



The World's Largest Open Access Agricultural & Applied Economics Digital Library

This document is discoverable and free to researchers across the globe due to the work of AgEcon Search.

Help ensure our sustainability.

Give to AgEcon Search

AgEcon Search

<http://ageconsearch.umn.edu>

aesearch@umn.edu

*Papers downloaded from **AgEcon Search** may be used for non-commercial purposes and personal study only. No other use, including posting to another Internet site, is permitted without permission from the copyright owner (not AgEcon Search), or as allowed under the provisions of Fair Use, U.S. Copyright Act, Title 17 U.S.C.*

No endorsement of AgEcon Search or its fundraising activities by the author(s) of the following work or their employer(s) is intended or implied.

Date	Submitted	Accepted	Published
	28th March 2022	19 th May 2024	31 st May 2024

EVALUATION DE L'ADOPTION ET PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF ET DE L'ALIMENTATION DE COMPLEMENT, DES MERES ALLAITANTES ET DES MERES ENCEINTES DANS LA COMMUNE RURALE DE DISSIHN AU BURKINA FASO

Farma OL^{1,2}, Hama-Ba F^{1*}, Bougma S^{1,2} and A Savadogo²



Lamine Ouattara Farma

Corresponding author email: hamafatou@yahoo.fr

¹Departement Technologie Alimentaire (DTA) / Institut de Recherche en Sciences Appliquées et Technologies (IRSAT) / Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (CNRST), 03 BP 7047, Ouagadougou 03, Burkina Faso

²Laboratoire de Biochimie et d'Immunologie Appliquées (LaBIA) / Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Vie et de la Terre (UFR/SVT), Université Joseph KI-ZERBO, 03 BP 7021 Ouagadougou 03, Burkina Faso



RESUME

Malgré les efforts du gouvernement burkinabè et ses partenaires dans la lutte contre la malnutrition, celle-ci demeure un problème majeur de santé publique. En 2020, deux enfants sur cinq de moins de six mois ne sont pas nourris exclusivement au sein et trois enfants sur cinq de moins de deux ans ont une alimentation non diversifiée. La présente étude transversale et descriptive décrit les connaissances, les attitudes et les pratiques sur l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie et l'alimentation de complément, des couples mères allaitantes-enfants et des mères enceintes. Elle s'est déroulée de mai à juin 2020 dans huit villages de la Commune rurale de Dissihn dans la région du Sud-Ouest du Burkina Faso. Les interviews ont concerné 242 mères dont 152 mères allaitantes primipares ou non et 90 mères enceintes à travers une enquête directe. Les mères étaient majoritairement jeunes et l'âge moyen était de 27 ans et près de 57% (n=138) n'étaient pas scolarisées. L'étude a montré que seulement, 38.2% (n=58) et 36.2% (n=33) respectivement des mères allaitantes et des mères enceintes avaient un bon niveau de connaissance sur l'importance de l'allaitement exclusif. Les analyses ont montré que l'âge de la mère ($p=0,024$), son accès à l'information sur l'allaitement exclusif ($p=0,033$), sa participation aux séances d'éducation nutritionnelle ($p=0,006$) et aux séances des Groupes d'Apprentissage et de Suivi de Pratiques (GASPA) d'Alimentation et de Nourrisson du Jeune Enfant (ANJE) ($p=0,004$) influençaient positivement son niveau de connaissance de l'allaitement exclusif. En pratique, 30.4% (n=46) des mères affirmaient avoir allaité exclusivement leur enfant pendant les six premiers mois de vie. Enfin, 5.2% (n=8) d'entre elles ont diversifié l'alimentation de leurs enfants âgés de 6 à 23 mois. Les obstacles évoqués par les femmes qui empêchent la pratique optimale d'ANJE étaient d'ordre socioculturel. Les mères enquêtées 81.7% (n=198) trouvaient que certaines pratiques traditionnelles locales rendaient difficile voire impossible l'allaitement exclusif. A cela s'ajoute une faible disponibilité alimentaire, citée comme étant la principale cause d'une alimentation moins diversifiée chez les enfants de 6 à 23 mois. La pratique alimentaire adaptée à l'âge est faible dans notre zone d'étude. Ainsi l'éducation nutritionnelle serait-elle encouragée afin de réduire la malnutrition.

Mots clés: Allaitement exclusif, alimentation, rural, connaissances, pratiques, mères, nutrition, jeune enfant



ABSTRACT

Despite the efforts of the Burkinabe government and its partners in the fight against malnutrition, it remains a major public health problem. In 2020, two out of five children under six months of age were not exclusively breastfed and three out of five children under two years of age have an undiversified diet. The present study is a descriptive cross-sectional study of knowledge, attitudes and practices on exclusive breastfeeding during the first six months of life and complementary feeding of breastfeeding mothers and pregnant mothers. It took place from May to June 2020 in eight villages of the rural commune of Dissihn in the southwestern region of Burkina Faso. Interviews were conducted with 242 mothers including 152 primiparous and non-preparous breastfeeding mothers and 90 pregnant mothers through a direct survey. The mothers were mostly young, with an average age of 27 years, and more than half of them had no schooling 57% (n=138). The study showed that only 38.2% (n=58) and 36.2% (n=33) of breastfeeding mothers and pregnant mothers respectively had a good level of knowledge about the importance of exclusive breastfeeding. Analyses showed that the mother's age ($p=0,024$), her access to information on exclusive breastfeeding ($p=0.033$), her participation in nutrition education sessions ($p=0.006$) and in the infant and young child feeding (ANJE) services and practices learning groups (GASPA) ($p=0.004$) positively influenced her level of knowledge of exclusive breastfeeding in practice, 30.4% (n=46) of the mothers claimed to have exclusively breastfed their child during the first six months of life. Finally, 5.2% (n=8) of them diversified the diet of their children between 6 and 23 months of age. The obstacles mentioned by the women that prevent the optimal practice of infant and young child feeding (ANJE) were socio-cultural. A rate of 81.7% (n=198) of them found that certain local traditional practices made exclusive breastfeeding difficult or impossible. In addition, low food availability was cited as the main cause of less diversified diets among children aged 6 to 23 months. Age-appropriate feeding practices are low in our study area. Thus, nutrition education should be encouraged to reduce this problem.

Key words: Exclusive breastfeeding, feeding, rural, knowledge, practices, mothers, nutrition, young child



INTRODUCTION

Au Burkina Faso en 2019, les prévalences de la malnutrition sont respectivement 8.1%, 25.4% et 17.3% de la malnutrition aigüe, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale [1]. Ces prévalences cachent des disparités au niveau régional selon l'enquête nutritionnelle nationale [1]. Cette même enquête révèle des prévalences élevées de la malnutrition aiguë modérée ou sévère dans les régions à fort défi sécuritaire et climatique du pays, en témoignent les données y relatives. En effet, ces prévalences sont de 9.7%, 8.1% et 8.4% respectivement dans lesdites régions qui sont respectivement le Sahel, le Nord et le Centre Nord. Quant aux prévalences du retard de croissance on note 36.7%, 24.3% et 25.5% dans ces régions respectives. On note aussi, 25.3%, 16.5% et 19% de la prévalence de l'insuffisance pondérale respectivement dans ces régions ci-citées. Les indicateurs de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant présentent de faibles taux. En 2019, au niveau national, 59.0% d'enfants de 0 à 5 mois avaient été exclusivement allaités. Alors que, l'allaitement adapté à l'âge de l'enfant, suivant les recommandations de l'OMS, est reconnu étant le meilleur moyen de le nourrir et lui garantir une bonne croissance [2]. L'allaitement exclusif (AE) pendant les six premiers mois de vie est l'une des recommandations de l'Unicef en matière de bonne alimentation pour nourrisson du fait de ses effets positifs que bénéficient aussi bien la maman que le nourrisson [3]. Reconnu bénéfique à court et long termes, il est avéré que l'AE diminue la mortalité infantile et la sous-nutrition à travers la réduction des infections chroniques: diarrhée, pneumonie etc [4]. Il prévient aussi, l'embonpoint, le diabète, le surpoids ou l'obésité et augmente le quotient intellectuel de l'enfant [4]. Chez la mère, il a des effets positifs qui empêchent la survenue des cancers du sein et de l'ovaire, du diabète, de l'ostéoporose. Il est un antidépresseur, évite le surpoids après l'accouchement et permet l'espacement des naissances [4, 5]. L'allaitement exclusif doit couvrir les six premiers mois de vie de l'enfant, cependant, il est souvent très bref, du fait de l'introduction précoce des aliments de complément [6]. Cette interruption est due à des facteurs culturels et socio-économiques [6, 7]. Des sources, Bueno-gutierrez [8] et Savic *et al.* [9], ont établi que les obstacles à la pratique de l'allaitement exclusif sont d'ordre individuel et social. En effet, la douleur lors des tétées, l'esthétique, le sentiment de l'insuffisance du lait maternel, les difficultés à allaiter en public, le manque de temps et l'absence du soutien familial sont les plus cités. Cela prive les enfants des bienfaits de l'allaitement exclusif et les expose à la sous-nutrition et à ses conséquences.

En plus des difficultés liées à l'allaitement, l'enquête nutritionnelle nationale a révélé qu'en 2019, 61.6% des enfants de 6 à 8 mois avaient reçu un aliment complémentaire au lait maternel en temps opportun. La diversité alimentaire



minimum et l'alimentation minimum acceptable étaient respectivement pratiquées chez 24.2% et 17.4% d'enfants de 6 à 23 mois. Cependant, Disha *et al.* en 2012 soutenaient qu'une alimentation inappropriée à l'âge de l'enfant est fortement associée, pour la plupart des cas, à un mauvais statut nutritionnel de celui-ci [10].

La province du loba située au Nord de la région du Sud-Ouest suffisamment arrosée et considérée comme l'un des greniers du pays, a enregistré des taux élevés de malnutrition. En effet, en 2019, 7.3% d'enfants de moins de 5 ans ont souffert de malnutrition aiguë (MA) dans cette province, 26% ont accusé un retard de croissance (RC) et 18% d'entre eux ont souffert d'insuffisance pondérale (IP) [1]. On note par ailleurs, que ces prévalences sont au-dessus de celles enregistrées dans les provinces voisines en cette même année. Les provinces du Tuy, de la Bougouriba et de la Sissili voisines à celle du loba, avaient respectivement des taux de 7.0%, 5.3% et 7.3% de MA, 22.1%, 22.5% et 21.8% du RC et 16.8%, 12% et 16.1% de IP [1]. Cette situation serait due à une faible adoption et pratique d'ANJE, d'où l'intérêt de cette étude. Elle vise à évaluer le niveau d'adoption et la pratique de l'allaitement exclusif ainsi que de l'alimentation de complément des enfants auprès des mères allaitantes et des mères enceintes.

METHODOLOGIE

Zone d'étude

L'étude s'est déroulée dans huit villages de la commune rurale de Dissihn, la plus grande commune rurale de la province du loba sur la période de mai à juin 2020. Ces villages ont été aléatoirement sélectionnés parmi les 23 villages que comptent cette commune (figure1).



Figure 1: carte des villages enquêtés source (Institut Géographique du Burkina Faso)

La présente étude est une enquête transversale descriptive et analytique réalisée auprès des mères allaitantes et des mères enceintes à travers un questionnaire de

type connaissance, attitude et pratique, tel que décrit par le guide de la FAO [11]. Des entretiens directs ont été réalisés avec les cibles. Pour mener à bien cette étude, il a été utilisé, la formule classique de Schwartz (1969) :

$$n = \frac{z^2 * p * (1 - p)}{m^2}$$

Avec : n : la taille de l'échantillon,

z : valeur correspondant à un niveau de confiance donné (1,96 pour un niveau de confiance de 95%),

p : prévalence estimative de l'allaitement exclusif (l'enquête nationale nutritionnelle de 2019 du ministère de la santé, 71.1% (63,7-77,6) des enfants ont bénéficié de l'allaitement exclusif dans la Région du Sud-Ouest [1]. En considérant la borne supérieure de cet indicateur, on a un total de 267).

m : marge d'erreur standard 5%.

Pour des besoins de l'étude, les femmes qui portaient leur toute première grossesse ont été soustraites de l'échantillon. Ainsi, l'effectif des femmes enceintes est ramené à celles qui ont au moins un enfant passant de 115 à 90. La suite des analyses a porté sur 242 mères dont 152 mères allaitantes et 90 mères enceintes.

Critères de participation

La participation à cette étude était volontaire, libre et concerne toutes les mères allaitantes et les mères enceintes ayant été sélectionnées et qui ont accepté être interviewées

La sélection a été faite de manière aléatoire. Pour avoir des données plus homogènes la taille minimale a été fixée à dix-neuf (19) mères allaitantes par village. Dans les villages où ce nombre n'est pas atteint, sont remplacés par l'un des huit autres villages de remplacement prévu à cet effet.

Pour sélectionner les mères dans chaque village, la méthode du pas de sondage a été appliquée :

$$\text{Le pas de sondage} = \frac{\text{le nombre total de mères dans le village}}{\text{le nombre de mères à enquêter dans le village}}$$

Variables de l'étude

Cinq types de variables ont concerné cette étude : i) -les caractéristiques sociodémographiques des mères allaitantes et des mères enceintes, ii)- leurs sources de sensibilisation, iii)- le niveau de connaissance de l'importance de l'allaitement exclusif ; iv)- leurs connaissances sur l'alimentation de complément et

les obstacles liés à sa pratique v)- la pratique de l'allaitement exclusif et de l'alimentation de complément.

Evaluation du niveau de connaissance des intérêts de l'allaitement exclusif (AE) durant les six premiers mois de vie

Pour évaluer l'intérêt que les mères accordent à la pratique de l'allaitement exclusif, douze (12) paramètres ont été utilisés dont chacun vaut (+1) si la réponse est bonne et (0) si elle ne l'est pas. Un score supérieur à 60% de bonne réponse est indicateur de bonne connaissance de l'importance de l'allaitement exclusif et tout score global inférieur ou égal à ce score indique un faible niveau de connaissance. Le tableau 1 présente les douze paramètres de l'importance de l'allaitement exclusif.

Saisie et traitement des données

Les données collectées ont été traitées avec les logiciels Microsoft Excel (version 2016) et SPSS version 21. Les analyses bivariées pour déterminer les associations entre les variables ont été faites à l'aide du test du Khi-deux. Un niveau de différence significatif a été considéré pour $P \leq 0,05$.

Considérations éthiques

Pour des considérations éthiques, une lettre d'autorisation de collecte des données a été adressée aux autorités sanitaires pour les informer et avoir leur accord avant le démarrage de la collecte.

RESULTATS ET DISCUSSION

Caractéristiques sociodémographiques des mères allaitantes et des mères enceintes

L'âge moyen des mères allaitantes est de $27 \pm 6,0$ ans avec des extrêmes de 16 et 44 ans. Chez les mères enceintes, il est de 28 ± 8 ans avec des extrêmes 20 et de 44 ans. Plus de la moitié des mères enquêtées 57.2% (n=87) et 64.4% (n=58) respectivement chez celles allaitantes et celles enceintes, ne sont pas scolarisées. Le tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques des mères allaitantes et des mères enceintes.

Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans d'autres études. En effet, dans une étude menée au Burkina Faso, par Siri *et al.* en 2018, ont montré que l'âge moyen des mères était de 27.77 ± 6.44 ans [12]. Ils ont également trouvé des extrêmes 17 et 45 ans dans leur échantillon. Les résultats de la présente étude montrent aussi un faible taux de scolarisation 42.8% (n=65) et 35.4% (n=32) respectivement chez les mères allaitantes et chez celles enceintes. Ces résultats sont similaires à celui de l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) qui a rapporté que 41% des femmes avaient un taux brut de fréquentation

scolaire au niveau national [13]. Par ailleurs, ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés par Traoré *et al.* en 2015 au Mali qui indiquaient que 34.1% des mères enquêtées étaient scolarisées [14]. Le jeune âge des mères est un facteur qui pourrait avoir une influence négative sur leur pouvoir décisionnel de la prise en charge de leurs enfants et surtout en matière d'alimentation, selon une étude menée en Côte d'Ivoire [15]. A cela, s'ajoute le faible niveau de scolarisation dont elles sont victimes.

Sources d'informations des bonnes pratiques d'alimentation des enfants

Au total 82.2% (n=125) des mères allaitantes et 82.7% (n=74) des mères enceintes ont affirmé avoir été sensibilisées sur les pratiques et les bienfaits de l'alimentation des enfants. Cette sensibilisation est menée principalement par les agents de santé suivi des agents de santé à base communautaire (ASBC) en témoigne plus de la moitié d'entre elles (figure 2)

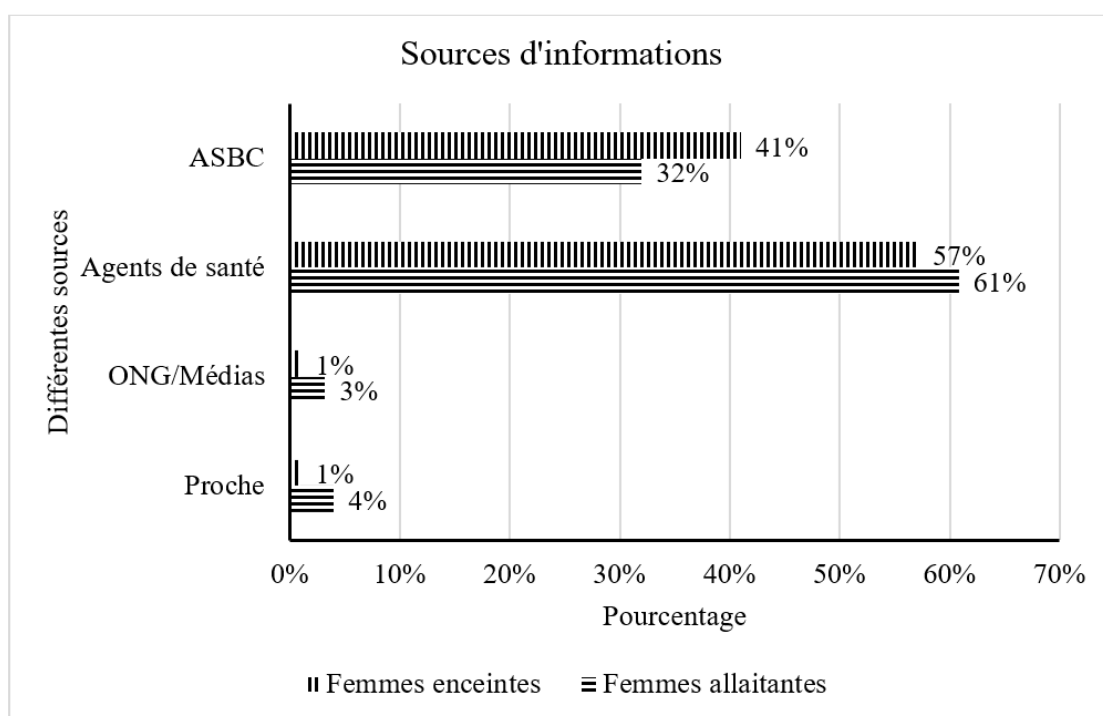


Figure 2 : Sources de sensibilisation des femmes allaitantes et des femmes enceintes ayant été sensibilisées

La plupart des interviewées 61% (n=93) et 57% (n=51), indique que l'agent de santé est la seule source d'informations sur les pratiques d'ANJE. Ce résultat est étayé par deux autres études menées en Ethiopie et en Gambie. Dans un essai randomisé en grappe, en Ethiopie, 91% des mères avaient le professionnel de santé comme source d'informations [16]. De même en Gambie, en 2021, une étude transversale a rapporté que plus de la moitié des mères (58.2%) avaient cette même source d'informations [17].

Niveau de connaissance des intérêts de l'allaitement exclusif (AE) durant les six premiers mois de vie

L'évaluation de ces douze paramètres révèle que 38.2% (n=58) des mères allaitantes et 36.2% (n=33) des mères enceintes avaient un bon niveau de connaissance sur l'importance de l'allaitement exclusif. Nos résultats sont inférieurs à ceux rapportés en Inde où 67.8% des mères avaient un bon score de connaissances sur les intérêts de l'allaitement exclusif [19].

Facteurs influençant le bon niveau de connaissance de l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie

Il ressort des analyses bivariées qu'il existe des facteurs qui influencent le niveau de connaissance des mères. A cet effet, l'âge est un facteur avec des différences significatives $p=0.024$ et $p=0.033$ respectivement chez les mères allaitantes et chez les mères enceintes. Aussi, l'exposition à l'information et la participation aux séances de GASPA des mères enceintes avec des différences significatives respectivement de $p=0.006$ et $p=0.004$ (Tableau 4).

L'âge est un facteur d'indépendance et est parfois lié à l'expérience de la maternité, ce qui pourrait expliquer cette influence positive de l'âge sur le niveau de connaissance en matière d'allaitement. Ce résultat a été confirmé en Egypte dans une étude descriptive [20]. Cependant, une étude a montré qu'il n'existait pas de différence significative entre l'âge de la mère et son niveau de connaissance sur les bienfaits de l'allaitement exclusif (AE) [21]. Dans cette analyse le niveau de scolarisation n'est pas associé à la bonne connaissance des intérêts de l'AE comparativement à d'autres études. En effet, cette même observation a été notée en 2018 dans la région de l'Est du Burkina Faso [12]. Le contexte étant quasi identique, la faible proportion de femmes scolarisées dans nos zones d'étude pourrait en être la raison. Contrairement à ces résultats, plusieurs études ont établi une différence significative entre ces deux paramètres. Au Kenya, en 2012, Nyanga *et al.* [18] montraient que, plus une femme est instruite, plus son niveau de connaissance sur les intérêts de l'AE est bon.

Notre étude n'a pas trouvé de différence significative entre le nombre d'enfants et le bon niveau de connaissance des bienfaits de l'AE, tout comme dans une étude réalisée au Bénin en 2014 [22]. Cependant, Ferreira *et al.* au Brésil en 2018 ont trouvé que, le fait de n'avoir pas allaité auparavant, est un facteur de risque d'abandon précoce de l'allaitement [23].

Connaissances des mères allaitantes et des mères enceintes sur l'alimentation de complément

Temps opportun pour introduire l'AC

Plus de 75% (n=169) des mères enquêtées soutiennent que la période idéale pour débiter l'alimentation de complément (AC) chez l'enfant est celle comprise entre 6 et 8 mois. Cependant, certaines pensent le faire avant l'âge de six mois et d'autres après huit mois (Figure 3). Cette même observation a été faite par deux auteurs Okonkwo *et al.* [24] et Leshi *et al.* [25] au Nigeria avec respectivement 66.6% et 52.2% des enquêtées qui avaient débuté l'AC à six mois après la naissance de leurs enfants.

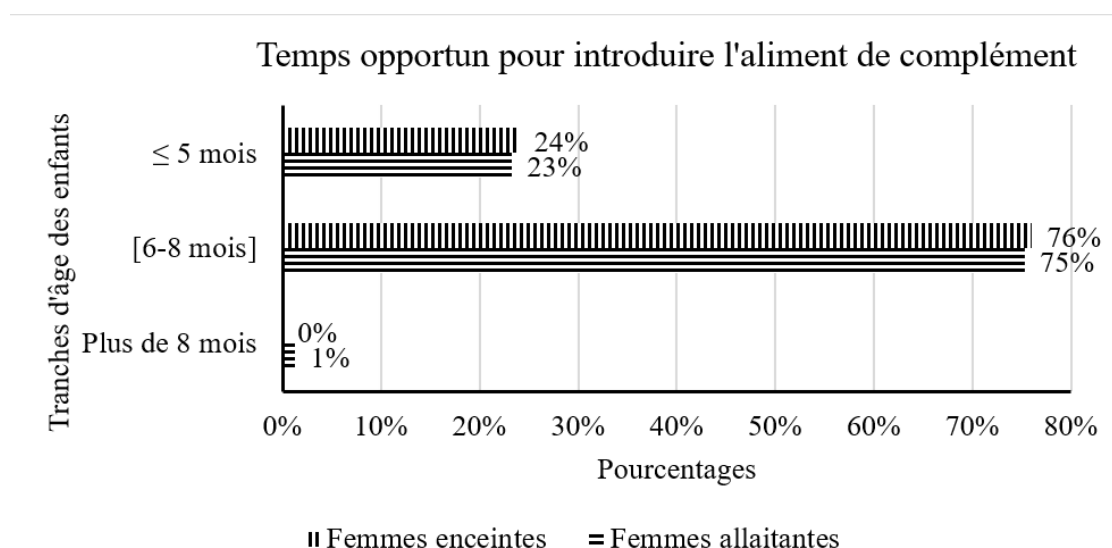


Figure 3 : Connaissances sur le temps opportun pour introduire un aliment de complément au lait maternel

Connaissances des motifs d'introduction d'aliment de compléments (AC) et le type d'aliment à utiliser

L'insuffisance du lait maternel est le motif le plus cité par la plupart des femmes soit 77.3% (n=117) et 85.4% (n=77) respectivement chez les mères allaitantes et enceintes (Tableau 5). Le deuxième motif est la capacité de l'organisme de l'enfant à supporter un aliment autre que le lait maternel 57.3% (n=87) chez les mères allaitantes (Tableau 5).

Le type d'aliment de complément le plus utilisé est le liquide (eau) et le semi-liquide (la bouillie), et ce, chez 96.0% (n=146) et 95.0% (n=86) respectivement chez les mères allaitantes et enceintes.

La période idéale pour utiliser des aliments de complément est bien connue. En effet, plus de $\frac{3}{4}$ des femmes respectivement chez les mères allaitantes et mères enceintes, estiment que cette période est comprise entre 6 à 8 mois. Cependant,

d'autres pensent que cela doit se faire avant ou après le sixième mois. Ce résultat concorde à ceux rapportés au Nigéria où 24.1% et en Gambie 36.7% des mères enquêtées ne savaient pas que l'alimentation complémentaire débutait six mois après la naissance [17, 25]. Ces auteurs ont évoqué les pratiques culturellement acceptables telles que l'introduction de l'eau pour étancher la soif du bébé, la fourniture de datte et du miel, une pratique courante et religieuse.

Connaissances sur la fréquence minimum des repas en fonction des tranches d'âge des enfants

L'analyse des résultats montre que pour plus de 90% des mères, les enfants âgés de 6-8 mois ont droit à au moins deux repas par jour. Quant aux enfants de 9-23 mois, plus de 80% des mères pensent qu'ils devraient avoir au moins trois repas journaliers (Figure 3). Ce résultat est similaire à celui rapporté au Kenya, en 2015 où plus de 70% enfants bénéficiaient de plus trois repas par jour selon la recommandation [26]. Cependant, dans une étude transversale menée au Nigéria en 2018 par Ngozi *et al.* [27], 24,2% des mères donnaient trois repas par jour à leurs enfants.

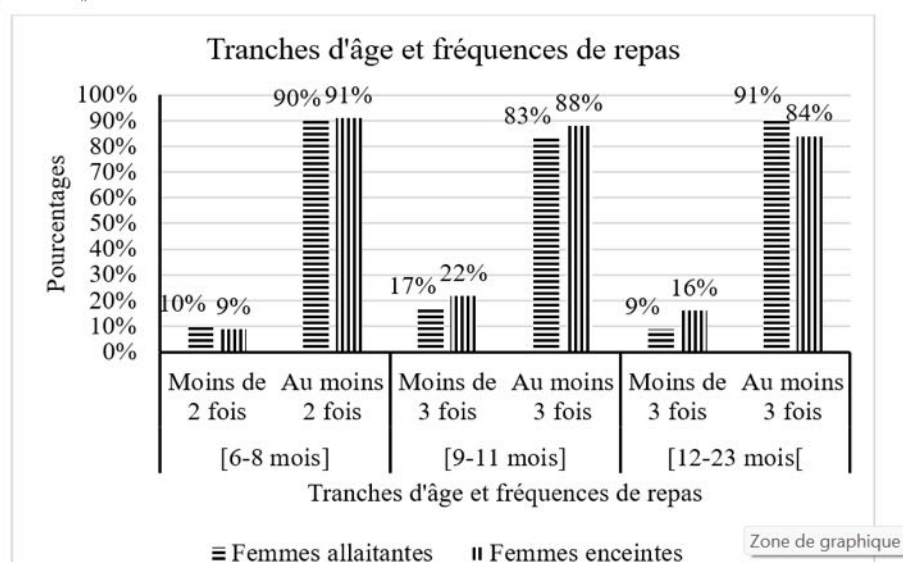


Figure 4 : Proportion des femmes allaitantes et femmes enceintes en fonction des périodes d'âge des enfants sur la fréquence minimum des repas

Attitudes des femmes allaitantes et femmes enceintes sur la pratique de l'allaitement exclusif

Les résultats de l'étude ont montré que 94,1% (n=143) et 99.2% (n=89) respectivement des mères allaitantes et des mères enceintes ont déjà entendu parler ou pratiqué l'allaitement exclusif (Tableau 6). Ce résultat est similaire à celui rapporté en Gambie, 88.28% des enquêtées avaient déjà entendu parler de l'AE

[17]. Par contre en Egypte en 2022, des auteurs ont indiqué que 93.8% des enquêtées n'avaient aucune idée sur l'allaitement exclusif [20].

Dans notre étude, 8.5% (n=21) des mères qui connaissent la pratique de l'AE, estiment que c'est est une forme de privation, elles refusent la pratique. D'autres raisons sont également évoquées par ces mères : la soif du bébé, la dépendance aux tisanes/décoctions et l'insuffisance du lait maternel. Par ailleurs, 19.2% (n=29) des mères allaitantes et 22.7% (n=20) des mères enceintes, bien qu'elles connaissent les bienfaits de l'AE, disent ne pas être capable de le pratiquer. Au Paskistan, en 2022, l'insuffisance du lait maternel a été évoquée comme la principale raison de la non pratique de l'AE [28]. Par ailleurs, au Nigéria, dans une étude d'intervention sur l'éducation nutritionnelle sur l'alimentation du nourrisson publiée en 2023, 82% et 86.7% des enquêtées respectivement avant et après l'intervention, accusaient l'allaitement exclusif d'aplatir leurs poitrines [29].

Obstacles à la pratique optimale de l'allaitement exclusif et à l'alimentation complémentaire

L'influence de l'entourage (2.3%), les croyances traditionnelles (82.0%) et la méconnaissance de l'AE (13.4%) constituent les principaux obstacles à la pratique optimale de l'allaitement exclusif (Tableau 7). Ces obstacles sont similaires à ceux évoqués en 2021 en Malésie. En effet, dans cette étude les principaux obstacles étaient entre autres l'occupation de la mère, l'insuffisance du lait et l'engorgement mammaire [30].

Les obstacles liés à la bonne pratique de l'AC, sont l'insécurité alimentaire (85.4%), la méconnaissance des groupes d'aliments (10.4%) et les occupations des mères (46,8%). Ces résultats concordent à ceux rapportés au Nigéria dans l'Etat de Katsina où 78.8% des mères ne connaissaient pas les groupes d'aliments [27].

Pratique optimale d'allaitement exclusif et d'alimentation de complément

Cette partie a concerné uniquement les 152 mères allaitantes. Près de 30.4% (n=46) des mères ont déclaré avoir allaité exclusivement leurs enfants jusqu'à l'âge de six mois. On note que 73.9% (n=112) d'entre elles ont affirmé que leurs enfants ont eu un aliment de complément dès l'âge de 6 mois. Par ailleurs, 5.2% (n=10) des mères d'enfants âgés de 6 à 23 mois, ont affirmé avoir donné au moins quatre groupes distincts d'aliments à leurs enfants la veille de l'étude. Enfin, 57.3% (n=87) des mères ont reconnu avoir donné à leurs enfants au moins trois repas la veille de l'étude (Tableau 8).

Ces résultats sont inférieurs à ceux rapportés par l'enquête nationale nutritionnelle du ministère de la santé menée en 2020. En effet, il a été rapporté que 83.5% des mères ont affirmé que leurs enfants avaient été allaités exclusivement pendant les

six mois et que 30.1% de ceux-ci ont eu une alimentation diversifiée dans cette même Région [1]. Ces différences pourraient s'expliquer d'une part, par les méthodes d'approche et d'autre part la période de l'enquête. Plusieurs auteurs abordent dans ce sens. En effet, en 2020, 55.9% des mères en Afrique de l'Est pratiquent l'AE [31]. De même en Ethiopie, en 2020, une étude a rapporté que 67.4% des mères enquêtées avaient affirmé avoir allaité exclusivement leurs enfants pendant les six premiers mois [16]. Enfin, en 2022, en Inde une étude a rapporté que 44.7% des enfants ont été exclusivement allaités [19]. A l'inverse, notre résultat sur la pratique de l'allaitement exclusif est supérieur à celui rapporté par d'autres auteurs. Enfin, au Nigéria, en 2023, 24.8% des mères enquêtées avaient allaité exclusivement les enfants [25]. Dans une étude menée en Arabie Saoudite en 2018, il est rapporté que 28.9% des mères n'avaient pas pratiqué l'AE [32]. Au Pakistan en 2021, 26% des enfants avaient été exclusivement allaités pendant les six premiers mois de vie [33].

CONCLUSION, ET RECOMMANDATIONS DE DEVELOPPEMENT

La présente étude a permis de montrer que moins de la moitié des mères enquêtées ont un bon niveau de connaissance des intérêts et de la pratique de l'allaitement exclusif. A cela s'est ajouté une faible pratique de la diversification alimentaire. Les difficultés que rencontrent les mères dans la pratique de l'allaitement exclusif et de l'alimentation de complément sont d'ordre socio-culturel. La situation nutritionnelle présente dans cette partie du pays est en partie due aux difficultés liées à la mise en œuvre de l'ANJE du fait de certaines pratiques endogènes locales. La communication entre les agents en charge de la santé de la mère est nécessaire et un renforcement des GASPA d'ANJE est prioritaire pour améliorer l'adoption et la pratique de l'allaitement exclusif et de l'alimentation complémentaire dans la commune de Dissihn au sud-ouest du Burkina Faso.

Tableau 1: Paramètres d'évaluation de l'importance de l'allaitement exclusif

Avantages de l'allaitement exclusif pour le bébé	Avantages de l'allaitement exclusif pour la mère
Diminue la mortalité infantile Améliore la croissance et le statut nutritionnel Diminue les maladies (diarrhées, infections respiratoires...) Améliore le développement moteur, intellectuel et affectif de l'enfant Diminue le risque de maladies chroniques pour l'enfant (diabète, maladies cardiaques, asthme, certains cancers)	Le bébé pleure moins Réduit les dépenses de soins de santé de l'enfant Evite l'achat de substitut de lait maternel Favorise le lien affectif entre mère et bébé Réduit la charge de travail de la mère Evite les grossesses les premiers mois (contraception naturelle) Réduit les risques de cancer du sein et de l'ovaire

Tableau 2: les caractéristiques sociodémographiques des femmes allaitantes et enceintes tes tableaux sont hors marge

Caractéristiques	Mères allaitantes (%)	Mères enceintes (%)
Âge des mères		
Moins de39 ans	98,0	93,0
40 ans et plus	2,0	2,6
Total	100	100
Niveau de scolarisation		
Aucun	57,2	58,3
Alphabétisée/Scolarisée	42,8	41,7
Total	100	100
Sensibilisée sur la pratique de l'ANJE		
Oui	82,2	73,9
Non	17,8	26,1
Total	100	100
Participation au GASPA		
Oui	69,7	67,8
Non	30,3	32,2
Total	100	100
Nombre d'enfants		
Premier enfant	30,3	19,1
Plusieurs enfants	69,7	80,9
Total	100	100

Tableau 3 : Niveau de connaissance des intérêts de l'allaitement exclusif chez les femmes allaitantes et enceintes

Niveau de connaissance	Mères allaitantes (%)	Mères enceintes (%)
Aucun/Faible niveau connaissance (score<60%)	61,8	63,8
Bon niveau de connaissance (score≥60%)	38,2	36,2
Total	100	100

Tableau 4 : Facteurs influençant le niveau de connaissance des femmes allaitantes et enceintes sur les avantages de l'allaitement exclusif

Bon niveau de connaissance Facteurs associés	Mères allaitantes (%)	Valeur de p	Mères enceintes (%)	Valeur de p
Âge des mères		$p = 0,024^*$		$p = 0,033^*$
Moins de 39 ans	49,5		42,5	
40 ans et plus	31,3		32,4	
Niveau de scolarisation		$p = 0,065$		$p = 0,600$
Aucun	46,0		43,8	
Alphabétisée/Scolarisée	50,8		35,7	
Exposition à l'information		$p = 0,144$		$p = 0,006^*$
Oui	49,6		45,1	
Non	29,6		29,2	
Participation au GASPA		$p = 0,683$		$p = 0,004^*$
Oui	48,1		48,6	
Non	41,3		25,2	
Nombre d'enfants		$p = 0,265$		$p = 0,563$
Un	43,5		42,4	
Plusieurs	47,2		52,4	

Tableau 5 : Motifs d'introduction alimentaire et le type d'aliment utilisé selon les femmes allaitantes et enceintes

Motifs et Types d'aliments de complément	Mères allaitantes (%)	Mères enceintes (%)
Insuffisance du lait maternel	77,3	85,4
Appareil digestif de l'enfant est prêt	57,3	6,5
Liquide/eau	17,3	7,2
Semi-solide	78,7	87,8
Solide	4,0	5,1

Tableau 6 : Connaissances et attitudes des femmes allaitantes et enceintes sur l'allaitement exclusif

Connaissance et perception sur l'AE	Mères allaitantes (%)	Mères enceintes (%)	Total n (%)
Avoir entendu parler	94,1	99,2	96,7
N'avoir pas entendu parler	5,9	0,8	3,3
<i>Total (%)</i>	100	100	100
Bon	90,9	92,1	91,5
Mauvais	9,1	7,9	8,5
<i>Total (%)</i>	100	100	100
Peut pratiquer	80,8	77,3	79,1
Ne peut pratiquer	19,2	22,7	20,9
<i>Total (%)</i>	100	100	100

**Tableau 7 : Obstacles à la pratique optimale d'ANJE selon les mères
allaitantes et des mères enceintes**

Variables Barrières rencontrées	Allaitement Exclusif (%)	4 aliments différents groupes (%)	2 - 4 repas/jour (%)
Méconnaissance	13,4	10,4	19,2
Influence de l'entourage	2,3	1,0	0,0
Croyance traditionnelle	82,0	0,0	0,0
Indisponibilité alimentaire	0,0	85,4	34,0
Occupation de la mère	2,3	0,0	46,8
Physique de la mère	0,0	0,0	0,0
Apparition d'une grossesse	0,0	0,0	0,0
Refus de l'enfant	0,0	0,0	0,0
Interdits alimentaires	0,0	3,2	0,0
Total	100	100	100

Tableau 8 : Proportion des enfants ayant bénéficié d'une pratique optimale d'ANJE

Indicateurs d'ANJE	Effectif	Pourcentage
Ayant été allaité exclusivement (0-5 mois)		
Oui	17	30,4
Total	56	100
Introduction d'aliments semi-solides ou mous (6-8 mois)		
Oui	17	73,9
Total	23	100
Diversité alimentaire minimum (6-23 mois)		
Oui	5	5,2
Total	96	100
Fréquence minimale des repas (6-8 mois)		
Oui	17	73,9
Total	23	100
Fréquence minimale des repas (9-23 mois)		
Oui	38	52,1
Total	73	100
Alimentation minimale acceptable (6-8 mois)		
Oui	1	4,4
Total	23	100
Alimentation minimale acceptable (9-23 mois)		
Oui	2	2,7
Total	73	100

REFERENCES

1. **Ministère de la santé (MS)**. Enquête Nutritionnelle Nationale, méthodologie SMART decembre. 2020; 102.
2. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**. Nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. 2001; 22.
3. **United Nations Children's Fund (UNICEF)**. Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant. 2012; 189. iycn@unicef.org Accessed November 2021.
4. **Victora CG, Rajiv B, Aluísio JDB, Giovanny VAF, Susan H, Julia K, Simon M, Jeeva S, Neff W and CR Nigel** Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; **387**: 475-490.
5. **Nigel CR, Nita B, Nemat H, Susan H, Chessa KL, Jose CM, Ellen GP, Linda MR and CG Victora** Why invest , and what it will take to improve breastfeeding practices. *Lancet*. 2016; **387**: 491-504.
6. **Khanal V, Adhikari M, Sauer K and Y Zhao** Factors associated with the introduction of prelacteal feeds in Nepal: Findings from the Nepal Demographic and Health Survey. *Int. Breastfeed*. 2013; **8(9)**: 1-9.
7. **Onah S, Osuorah DIC, Ebenebe J, Ezechukwu C, Ekwochi U and I Ndukwu** Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: A cross-sectional and analytical study. *Int. Breastfeed. J*. 2014; **9(1)**: 1-10.
8. **Bueno-gutierrez D and C Chantry** Life does not make it easy to breast-feed ' : using the socio-ecological framework to determine social breast-feeding obstacles in a low-income population in Tijuana, Mexico. *Public Health Nutrition*. 2015; **18(18)**: 3371-3385.
9. **Savić N, Milošević M, Mladenović M and Z Jokić** Assessment of mothers ' knowledge and evaluation of obstacles to successful breastfeeding. *Halo*. 2021; **27(2)**: 58-62.
10. **Disha AD, Rawat R, Subandoro A and P Menon** Infant and young child feeding (iycf) practices in ethiopia and zambia and their association with child nutrition: analysis of demographic and health survey data. *African J. Food, Agric. Nutr. Dev*. 2012; **12(2)**: 5895-5914.



11. **Food and Agriculture Organisation (FAO).** Guide pour évaluer les Connaissances, Attitudes et Pratiques liées à la nutrition. 2016; 1-188.
<http://www.fao.org/3/a-i3545f/index.html> Accessed November 2021.
12. **Siri BAA, Bengaly M, Garanet F, Kouanda Z, Coulibaly S, Catraye DJ and E Sorgho** Knowledge , Opinions and Attitudes of Mothers About Breastfeeding and Child Feeding in Rural Areas of Burkina Faso : A Study in Ouargaye's District Health Facilities. *Journal of Family Medicine and Health Care*. 2018; **4(3)**: 13-19.
13. **Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).** Enquête Multisectorielle Continue (EMC)-2014, Habitat, Assainissement et accès à l'eau potable. 2015; 49.
14. **Traoré M, Diawara YD, Maiga H, Sidibe A, Dia A, Maiga OAI, Coulibaly C et H Sangho** Facteurs liés à l'allaitement maternel exclusif en milieu rural au mali en 2015. *Cah. Santé Publique*. 2015; **14(2)**: 177-184.
15. **Kouassi FK et PJ Ehui** Analyse socio-anthropologique des déterminants socioculturels de l'allaitement mixte en pays wê (Côte d ' Ivoire). *Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines*. 2018; **4(1)**: 156-173.
16. **Admasu J, Egata G, Bassore DG and FW Feleke** Effect of maternal nutrition education on early initiation and exclusive breast-feeding practices in south Ethiopia: a cluster randomised control trial. *J. Nutr. Sci.* 2022; **11(36)**: 1–13.
17. **Jawo E, Kargbo A, Uyamadu E. A, Kah M, Mendy PA, Mendy E, Ceesay F, Jallow O and ME Entoni** Knowledge and Attitude towards Exclusive Breast Feeding among Mothers Attending Antenatal Care (ANC) in Brikama District Hospital, Brikama, Gambia. *Pan Africa Sci. J.* 2022;**1(2)**: 163–186.
18. **Nyanga NM, Musita C, Otieno A and D Kaseje** Factors influencing knowledge and practice of exclusive breastfeeding in Nyando district, Kenya. *AJFAND*. 2012; **12(6)**: 632–645.
19. **Beg A, Satapathy S and MA Beig** Knowledge, attitude and practice of breast feeding among mothers in Nadia district, West Bengal, India. *Pharma Innov. J.* 2022; **11(3)**: 389–394.

20. **El-Gamel NGF and AMR El-Nemer** Knowledge and Practices of Exclusive Breastfeeding among Rural Women during the COVID-19 Pandemic: A Cross Sectional Study. *Res. Sq.* 2023; **1**: 1–19.
21. **Berrani H, Alaoui AM, Kasouati J, Alaoui K et AT Izgua** Allaitement maternel chez le nouveau-né prématuré à l'âge de six mois au Maroc: Prévalence et facteurs associés. *Arch. Pediatr.* 2015; **22(2)**: 141–145.
22. **Adedemy JD, Noudamadjo A and J Agossou** Fréquence et facteurs associés a la pratique de l'allaitement maternel exclusif de 0 a 6 mois a l'hôpital de la mere et de l'enfant lagune (HOMEL) de Cotonou. *J. la Société Biol. Clin. du Bénin.* 2016; **21(4)**: 38–44.
23. **Priscila SA, Ferreira HILC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC and AKB Pinheiro** Factors Associated with Adherence to the Exclusive Breastfeeding. *SciELO Public Health.* 2018; **23(3)**: 683–690.
24. **Okonkwo EM, Gideon I, Ezenwa HC, Amaeze CA and MI Ofoha** Exclusive Breast-feeding Duration, and Perception of Insufficient Breast Milk Supply among Lactating Mothers in Ikwuano LGA of Abia State Breastfeeding Knowledge, Exclusive Breast-feeding Duration, and Perception of Insufficient Breast Milk Supply among Lactating Mothers in Ikwuano LGA of Abia State. *J. Nutritional Sci.* 2022; **43(2)** 126-135.
25. **Leshi OO and SA Amoo** Breastfeeding knowledge, attitude, intention and practice of women in Purdah in Ibadan, Nigeria. *North African J. Food Nutr. Res.* 2023; **7(15)**: 9–19.
26. **Uusimäki K, Schneider L, Lubeka C, Kimiwe J and M Mutanen** Mothers' knowledge and practices on breastfeeding and complementary feeding in an urban slum area and rural area in Kenya: A cross-sectional interview study. *J. Child Heal. Care.* 2022; **0(0)**: 1-16.
27. **Ngozi AA, Jonathan L and H Abdoulaye** Knowledge, Attitude and Practices of Adolescent Mothers Towards Infant and Young Child Feeding in Shinkafi Ward of Katsina LGA Katsina State. *Journal of Biomedical and biological Sciences.* 2022; **2(1)**: 1–16.
28. **Jawaid H, Sheraz M, Arif KA, Hassan ZUI and H Akhter** Barriers in use of colostrum, Breast milk, and supplemental feed: assessing maternal Knowledge & practices. *J. Univ. Med. Dent. Coll.* 2022; **13(1)**: 346–350.

29. **Edafioghor LO, Iheme O, Ezeonu CT and UV Asiegbu** Nutrition Education Intervention on maternal knowledge , and perception toward infant and young child feeding in Abakaliki. *North African J. Food Nutr. Res.* 2023; **7(16)**: 1–12.
30. **Lemina A, Ahmad A, Annamma M and Y Puziah** Knowledge, Attitude and Practice on Exclusive Breastfeeding among Mothers of a Private Hospital at Sarawak, Malaysia. *Nur Primary Care.* 2023; **7(1)**: 1–6.
31. **Dukuzumuremyi JPC, Acheampong K, Abesig J and J Luo** Knowledge , attitude , and practice of exclusive breastfeeding among mothers in East Africa : a systematic review. *Int. Breastfeed.* 2020; **9(20)**: 1–17.
32. **Gohal G, Mustafa M, Al-Makramani AA, Ahmed AA, Salih SM, Abdelmola AO and MW Elsharief** Barriers of exclusive breastfeeding among mothers attending primary health-care centers in Jazan, Saudi Arabia. *J. Family. Med. Prim. Care.* 2023; **6(2)**:169–170.
33. **Hina A, Riaz M, Athar T, Hina S, Sehar K and MT Majeed** Breast Feeding Practices and Knowledge In Semi urban Area Of Pakistan *Ann. Abbasi Shaheed Hosp. Karachi Med. Dent.* 2022; **27(4)**: 152–158.