisaient état d'existence de femmes pratiquant l'AME et du personnel promouvant l'AME. Mais aucun document confirmant cette pratique, ni aucune donnée n'est disponible sur suivi des mères allaitantes exclusives. Le personnel qui ne promeut l'AME qu'à travers la sensibilisation n'est pas été en mesure de dire s'il existait des mères allaitantes exclusives au sein et combien sont suivies. Le taux de pratique d'AME de 51,43% dans notre étude est relatif à notre échantillonnage, et ne doit pas être prise pour une prévalence de l'AME dans le camp des réfugiés de Djabal dans le cadre actuel.

L'analyse de nos résultats nous ont permis de dégager trois grands groupes de facteurs qui impactent sur l'adoption et la pratique de l'AME : les facteurs liés à la mère, les facteurs liés à l'entourage de la mère et les facteurs liés au système de santé du camp.

4.1 Facteurs liés à la mère enceinte ou allaitante

❖ Les caractéristiques sociodémographiques

Dans la présente étude, les facteurs âge, statut matrimonial, profession et le niveau de scolarisation étaient associés à la pratique de l'AME comme le montre le 0. Les résultats de l'analyse multi-variée en régression logistique ont retenu les facteurs suivants : âge, statut matrimonial, profession et niveau de scolarisation.

L'impact de l'âge sur la pratique de l'AME est diversement apprécié comme le révèlent les études. D'une part, l'âge de la mère a un impact significatif sur l'adhésion à la pratique de l'AME ou son initiation (51,60), et d'autre part il n'y a pas d'impact significatif sur l'adoption de l'AME comme le stipule Andriamifidison *et al.* dans leur étude cas-témoins en 2016 (52).

Dans cette étude, la tranche d'âge de 20 à 30 ans favoriserait la pratique de l'AME, similaire à l'étude d'Amin *et al.* en Arabie Saoudite où une moyenne d'âge de 29,4 +/- 6,7 ans avaient plus pratiqué l'AME (61). Cette tranche d'âge la plus représentée est celle des femmes nées avant l'ouverture du camp en 2004 pendant la crise du Darfour. De ce fait elles n'ont pas eu la possibilité d'aller à l'école pour être actuellement occupées par les études, et donc ne pouvant que se marier. La tranche de moins de 20 ans est la moins représentée (12,5%) ; elle serait plus occupée par l'école en cette période stable pour les réfugiés, que par le mariage.

Dans notre étude, la quasi-totalité des femmes pratiquant l'AME sont mariées (98,15%). De ce fait, le statut de mariée favoriserait la pratique de l'AME chez les réfugiés du camp de Djabal. Les femmes mariées, du fait de la possibilité de soutien qu'apporteraient leurs époux, sont les plus disposées à

l'adoption de l'allaitement exclusif. Ce qui n'est pas le cas chez les célibataires et divorcées qui manqueraient de ressources et de soutien.

Au camp de réfugiés de Djabal, de base, les femmes sont cultivatrices. Elles s'occupent des travaux champêtres et du ménage, pendant que les hommes sont occupés par des activités commerciales ou autres génératrices de revenus, comme décrit dans le rapport Link-NCA dans ce camp (16). Elles disposent ainsi d'assez de temps à proximité de leurs enfants pour pouvoir s'occuper d'eux et opter pour l'AME si elles le désirent.

Les non-scolarisées dominantes dans la pratique de l'AME traduisent l'impact de la sensibilisation dont elles bénéficient pendant le suivi de la grossesse ou pendant l'accouchement. Ceci montre que la scolarisation n'a pas d'influence sur la pratique de l'AME dans ce camp.

❖ Connaissances relatives à l'allaitement maternel

Dans cette étude, nous relevons que les femmes, aussi bien allaitantes que enceintes, font preuve de connaissances satisfaisantes sur les avantages l'allaitement maternel, tant dans la composition du lait maternel que dans sa conduite selon les recommandations de l'OMS. Ayant bénéficié d'informations reçues des services de santé, leur niveau de connaissance à ce sujet n'est significativement pas lié à leur niveau d'instruction ni à leur profession. En considérant la tranche d'âge de 20 à 30 ans qui représente 60,90%, nous constatons que celle-ci correspond à la catégorie des personnes nées pendant la période de crise où l'éducation était la chose la moins préoccupante en tant que réfugiés.

Le colostrum, malgré les preuves scientifiques de ses propriétés immunisantes, de son rôle dans l'équilibre du microbiote, ainsi que dans la protection contre les allergies et les maladies métaboliques (24–27), n'est pas la première préoccupation de l'entourage dans les heures qui suivent l'accouchement. Plus tôt mis au sein, le nouveau-né devra acquérir tout ce dont il a besoin pour affronter les maladies et les conditions liées à son nouvel environnement. Mais l'idée d'allaiter le nouveau-né n'est motivé que par le fait que l'enfant pourrait avoir faim ou de la montée du « lait blanc », et non par la connaissance des bienfaits du colostrum et la nécessité de le lui donner le plus tôt possible (59,62).

Dans ce travail, 74,48% des femmes interrogées affirment connaître les bienfaits du colostrum, mais 25,52% les ignorent encore. Les bienfaits dont nous faisons allusion ne se limitent qu'au caractère bon ou mauvais du colostrum et non aux détails scientifiquement prouvés.

La proportion élevée des femmes connaissant les bienfaits du colostrum est le résultat de la sensibilisation menée dans les différents services de la structure sanitaire. La majorité des femmes (57,29%) en contact avec le service de santé a bénéficié des conseils sur l'AME. Cette tendance est remarquée également par Somé au Burkina (59) que les femmes acquièrent une bonne connaissance du colostrum lorsqu'elles sont sensibilisées, ce qui favorise en même temps l'initiation précoce à l'allaitement maternel. La structure de santé du camp offre également des opportunités de sensibilisation de masse à travers les activités menées en faveur des réfugiés. Ces occasions de

rassemblement permettent de diffuser des informations sanitaires d'importance capitale dans la vie des réfugiés.

En Afrique, les bienfaits du colostrum sont diversement connus des sociétés et sa consommation optimale subit le poids des croyances et des pratiques traditionnelles. De nombreuses personnes considèrent le colostrum comme la partie sale du lait qui doit être éliminée pour laisser place au « lait blanc » qui est considéré comme le bon et vrai lait pour le nouveau-né. Cette perception est partagée par les communautés Mandjak, Balante et Bijagos en Guinée qui considèrent que le colostrum est impropre et sans apport nutritionnel au nouveau-né (63). Chez les berbères, bien que le lait maternel soit considéré comme la nourriture la plus importante, un intérêt n'est pas accordé au colostrum dans les premiers jours de la vie du nouveau-né. Il est ainsi substitué par du miel et de dattes mâchées, jusqu'à la montée du « vrai lait » vers le cinquième jour (62). L'entourage de l'accouchée a encore son mot à dire dans les premières heures de la naissance et même pour la suite de l'allaitement. Alors que l'accouchée est supposée fatiguée du travail d'accouchement et mise au repos, le père, ou la grand-mère selon les cas, est appelé à donner en premier de l'eau à l'enfant par respect aux traditions. Il peut s'en suivre d'autres types de boissons telles les infusions, du beurre, du miel ou de dattes (64). Hassani *et al.* quant à eux ont trouvé dans une étude qu'environ 70,6% des parturientes n'avaient aucune idée de ce qu'est le colostrum, à plus forte raison d'en connaître les bénéfices (47).

Dans la présente étude, les femmes ont fait preuve de connaissance du concept de l'AME aussi bien en termes de notions que de sa durée. La majorité (85,42%) de ces femmes a une notion sur ce qu'est l'AME ainsi que sur sa durée optimale (81,25%).

Depuis l'ouverture des camps à l'est du Tchad, des actions portant à promouvoir la santé maternelle et infantile y ont fait l'objet de gros investissements du parrain HCR et ses partenaires. Mais la malnutrition aiguë y est toujours présente. Bien d'actions de lutte contre cette malnutrition ont été menées et portées sur la promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'alimentation. A ce jour, la sensibilisation de groupe se poursuit toujours dans les services de la maternité et de PCIMA. Ce qui peut expliquer cette bonne performance de ces femmes sur les acquis en matière d'allaitement.

Le bon niveau d'information sur la durée de l'AME est également relevé par Diagana et Kane dans une description transversale à Nouakchott qui trouve 50,5% des femmes connaissant les pratiques optimales de l'AME (64) et que cette connaissance a joué favorablement sur leur décision de pratiquer l'AME.

Les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant sont également bien connus des femmes. Dans cette étude plus de deux-tiers (68,75%) des femmes les récitent de façon satisfaisante. Ce niveau de connaissance satisfaisant serait lié aussi aux informations dont elles ont bénéficié lors des séances d'activités de CPN, de PCIMA ou de PEV. « Les sages-femmes nous ont souvent dit que le lait maternel est le meilleur aliment pour l'enfant, et que nous devons allaiter l'enfant jusqu'à six mois avant de lui donner tout autre aliment » et « que allaiter l'enfant sans lui donner de l'eau ni autre aliments pendant six mois après la naissance permet de lui éviter les diarrhées, la malnutrition,

et il sera plus fort que ses congénères » sont quelques explications que les femmes donnent pour étayer leurs affirmations. Le partage d'informations sur l'allaitement pendant le suivi de grossesse a été également remarqué par d'autres auteurs (65).

Cependant, ces femmes ont de la peine à se prononcer sur leurs propres avantages, lorsque leurs enfants sont exclusivement allaités au sein. Ce faible niveau de connaissance des femmes sur les bénéfices de l'AME (32,29%) en leur faveur traduit le fait que dans les services, le personnel se concentre plus sur ces bienfaits pour l'enfant pour les convaincre de l'adopter. Aussi, cette insuffisance d'informations fournies par le personnel aux femmes n'est que le reflet de sa méconnaissance du sujet comme le montre le 0 avec près d'un tiers seulement des agents qui affirment connaître ces avantages. Cette situation de méconnaissance des agents de santé est aussi remarquée par Sinte-Pagnotta dans son mémoire selon lequel les avantages de l'AME sont plus vantés en faveur de l'enfant que de la mère elle-même (54). Et que si ces avantages sont tout autant vantés pour la mère, cela contribuerait forcément à convaincre ces mères à opter pour l'allaitement exclusif.

❖ Pratique de l'allaitement exclusif au sein

Dans cette étude, plus de la moitié (51,43%) des mères allaitantes (n=105) affirment nourrir exclusivement leurs enfants au sein. Ce qui est *a priori* une satisfaction quant aux objectifs de l'OMS en matière d'AME. Cette forte prévalence se rapproche de celle observée dans les résultats de l'enquête SMART-SENS dans les camps de réfugiés soudanais à l'est du Tchad (2017) qui relèvent un taux d'AME à 56,1% basé sur l'affirmation des mères (19). Nos résultats sont supérieurs à ceux des enquêtes nationales MICS6 2019 (15) et SMART 2020 (14) qui montrent respectivement 16,2% et 16,4% (19% et 14% dans le Sila). De ces observations, nous trouvons encourageant la pratique de l'AME au camp de Djabal, à défaut d'un mécanisme de suivi permettant une vérification puisque le centre ne dispose pas de dossiers de suivi de ces femmes.

Cette pratique satisfaisante de l'AME est aussi retrouvée au camp de réfugiés de Naplouse en Palestine (2007) où Musmar et Qanadeelu ont obtenu 69,7% d'enfants nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de naissance, dans une étude transversale sur des dossiers cliniques. Mais cette forte prévalence serait liée au temps mis dans le camp des populations, comme le montrent Woldeghebriel *et al.* (2016) qui lient la durée du séjour au camp de réfugiés Libériens au Ghana à une forte adoption de la pratique de l'AME (66). Aussi, dans cette étude au camp de Naplouse, on note une traçabilité des outils en faveur de la pratique de l'AME. Ce qui n'est pas le cas au camp de Djabal où cette pratique est basée sur l'affirmation tacite des principales actrices (51,43%) qui, en réalité, ne respectent les recommandations qu'à 37,04% dans un entretien plus approfondi comme le montre la Figure 3.

❖ Raisons du refus des allaitantes à pratiquer l'AME

Comme le montre la Figure 3, la pratique réelle (37,04%) de l'AME au camp de Djabal reste toujours encourageante. Mais pour diverses raisons il reste encore près de deux-tiers des mères allaitantes qui ne comptent pas ou refusent d'en pratiquer, pour diverses raisons propres à chacune d'elles.

Pour toutes ces raisons avancées au Tableau 11, aucune n'est constante chez toutes ces mères mais une même raison peut être citée par plusieurs d'entre elles. Toutes ont trait à la chaleur du milieu, à l'insuffisance de production de lait par la mère elle-même, à l'entourage de celle-ci, aux moyens de subsistance, et à l'insuffisance de l'information appropriée.

La chaleur, une des principales justifications du refus de l'AME a été la raison la plus citée par les femmes aussi bien enceintes que allaitantes. Pour elles, il est inconcevable de ne pas du tout donner d'eau à son enfant dans ce rude climat de la région : « *il fait chaud ici, heureusement que le HCR nous a doté de fontaines au camp. L'eau dans le corps de l'enfant diminue si on ne lui en donne pas* », telle est la justification d'une mère comme toutes celles d'ailleurs qui croient que l'enfant doit boire toujours par souci de la chaleur. Cette perception est également relevée par d'autres auteurs de pays chauds (67,68).

Le pouvoir décisionnel de l'époux dans la l'adoption du type d'allaitement est similaire à toutes les décisions ou pratiques entreprises dans le foyer, en relation ou non avec le mode alimentaire (16). Nous retrouvons dans cette étude que le refus de l'époux prime dans la décision d'allaiter exclusivement l'enfant bien que cette tâche soit menée par la mère.

La production insuffisante de lait est également l'une des raisons les plus évoquées par les allaitantes. « *Le lait à lui seul ne suffit pas pour nourrir l'enfant. Pour produire suffisamment de lait, moi-même je dois être bien nourri. Et depuis un certain temps, le HCR a réduit la quantité des rations qu'elle nous donne. Donc je ne vais pas essayer ce que je ne suis pas sûre de bien terminer* », tels sont les propos d'une allaitante pour soutenir sa réticence vis-à-vis de l'allaitement exclusif. Ces propos reflètent en partie l'ensemble des difficultés liées aux moyens de subsistance que rencontrent les femmes dans ce camp et à la production lactée par la mère (16,47).

Les femmes enceintes de ce camp, majoritairement (82,76%) favorables à la pratique de l'AME à leur prochain accouchement, se verront confrontées à ces contraintes en parties dépendantes de leur entourage et d'elles-mêmes. Ce désir est certainement animé par le discours de l'agent de santé qui vante les bienfaits de l'AME pour son futur enfant sans tenir compte du contexte environnemental, socioéconomique et socioprofessionnel de ces femmes. L'insuffisance des moyens financiers pour assurer une bonne alimentation de la mère en vue de « supporter l'allaitement exclusif » est la principale raison évoquée par les gestantes ne désirant pas pratiquer l'AME. Les autres raisons avancées par ces dernières sont les mêmes que celles évoquées dans bien d'autres études (16,59,67–70).

4.2 Facteurs liés à l'entourage

L'alimentation du nouveau-né suscite l'implication de divers facteurs qui ne sont pas que bonnes pour lui et sa famille. La mère, pourtant principale actrice dans l'alimentation de son enfant, se retrouve sans mot à dire quant au type d'allaitement à adopter. L'entourage direct du nouveau-né en est fortement impliqué dans les premières heures de sa vie.

Dans la présente étude, près de la moitié des femmes enquêtées (43,75%) confirment que la décision de l'adoption ou non de l'AME revenait à leurs conjoints détenteurs du pouvoir dans toutes ses formes. Les grands-mères, tantes et voisines ont également leurs mots à dire dans le mode alimentaire du nouveau-né. Ces attitudes et pratiques en défaveur de cet innocent nouveau-venu sont relevées dans d'autres études (65,71–73).

L'influence négative de l'entourage sur la pratique de l'AME est sans doute liée à la méconnaissance du sujet, ou du moins à la faible implication dans le suivi de la grossesse. Nous trouvons dans notre étude une faiblesse de l'implication des conjoints dans le suivi des gestantes, celui de la santé des allaitantes et leurs enfants. Seulement 14 femmes (7,29%), enceintes et allaitantes se sont faites accompagner par leurs conjoints dans les services sanitaires. Ce qui fait que plus de trois-quarts (78,57%) d'entre eux ignorent le bénéfice que peut tirer leurs familles en pratiquant l'AME. Et après discussion, seulement la moitié d'entre eux ont exprimé le désir de permettre à leurs épouses d'allaiter exclusivement au sein, sans compter sur le changement d'avis ultérieur qui est décrit par Imorou (68). Mais pour la moitié (50%) des époux qui ont accompagné leurs épouses à la formation sanitaire, les raisons de leur refus de l'AME sont les mêmes que celles évoquées par les gestantes et allaitantes. Ces constats interpellent à suffisance l'approche menant à promouvoir l'AME au niveau communautaire dans ce camp, en mettant l'accent sur l'entourage immédiat de l'accouchée.

4.3 Facteurs liés au système de santé

Les principaux acteurs impliqués dans la promotion de l'AME dans une structure sanitaire restent les agents de santé, surtout qualifiés. Ils doivent être mieux dotés de connaissances pour prétendre engager des discussions et convaincre les parents. Ils doivent être bien convaincus du sujet pour mieux convaincre les bénéficiaires. Les compétences du personnel doivent être un atout pour une promotion efficace. Aussi, le nombre du personnel doit être suffisant pour réduire la charge de travail, ce qui favoriserait du temps suffisant à consacrer par le personnel pour bien donner des informations liées à l'AME.

Pour une population aussi grande que le camp de Djabal (plus de 24000 habitants), le nombre du personnel actuellement en poste est insuffisant pour assurer une prestation de service de qualité. Cette insuffisance de personnel se traduit par une surcharge de travail qui ne facilite pas le repos indispensable au personnel. Le rythme de fonctionnement du centre de santé du camp de Djabal est celui d'un hôpital de district, 24h sur 24. Pour une population bien circonscrite et presque gratuitement prise en charge, la fréquentation des services sanitaires est tout autant élevée. De ce fait, la surcharge de travail réduit la qualité de toute prestation ordinaire, et moins encore dans les services qui nécessitent plus de temps.

Les résultats de notre enquête montrent des difficultés liées au système de santé dans ce camp. Le personnel censé promouvoir les pratiques optimales de l'allaitement maternel n'ayant de maîtrise que de la connaissance des bénéfices de l'AME pour l'enfant. Il n'en sait pratiquement rien au sujet de l'allaitante. Ce qui traduit les lacunes dans les pratiques promotionnelles au niveau des services

de la structure sanitaire. Cette méconnaissance du personnel est transmise également aux femmes enquêtées, faisant apparaître une relation de cause à effet. Tout le personnel rencontré a donné des réponses satisfaisantes en ce qui concerne les avantages de l'AME pour l'enfant. Tandis que ces avantages pour la mère elle-même ne sont pas familiers aux agents sanitaires. Un peu moins d'un tiers (31,77%) seulement du personnel affirme les connaître. Bien qu'un peu plus de la moitié (61,54%) de ces agents affirme connaître la recommandation de l'OMS sur l'allaitement, la quasi-totalité de ces derniers n'est pas en mesure de donner une description complète ou satisfaisante de celle-ci. Cette insuffisance de connaissance serait fortement liée au manque de renforcement des capacités du personnel, car aucun agent de santé présent dans ce camp n'a bénéficié de formation sur l'AME. « *On n'a jamais été formé sur l'ANJE depuis qu'on travaille ici* », tels sont les propos partagés par quelques agents rencontrés. Et la sensibilisation sur l'AME dont les agents ont fait preuve dans notre étude sont les faits des prérequis issus de leurs cursus académiques ou de leurs expériences personnelles.

La constatation de cette non-maîtrise des questions liées à l'allaitement maternel sont également faites par Krogstand et Parr (2005), Svendby *et al.* (2016) qui relèvent que les médecins généralistes manquent en partie de connaissances de base pour assurer une promotion efficace de l'allaitement (74,75). Ces observations sont applicables aux autres catégories de personnel travaillant dans le même contexte. La mise en application des orientations issues de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés permettrait d'améliorer le niveau des différents acteurs œuvrant dans la promotion de l'AME, et ainsi favoriser son adoption (18).

En dépit des sensibilisations qui se déroulent déjà dans ce camp, cette étude montre encore qu'il n'existe pas une documentation consacrée aux activités promotionnelles (sauf 2 boîtes à image). Ce qui peut laisser comprendre que ces activités se déroulent de manière non organisée voire sans objectifs.

4.4 Les limites de notre étude

Les travaux sur l'allaitement sont nombreux et ceux dont nous avons fait usage sont loin d'être exhaustifs. Nous n'avons utilisé pour certains que des abstracts, et pour d'autres le texte intégral de publications.

Dans le camp, nous avons constaté une généralisation de comportement adopté par les réfugiés lorsqu'il s'agit d'une enquête portant sur les moyens de subsistance, le coût de la vie, la précarité. Les avis et réponses ont tendance à être par « vagues » lorsqu'il s'agit des conditions de vie. Les réponses ont tendance à être les mêmes en fonction des jours ou de la provenance (secteur, bloc, ou appartenance ethnique). Le camp est habitué aux enquêtes d'évaluation que mènent le HCR et ses partenaires, aboutissant souvent au changement de stratégies au bénéfice des réfugiés.

Conclusion

La pratique de l'allaitement tel que recommandée par l'OMS constitue un défi majeur dans la plupart des pays en développement et dans les populations en situation précaire. L'allaitement exclusif au sein bien mené ouvre la porte d'une « vie réussie », et offre une solution durable à l'insuffisance de ressources, facteur important dans la survenue de la malnutrition chez les réfugiés.

Le lait maternel est l'aliment sûr pour améliorer le bien-être du couple mère-enfant. Il reste déterminant pour lutter contre la malnutrition et les autres maladies de l'enfance. Ses bienfaits ne sont pas encore bien cernés tant par les bénéficiaires directs que sont les familles réfugiées, que par le personnel censé assurer sa promotion. Sa pratique n'est pas optimale au camp et ne respecte pas les recommandations malgré la poursuite de la sensibilisation. Le cadre de ce camp n'offre pas suffisamment de moyens pour mener à bien des activités promouvant l'allaitement exclusif au sein, et n'offre pas un mécanisme de suivi pour s'assurer de l'atteinte des objectifs. Les institutions en chargées de la gestion des camps doivent intégrer dans le plan de réduction de la malnutrition des stratégies qui visent à vulgariser les bonnes pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans toutes ses dimensions. La création de cellules de soutien aux femmes allaitantes et l'adaptation de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé au centre de santé pourraient contribuer efficacement à améliorer ces pratiques de l'AME dans le camp de Djabal, en vue d'un développement durable en faveur des réfugiés. Des études plus approfondies devront s'atteler sur les aspects liés à l'initiation précoce de l'allaitement maternel et à la continuité de l'allaitement exclusif dans le délai requis qui ont manqué dans notre travail.

Recommandations

A l'issue de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes à la structure :

- mettre en œuvre de l'Initiative Structures de Santé Amies des Bébé (ISSAB) adaptée à la structure sanitaire du camp ;
- renforcer la structure de santé en ressources humaines qualifiées afin de couvrir tous les services en temps et en nombre. Un nombre suffisant d'agents permettra de disposer d'assez de temps accordé aux clientes afin de leur donner toutes les informations relatives aux bonnes pratiques de l'ANJE ;
- accorder des suppléments de ration sèche aux femmes allaitantes en situation précaire, ceci leur permettra de disposer de temps suffisant pour allaiter leurs nourrissons ;
- Poursuivre les activités de supplémentation préventive et curative Blanket Feeding destinées aux femmes enceintes et mères allaitantes sans limitation à la période de soudure ;
- mettre en place au sein de la structure sanitaire un cadre d'échange permanent avec les femmes sur les pratiques de l'AME et un personnel spécifique assurant une communication continue pour le changement de comportement (CCCC) ;

- Impliquer les leaders communautaires dans la CCCC au niveau communautaire en faveur de l'AME.

Références bibliographiques :

1. OMS. *Enfants: améliorer leur survie et leur bien-être* [En ligne]. 2021 [cité 29 mai 2021]. Disponible à: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
2. OMS. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. OMS. Genève; 2003. 30 p.
3. OMS. *Allaitement maternel* [En ligne]. [cité 17 janv 2021]. Disponible à: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. The Lancet. 30 janv 2016;387(10017):475-90.
5. Coulibaly A, Tano OA, Vroh JBB, Traoré Y, Dagnan NS. *Facteurs socioprofessionnels et pratique de l'allaitement exclusif par les primipares à Abidjan (Côte d'Ivoire)*. Sante Publique. 8 oct 2014;26(4):555-62.
6. OMS. *Child health* [En ligne]. WHO | Regional Office for Africa. [cité 29 mai 2021]. Disponible à: <https://www.afro.who.int/health-topics/child-health>
7. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S. *Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011*. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(27):440-9.
8. Unicef. *Un bon départ dans la vie: Améliorer l'allaitement maternel en Afrique de l'ouest et du centre* [En ligne]. 2010 [cité 12 janv 2021]. Disponible à: https://www.unicef.org/french/infobycountry/files/WCAR_Ameliorer-l-allaitement-en-Afrique-ouest-centre_FR.pdf
9. *Tchad: Rapport enquête nationale SMART 2015* | HumanitarianResponse [En ligne]. 2015 [cité 18 août 2021]. Disponible à: <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/chad/document/rapport-enquete-nationale-smarttchad-2015>
10. *Tchad: Rapport Final de l'Enquête SMART 2016* | HumanitarianResponse [En ligne]. 2016 [cité 29 mai 2021]. Disponible à: <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/chad/document/tchad-rapport-final-de-l%E2%80%99enqu%C3%AAt-smart-2016>
11. *Tchad: Rapport Final de l'Enquête SMART 2017* | HumanitarianResponse [En ligne]. 2017 [cité 29 mai 2021]. Disponible à: <https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/chad/document/tchad-rapport-final-de-l%E2%80%99enqu%C3%AAt-smart-2017>

12. *Tchad: Rapport Final de l'Enquête SMART 2018* | HumanitarianResponse [En ligne]. 2018 [cité 29 mai 2021]. Disponible à:
<https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/chad/document/tchad-rapport-final-de-lenqu%C3%AAte-smart-2018>
13. *Tchad : Rapport Final de l'Enquête SMART 2019* | HumanitarianResponse [En ligne]. 2019 [cité 29 mai 2021]. Disponible à:
<https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/chad/document/tchad-rapport-final-de-lenqu%C3%AAte-smart-2019>
14. *Tchad: Rapport Final de l'Enquête SMART 2020* | Réponse humanitaire [En ligne]. 2020 [cité 29 mai 2021]. Disponible à:
<https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/chad/document/tchad-rapport-final-de-lenqu%C3%AAte-smart-2020>
15. *Chad 2019 MICS Survey Findings Report* [En ligne]. [cité 29 mai 2021]. Disponible à:
https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS6/West%20and%20Central%20Africa/Chad/2019/Survey%20findings/Chad%202019%20MICS%20Survey%20Findings%20Report_French.pdf
16. *Linknca nutrition causal analysis* [En ligne]. [cité 29 mai 2021]. Disponible à:
https://linknca.org/actu/ateliers_de_restitutions_et_de_programmation_avec_le_unhcr_au_tchad.htm
17. *Actions essentielles en nutrition • HKI Europe* [En ligne]. HELEN KELLER EUROPE. [cité 29 mai 2021]. Disponible à: <https://hkieurope.org/reduire-la-malnutrition/actions-essentielles-en-nutrition/>
18. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* *Lancet*. 30 janv 2016;387(10017):491-504.
19. UNHCR Tchad. *Rapport final des enquêtes nutritionnelles UNHCR-SENS dans les camps des réfugiés soudanais à l'est du Tchad 2017*. Tchad; 2018 p. 113.
20. Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). *Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés Partie II - Pacte mondial sur les réfugiés* [En ligne]. UNHCR. [cité 29 mai 2021]. Disponible à:
<https://www.unhcr.org/fr/excom/unhcrannual/5ba3a9f24/rapport-haut-commissaire-nations-unies-refugies-partie-ii-pacte-mondial.html>
21. OMS. *Le conseil en allaitement: cours de formation* [En ligne]. [cité 25 mai 2021]. Disponible à: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/fr/
22. Camus G. *L'allaitement maternel. Guide à l'usage des professionnels* [En ligne]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017. 256 p. (Bébé & petite enfance). Disponible à:
<https://www.cairn.info/l-allaitement-maternel--9782807301887.htm>

23. Action contre la faim. *Qu'est-ce que la malnutrition ?* [En ligne]. [cité 11 juin 2021]. Disponible à : <https://www.actioncontrelafaim.org/a-la-une/quest-ce-que-la-malnutrition/>
24. Tackoen M. *Breast milk: its nutritional composition and functional properties*. Rev Med Brux. sept 2012;33(4):309-17.
25. Ballard O, Morrow AL. *Human milk composition: nutrients and bioactive factors*. Pediatr Clin North Am. févr 2013;60(1):49-74.
26. Menchetti L, Traina G, Tomasello G, Casagrande-Proietti P, Leonardi L, Barbato O, et al. *Potential benefits of colostrum in gastrointestinal diseases*. Front Biosci (Schol Ed). 1 juin 2016;8:331-51.
27. Bardanzellu F, Fanos V, Reali A. « Omics » in Human Colostrum and Mature Milk: Looking to Old Data with New Eyes. Nutrients. 7 août 2017;9(8).
28. Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. *Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health*. Nutrients. 9 avr 2020;12(4):1039.
29. Andreas NJ, Kampmann B, Mehring Le-Doare K. *Human breast milk: A review on its composition and bioactivity*. Early Hum Dev. nov 2015;91(11):629-35.
30. Zimmermann P, Curtis N. *Breast milk microbiota: A review of the factors that influence composition*. J Infect. juill 2020;81(1):17-47.
31. Anjum J, Nazir S, Tariq M, Barrett K, Zaidi A. *Lactobacillus commensals autochthonous to human milk have the hallmarks of potent probiotics*. Microbiology (Reading). oct 2020;166(10):966-80.
32. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). avr 2007;(153):1-186.
33. Hansen K. *Breastfeeding: a smart investment in people and in economies*. The Lancet. 30 janv 2016;387(10017):416.
34. OMS. *Allaitement au sein exclusif* [En ligne]. World Health Organization; [cité 30 mai 2021]. Disponible à : https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/
35. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. *Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis*. Am J Clin Nutr. oct 1999;70(4):525-35.
36. Pérez-Escamilla R. *Allaitement maternel: Influence de l'allaitement sur le développement psychosocial* [En ligne]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. 2008 [cité 30 mai 2021]. Disponible à : <https://www.enfant-encyclopedie.com/allaitement-maternel/selon-experts/influence-de-lallaitement-sur-le-developpement-psychosocial>

37. Klopp A, Vehling L, Becker AB, Subbarao P, Mandhane PJ, Turvey SE, et al. *Modes of Infant Feeding and the Risk of Childhood Asthma: A Prospective Birth Cohort Study*. J Pediatr. nov 2017;190:192-199.e2.
38. den Dekker HT, Sonnenschein-van der Voort AMM, Jaddoe VWV, Reiss IK, de Jongste JC, Duijts L. *Breastfeeding and asthma outcomes at the age of 6 years: The Generation R Study*. Pediatr Allergy Immunol. août 2016;27(5):486-92.
39. Azad MB, Vehling L, Lu Z, Dai D, Subbarao P, Becker AB, et al. *Breastfeeding, maternal asthma and wheezing in the first year of life: a longitudinal birth cohort study*. Eur Respir J. mai 2017;49(5).
40. Mueller NT, Bakacs E, Combellick J, Grigoryan Z, Dominguez-Bello MG. *The infant microbiome development: mom matters*. Trends Mol Med. févr 2015;21(2):109-17.
41. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. *Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras*. J Nutr. févr 2001;131(2):262-7.
42. Hassoun D. *Méthodes de contraception naturelle et méthodes barrières*. RPC contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 déc 2018;46(12):873-82.
43. Unar-Munguía M, Torres-Mejía G, Colchero MA, González de Cosío T. *Breastfeeding Mode and Risk of Breast Cancer: A Dose-Response Meta-Analysis*. J Hum Lact. mai 2017;33(2):422-34.
44. Freund C, Mirabel L, Annane K, Mathelin C. *Breastfeeding and breast cancer*. Gynecol Obstet Fertil. oct 2005;33(10):739-44.
45. Turck D. *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*. Archives de Pédiatrie. 1 déc 2005;12:S145-65.
46. *Orientations de mise en œuvre : protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés – Révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés* [En ligne]. Genève: Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF); 2019 [cité 19 août 2021]. Disponible à: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327620/9789242513806-fre.pdf>
47. Hassani A, Barkat A, Souilmi F-Z, Lyaghfour A, Kabiri M, Karboubi L, et al. *La conduite de l'allaitement maternel. Étude prospective de 211 cas à la maternité Souissi de Rabat*. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 nov 2005;18(7):343-8.
48. *Influence of sociodemographic and psychosocial characteristics on breastfeeding duration of mothers attending breastfeeding support groups* [En ligne]. [cité 1 juin 2021]. Disponible à: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/JPM.2009.025/html>
49. *Breastfeeding duration is determined by only a few factors - PubMed* [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible à: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16207725/>

50. Camus G. *Chapitre 7. L'allaitement maternel dans des circonstances particulières. Dans: L'allaitement maternel* [En ligne]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2017. p. 203-15. (Bébé & petite enfance). Disponible à: <https://www.cairn.info/l-allaitement-maternel--9782807301887-p-203.htm>
51. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. *Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States*. Pediatrics. déc 2011;128(6):1117-25.
52. Andriamifidison NZR, Ravaoarisoa L, Randriatsarafara FM, Razafintsoa M, Rakotonirina EJ, Ramangasoavina L, et al. *Déterminants de l'allaitement maternel exclusif au CSBII d'Ambohitsoa, Antananarivo: étude cas-témoins*. Rev méd Madag. 2016;6(2):725-9.
53. Charji FE. *Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité du Centre Hospitalier Mohamed VI à Marrakech* [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Marrakech, Maroc : Université Cadi Ayyad; 2016. Disponible à: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-hm/FT/2016/these32-16.pdf>
54. SINTE-PAGNOTTA L. *Le niveau de connaissance des femmes enceintes sur l'allaitement maternel est-il suffisant pour répondre aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé en matière d'alimentation des nouveau-nés ? Au CHU UCL NAMUR sites Dinant et Namur, 2020* [En ligne]. [Thèse de doctorat]. Au CHU UCL NAMUR sites Dinant et Namur : Université catholique de Louvain; 2020. Disponible à: <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:23797>
55. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. *A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding*. Health Technol Assess. 2000;4(25):1-171.
56. OMS. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement* [En ligne]. [cité 2 juin 2021]. Disponible à: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591544/fr/
57. Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. *Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003*. Archives de Pédiatrie. 1 sept 2008;15(9):1407-15.
58. Crost M, Kaminski M. *L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale*. Archives de Pédiatrie. 1 déc 1998;5(12):1316-26.
59. Somé MTA. *Le défi de l'adoption de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso*. Sante Publique. 5 févr 2020;HS1(S1):113-22.
60. Lyellu HY, Hussein TH, Wandel M, Stray-Pedersen B, Mgongo M, Msuya SE. *Prevalence and factors associated with early initiation of breastfeeding among women in Moshi municipal, northern Tanzania*. BMC Pregnancy Childbirth. 11 mai 2020;20(1):285.
61. Ahmed AE, Salih OA. *Determinants of the early initiation of breastfeeding in the Kingdom of Saudi Arabia*. Int Breastfeed J. déc 2019;14(1):13.
62. Gélard M-L. *De la naissance au septième jour*. Ethnologie française. 2003;33(1):131-9.

63. Gunnlaugsson G, Einarsdóttir J. *Colostrum and ideas about bad milk: a case study from Guinea-Bissau*. Soc Sci Med. févr 1993;36(3):283-8.
64. Diagana MS, Kane H. *Alimentation des nourrissons à Nouakchott : entre recommandations médicales et instructions des grand-mères*. Sante Publique. 8 juin 2016;Vol. 28(2):235-43.
65. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S. *Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire*. Archives de Pédiatrie. 1 sept 2011;18(9):945-54.
66. Woldeghebriel M, Hromi-Fiedler A, Lartey A, Gallego-Perez D, Sandow A, Pérez-Escamilla R. *Length of time in Ghana is associated with the likelihood of exclusive breastfeeding among Liberian refugees living in Buduburam*. Matern Child Nutr. 11 oct 2016;13(3):e12363.
67. Traoré M, Sangho H, Diagne MC, Faye A, Sidibé A, Koné K, et al. *Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako*. Sante Publique. 27 mai 2014;Vol. 26(2):259-65.
68. Imorou A-B. « A chacun son AME » : les raisons de la difficile quantification des comportements dans l'allaitement maternel exclusif au Benin. Rev ivoir anthropol sociol KASA BYA KASA. 2015;(29):27.
69. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. *Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature*. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 1 mai 2009;22(3):112-20.
70. Bell L, Benoit A, Simoneau-Roy J, Blouin S, Gallagher F. *Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel chez les jeunes mères canadiennes*. Sante Publique. 24 mars 2015;27(1):7-15.
71. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. *Facteurs associés à l'allaitement maternel à la maternité en Région bruxelloise Determinants of breastfeeding at maternity in Brussels*. Revue medicale de Bruxelles. 1 avr 2015;
72. Leahy-Warren P, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P. *Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland*. Midwifery. 1 mars 2014;30(3):345-52.
73. Guillaumon A, Trombert-Pavot B, Vallée J, Weiss S, Patural H. *Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau périnatalité Loire–Nord Ardèche*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 juin 2013;41(6):351-5.
74. Krogstrand KS, Parr K. *Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding*. J Am Diet Assoc. déc 2005;105(12):1943-7.
75. Svendby HR, Løland BF, Omtvedt M, Holmsen ST, Lagerløv P. *Norwegian general practitioners' knowledge and beliefs about breastfeeding, and their self-rated ability as breastfeeding counsellor*. Scand J Prim Health Care. juin 2016;34(2):122-9.

Table des illustrations

Figure 1	Situation géographique du camp des réfugiés soudanais de Djabal (source : Plan de réponse pour les réfugiés 2019-2020 – Tchad)	12
Figure 2	Appréciation du colostrum par les FE et FA	19
Figure 3	Mères allaitantes ayant déclaré pratiquer l'AME mais donnant d'autres boissons que le lait maternel.....	22
Figure 4	Description de la recommandation de l'OMS par le personnel de santé	28

Liste des tableaux

Tableau 1	Liste de personnel du centre de santé de Djabal	13
Tableau 2	Répartition des femmes enquêtées selon l'âge	18
Tableau 3	Répartition des femmes enquêtées selon leur statut matrimonial	18
Tableau 4	Répartition des femmes enquêtées selon le niveau d'instruction	19
Tableau 5	Profession des femmes enquêtées	19
Tableau 6	Répartition selon la connaissance du concept d'AME par les femmes enquêtées	20
Tableau 7	Connaissance des femmes sur la durée de l'AME	20
Tableau 8	Connaissance des femmes sur les bénéfices de l'AME pour la mère et l'enfant	20
Tableau 9	Femmes ayant été conseillées à pratiquer l'AME.....	21
Tableau 10	Mères allaitantes pratiquant l'AME	21
Tableau 11	Raisons de la pratique non-exclusive de l'allaitement par les mères allaitantes	21
Tableau 12	Raisons avancées par les femmes enceintes ne désirant pas pratiquer l'AME.....	23
Tableau 13	Détenteur du pouvoir décisionnel sur la pratique de l'AME dans le foyer	23
Tableau 14	Répartition des enquêtées ayant été déconseillées par l'entourage de pratiquer l'AME 24	
Tableau 15	Raisons évoquées par les maris sur leur refus de faire pratiquer l'AME.....	24
Tableau 16	Connaissance du concept de l'AME et caractéristiques sociodémographiques des allaitantes (n=105)	25
Tableau 17	Pratique de l'AME et caractéristiques sociodémographiques des allaitantes	26
Tableau 18	Analyse bi-variée de la pratique de l'allaitement exclusif	27
Tableau 19	Connaissances du personnel de santé sur les avantages de l'AME.....	29

Annexes

Annexe 1 : Fiche d’enquête adressée aux femmes enceintes et femmes allaitantes

Questionnaire aux Femmes Enceintes ou Femmes Allaitantes N° |____|

.....

Femme Enceinte (FE) : |____| Femme Allaitante (FA) d’enfant de moins de 06 mois : |____|

Secteur/Bloc : [_____] Tel :

Q1. Caractéristiques sociodémographiques de la femme :

- Age de la FE/FA : _____ans Age de l’enfant (si FA) : _____mois
- Statut marital : Mariée |__| Célibataire |__| Divorcée |__| Veuve |__|
- Niveau d’études de la femme : Primaire |__| Secondaire |__| supérieur |__|
- Ecole coranique |__| Aucun niveau |__|
- Profession :

Q2. Connaissances des FE/FA sur l’Allaitement Maternel :

- Selon vous, le 1^{er} lait (le colostrum) est-il bon ou mauvais pour votre enfant ?
Bon|__| Mauvais |__| NSP |__|
- Connaissez-vous ce qu’on appelle Allaitement Maternel Exclusif (AME) ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Combien de temps l’AME doit-il durer ?
6 mois |__| Moins de 6 mois |__| Plus de 6 mois |__| NSP |__|
- Savez-vous que l’AME est bénéfique pour la mère ? Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Savez-vous que l’AME est bénéfique pour l’enfant ? Oui |__| Non |__| NSP |__|

Q3. Pratique de l’Allaitement Maternel

- Pendant la CPN ou à l’accouchement, est-ce qu’on vous a parlé de l’Allaitement Maternel Exclusif ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Actuellement, est-ce que votre enfant est allaité exclusivement au sein ? (À poser si femme allaitante uniquement) Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Si Oui, est ce que vous lui donnez volontairement tout de même un peu d’eau de temps en temps ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Si non, Pourquoi n’avez-vous pas voulu allaiter exclusivement votre enfant jusqu’à 6 mois ?

.....

.....

.....

- Pour votre grossesse actuelle, désirez-vous pratiquer l’AME quand l’enfant sera né ? (À poser si femme enceinte) : Oui |__| Non |__| NSP |__|

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

Q4. Influences de l’entourage sur la Femme Enceinte (FE) ou Femme Allaitante (FA) :

- Dans votre foyer, qui décide si l’enfant doit être allaité exclusivement au sein ou pas ?
Mon époux |__| Moi-même |__| Nous deux |__|
- Votre entourage (hormis l’époux) vous déconseille-t-il de pratiquer l’AME ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|

Q5. Questionnaire à l’époux de la femme enquêtée (s’il est présent pendant l’interview) :

- L’AME est-il avantageux ses avantages pour la famille ? Oui |__| Non |__| NSP |__|
- L’AME est-il avantageux pour l’enfant ? Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Désirez-vous faire allaiter votre futur enfant exclusivement au sein 6 premiers mois ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

Annexe 2 : Fiche d'enquête adressée au personnel de santé du camp

Questionnaire adressé au Personnel de santé N° |_____|

.....

Q1. Qualification :

Médecin |__| IDE |__| SFDE |__| ATS |__| Nutritionniste |__| TSSO |__|

Q2. Connaissances et pratiques du personnel qualifié en faveur de l'Allaitement Maternel

Exclusif :

- Connaissez-vous les recommandations de l'OMS sur l'allaitement ?
Oui |__| Non |__| Ne Sais Pas (NSP) |__|
- Si Oui, décrire orale : Réponse complète* |__| Réponse incomplète |__|
- Savez-vous que la pratique de l'AME a des avantages pour la mère ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Savez-vous que l'AME a des avantages pour l'enfant ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Avez-vous été déjà bénéficié de formation sur la promotion de l'AME ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Menez-vous des activités promouvant l'AME dans votre service?
Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Si Oui, lesquelles :
Sensibilisation de groupe |__| Counseling |__| Autres :
- Disposez-vous d'outils (ou documents) de communication sur l'AME ?
Oui |__| Non |__| NSP |__|
- Si Oui, lesquels ?
Registre |__| Dépliant |__| Planches |__| Autocollant |__| Autres :
- Selon vous, que doit-on faire pour améliorer l'adhésion des familles à l'AME ? :
.....
.....
.....

* Allaiter l'enfant exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie, et poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans au moins, en l'associant à une alimentation de complément à partir du 6^{ème} mois.

Annexe 3 : Situation de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans en 2019

(Source : Enquête SMART Tchad 2019)

