

CONNAISSANCES ET PERCEPTION DES PERES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE OUELESSEBOUGOU (MALI)

Sidibé Keita A.¹, Terera I., Dembélé Keita H.¹, Sangaré Y.¹, Kone K.¹, Keita Y.¹, Traoré Guindo M.¹, Belem B.¹, Hachimi M.¹, Sangho F.², Sangho O.³, Sangho H.¹

¹Centre de recherche, d'études et de documentation pour la survie de l'enfant (CREDOS), BP : 2821, Bamako, Mali, Tel : (223) 20 21 21 52

²Direction de la Pharmacie et du Médicament, Mali, BP. 5202. Darsalam.

³Agence Nationale de Télé Santé et d'Informatique Médicale (ANTIM)

Auteur correspondant pour le manuscrit : Dr Assa Sidibé Keita, MD, PhD, Directrice générale adjointe du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'Enfant (CREDOS), Bamako, Mali.

Tél (223) 66 91 88 87/71 54 43 24 ; email : assasid2010@gmail.com

Résumé

Le taux de l'allaitement maternel exclusif (AME) selon l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM V) reste faible au Mali (33 %). L'objectif de l'étude était d'étudier les connaissances et perceptions des pères sur l'allaitement maternel exclusif de 0-6 mois.

Une étude transversale descriptive et qualitative s'est déroulée du 10 au 22 décembre 2012 dans le district sanitaire de Ouélessébougou, région de Koulikoro au Mali et a concerné 712 pères d'enfants de 0-59 mois. L'entretien individuel a été utilisé. Nous avons procédé à l'analyse descriptive, l'analyse de contenu des entretiens individuels.

Une majorité des pères (74, 7 %) ont cité une bonne définition de l'AME. On notait une insuffisance de connaissance pour les avantages et l'âge optimal. La protection du nourrisson contre certaines maladies était le plus connu (77, 7 %) et seulement 44, 6 % connaissaient l'âge optimal de l'AME. Les pères avaient une bonne perception sur la pratique de l'AME (85, 6 %). Les contraintes rapportées par 94,5% des pères interrogés : maladie de la mère (57, 5 %), pas assez de lait (41, 4 %), douleurs aux seins (18, 8 %) ; 34, 5 % des pères ont identifié le conjoint (32 %) la mère elle-même (32 %), la belle-mère (20, 4 %), les professionnels de santé (8, 7 %) et les musokorobas/femmes âgées (7, 3 %) comme obstacles à la pratique de l'AME.

Cette étude a montré des insuffisances au niveau des connaissances des pères. Les pères qui ont le pouvoir de décision avaient une bonne perception de la pratique de l'AME. Les pères doivent être associés aux interventions pour la promotion de l'AME en leur donnant plus de responsabilité dans la mise en œuvre des activités. La sensibilisation doit être couplée à la formation pour donner des informations de qualité.

Mots clés : allaitement maternel exclusif, père, connaissance, perception, Mali

Abstract

The rate of exclusive breastfeeding (AME) remains low in Mali (38 %). The objective of the study was to study fathers' knowledge and perceptions of exclusive breastfeeding for 0-6 months.

A descriptive and qualitative cross-sectional study was conducted from 10 to 22 December 2012 in a health district in Mali and involved 712 fathers of children aged 0-59 months. The individual interview was used. We conducted descriptive analysis, content analysis of individual interviews.

A majority of fathers (74.7 %) cited a good definition of MEA. There was a lack of knowledge about benefits and optimal age. Infant protection against certain diseases was the best known (77.7 %) and only 44.6% knew the optimal age of the MEA. Fathers had a good perception of MEA practice (85.6 %). Reported constraints from 94.5% of fathers interviewed: maternal illness (57.5 %), not enough milk (41.4 %), breast pain (18.8 %); 34.5% of fathers identified the spouse (32 %) the mother herself (32%), the mother-in-law (20.4 %), the health professionals (8.7 %) and the musokorobas / women seniors (7.3 %) as barriers to the practice of MEA.

This study revealed gaps in fathers' knowledge. The fathers who have the power of decision had a good perception of the practice of AME. Fathers should be involved in advocacy for the promotion of the MEA by giving them more responsibility for the implementation of activities. Awareness must be coupled with training to provide quality information.

Keywords: exclusive breastfeeding, father, knowledge, perception, Mali

1. Introduction

L'OMS recommande aux mères du monde entier l'allaitement exclusif de leur nourrisson pendant les six premiers mois de façon à lui garantir une croissance, un développement et une santé de qualité optimale. Cependant, on constate que cette recommandation de l'OMS en matière d'allaitement n'est pas suivie, surtout dans les pays africains. La majorité des recherches menées dans le monde et particulièrement en Afrique, dans le domaine de l'allaitement ont démontré qu'il existe une faible pratique de l'AME (OMS, 2011 ; UNICEF, 2009).

En 2010 selon l’OMS, environ 39 % des nourrissons dans le monde bénéficiaient de l’allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de leur vie. En Afrique de l’ouest et du centre, seulement 20 % des nourrissons de moins de six mois étaient exclusivement allaités au sein (OMS, 2011). Au Mali, la prévalence de l’allaitement maternel exclusif (AME) a évolué de 25 % (CPS/MS et al., 2002) à 38 % (CPS/MS et al., 2007).

L’enquête MICS de 2011 (CPS/SSDSPF et INSTAT, 2011) a estimé le taux de l’AME chez les enfants âgés de moins de 6 mois à 20 %. Ce qui montre une diminution par rapport à l’EDSM-IV (qui l’avait évalué à 38 %). L’EDSM-V a rapporté un taux de 33 %.

Le Mali a adhéré à toutes les initiatives internationales de l’OMS et de l’UNICEF en matière d’allaitement. Malgré toutes les actions entreprises, cette instruction nutritionnelle n’est pas respectée par la plupart des mères et les taux restent faibles au niveau mondial et au Mali. En effet en 2015 au niveau mondial, moins de 40 % des nourrissons de moins de six mois ont été allaités exclusivement au sein (OMS, 2014). L’EDSM V au Mali a rapporté 33 % (CPS/SSDSPF et al., 2014). Les causes profondes de cette adhésion insuffisante à la pratique de l’allaitement exclusif par les mères semblent être le résultat de nombreux facteurs très intriqués intervenant simultanément : sociaux, économiques ou culturels, système de santé et politique de santé (Sokol E et al., 2007). Selon les mêmes auteurs, en plus des facteurs ci-dessus cités, l’entourage familial, en particulier le conjoint semblait avoir le plus d’influence sur la décision d’adopter la pratique. L’encouragement des autres membres de l’entourage personnel ou professionnel de la mère allaitante était également associé à un plus grand taux d’initiation de l’allaitement maternel (Chahinez Otmani et al. 2015).

Au Mali nous n’avons pas trouvé d’études portant sur l’influence des pères sur l’allaitement maternel exclusif. Il est nécessaire d’approfondir la recherche sur cet aspect afin de parvenir à une large pratique de l’allaitement exclusif chez les enfants de 0 à 6 mois. Une recherche sur les perceptions des pères sur l’allaitement maternel exclusif aboutirait à des résultats pouvant améliorer les stratégies pour la promotion de l’AME durant les 6 premiers mois de la vie. L’objectif de l’étude était d’étudier les connaissances et perceptions des pères sur l’allaitement maternel exclusif de 0-6 mois.

2. Matériel et méthodes

L'étude s'est déroulée dans le district sanitaire de Ouélessébougou région de Koulikoro au Mali. Le choix raisonné de Ouélessébougou s'explique par le fait que notre centre de recherche a une longue expérience de collaboration depuis 2007 avec ce district dans la réalisation d'études. Trois aires de santé étaient concernées par l'étude: Ouélessébougou (couvrant 29 villages avec 26 424 habitants), Sanankoro-djitoumou (couvrant 26 villages pour 9 334 habitants) et Niagadina (3 villages abritant 4 832 habitants). La majorité de la population vit en milieu rural. Au plan ethnique, le district d'Ouélessébougou est presque homogène et est dominé par le groupe ethnique Bambara (90% de la population). Il y a plusieurs associations communautaires dans le district (associations de villages, de santé, de femmes, de jeunes et des coopératives). Les leaders communautaires tels que les chefs de village et les leaders religieux ont une grande influence sur les décisions concernant la communauté (Région de Koulikoro, 2011). Il s'agissait d'une étude transversale descriptive dont l'enquête s'est déroulée du 10 au 22 décembre 2012.

La population de l'étude était composée des pères d'enfants de 0-59 mois. A été inclus tout père d'enfant âgé de 0-59 mois résidant dans la zone depuis 6 mois, ayant accepté de participer à l'étude. N'a pas été inclus tout père d'enfant âgé de 0-59 mois remplissant les critères d'inclusion mais non disponible pendant la période de l'enquête et toute cible ayant refusé de se soumettre aux conditions de l'étude.

Les aires de santé ont été tirées de façon aléatoire simple, les villages sélectionnés par échantillonnage en grappe. La procédure de sélection des 30 grappes a consisté à faire la liste nominative des 57 villages des trois aires de santé sélectionnées et à calculer l'effectif cumulé des populations à partir de l'effectif de la population de chaque village. Le pas de grappe calculé nous a permis de déterminer toutes les grappes. Pour accéder aux concessions, l'enquêteur se plaçait sur une place publique du village, choisait une direction à l'aide d'un crayon jeté en l'air. Cette direction était le point de départ de l'enquête. Par échantillonnage aléatoire simple, la première concession à visiter a été tirée et les autres choisies de proche en proche. Dans chaque concession, un père d'enfant de 0-59 mois a été enquêté par un tirage aléatoire simple.

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Schwartz : $n = (Z\alpha)^2 pq / i^2 \times d$ avec un écart réduit : $Z\alpha = 1,96$ correspondant au risque α de 5 %, une précision : $i = 5 \%$, $d = \text{effet grappe} = 2$, $p = \text{prévalence de l'allaitement maternel exclusif estimée à } 38 \%$ (CPS/MS et al., 2007) et $q = 1 - p = 62 \%$. La taille minimale de l'échantillon était de 712 pères d'enfants âgés de 0 - 59 mois.

Les variables étudiées étaient relatives aux caractéristiques socio démographiques (âge, ethnie, niveau d'instruction, statut matrimonial, profession, nombre d'enfant vivant) ; aux connaissances, aux pratiques en matière de conseils, à la perception (sur l'AME et le colostrum) et aux obstacles/contraintes à l'AME.

Quatre équipes de 3 enquêteurs et 1 superviseur composées de médecins et de sociologues, ont été formées à l'utilisation des outils de collecte, lesquels ont été pré-testés dans un village sur un autre site puis validés. Nous avons utilisé l'entretien individuel pour les pères. Une supervision des équipes et un contrôle de qualité des données recueillies ont été réalisés. La supervision était journalière. Les superviseurs accompagnaient les enquêteurs. Le contrôle de qualité était fait chaque jour en vérifiant la complétude des données récoltées sur les fiches, l'adéquation des réponses avec les questions posées.

En ce qui concerne le traitement des données, nous avons procédé à un dépouillement manuel des outils de collecte remplis afin de les classer selon les cibles puis à la double saisie avec le logiciel Epi info 2000 pour préserver la qualité des données. Les notes prises au cours des entretiens individuels ont été classées selon les objectifs avant de les analyser en fonction des contenus. Les données ont ensuite été saisies à l'aide du logiciel Modalisa version 5.1. Trois niveaux de connaissance ont été retenus : bon, moyen et mauvais.

Le protocole a été validé par le Comité Scientifique et Technique du CREDOS et le Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS). Nous avons obtenu l'autorisation des responsables administratifs, locaux et sanitaires des localités concernées par l'étude. Le consentement libre et éclairé des enquêtés a été obtenu par écrit après information sur les objectifs et la méthodologie de l'enquête.

3. Résultats

L'étude a concerné 712 pères d'enfants âgés de 0 - 59 mois.

Caractéristiques socio-démographiques des pères d'enfants âgés de 0 - 59 mois enquêtés

Parmi les pères enquêtés, 33,7 % étaient âgés de 30 à 39 ans avec une moyenne d'âge de 40, 3 ans et des extrêmes allant de 17 à 78 ans. Il y avait 99, 2 % des pères qui étaient mariés. Les pères sans aucun niveau d'instruction représentaient 49 %, 28, 1 % étaient du primaire, 6, 0 % du secondaire, 2, 3 % du supérieur et 14, 6 % étaient alphabétisés. Les pères exerçaient diverses activités : 77, 6 % étaient des cultivateurs suivis de commerçants (9, 1 %), d'artisans/artistes (4, 9 %) et de fonctionnaires (4, 4 %). L'ethnie Bambara représentait 72, 3 %, suivis des Malinkés (14, 9 %). Les pères enquêtés ayant 1 à 2 enfants vivants représentaient 81, 7 % de l'échantillon.

Connaissance des pères sur l'AME et source d'information

Selon nos résultats, 84 % des pères enquêtés avaient entendu parler de l'AME et parmi eux, 74,7 % avaient donné comme une définition correcte de l'AME : « Donner uniquement le lait maternel à l'enfant jusqu'à l'âge de 6 mois ». D'autres définitions ont été citées entre autres : donner le lait maternel à l'enfant jusqu'à un âge différent de 6 mois (4,5 %), donner le lait maternel sans préciser la durée (3, 8 %) (Tableau I). Pour l'âge optimal de l'AME, 44, 6 % des pères ont répondu : « jusqu'à 6 mois » ; 43, 5 % ont dit après 6 mois ; avant 4 mois (6, 2 %) et 5, 7 % ne savaient pas (Tableau II). Pour les avantages de l'AME, la protection du nourrisson contre certaines maladies a été la réponse la plus citée soit 77, 7 % suivie de « renforcer le lien entre la mère et l'enfant » avec (21, 9 %), l'espacement des naissances (5, 7 %) ; assure la croissance (5,6%), ne nécessite pas de frais (3,4%), développe l'intelligence (0, 7 %), aucun avantage (2, 7 %), ne sait pas (3, 5 %). Les sources d'informations citées étaient la radio et la télévision (71, 7 %), suivis des agents de santé (33, 1 %), les relais communautaires (2, 3 %), l'entourage (4 %) avec 2 % pour l'entourage immédiat.

Perceptions des pères sur la pratique de l'AME

Parmi les pères, 85, 6 % avaient une bonne perception de la pratique de l'AME dans la majorité des villages (20 villages sur 24). Les raisons citées étaient par ordre d'importance : l'AME protège l'enfant contre les maladies, est bénéfique pour l'enfant et la mère, favorise la croissance de l'enfant, rend l'enfant intelligent, renforce le lien entre la mère et l'enfant, allège les dépenses, apporte des vitamines à l'enfant et évite les grossesses rapprochées.

Obstacles et contraintes à la pratique de l'AME selon les pères

De l'avis de 94, 5 % des pères interrogés, la pratique de l'AME connaît des contraintes dont les plus citées étaient : maladie de la mère (57, 5 %), pas assez de lait (41, 4 %), douleurs aux seins (18, 8 %). D'autres contraintes ont été recensées comme la mauvaise qualité du lait (8 %), les maladies de l'enfant (6 %), les coutumes (5, 1 %), la mère travaille en dehors de la maison (3, 4 %), les grossesses rapprochées (2, 8 %), le mauvais état nutritionnel de la mère (2, 5 %), enfant trop petit (1, 9 %) et la méconnaissance des avantages de l'AME (1, 1 %). Parmi les pères enquêtés, 63, 7 % ont affirmé qu'il n'existe pas de personne pouvant constituer un obstacle à la pratique de l'AME et 34, 5 % des pères ont affirmé le contraire. Les personnes identifiées comme obstacles étaient : le conjoint (32 %), la mère elle-même (32 %), la belle-mère (20, 4 %), les professionnels de santé (8, 7 %) et les musokorobas/femmes âgées (7, 3 %).

4. Discussion

Connaissances des pères

Une grande majorité des pères (84 %) avaient entendu parler de l'allaitement maternel exclusif et 74, 7 % avaient une bonne connaissance de la définition de l'AME. On note une faible connaissance de l'âge optimal de l'AME (44, 6 %). A la question relative aux avantages, il ressort de la présente étude que 77, 7 % savaient que l'AME assure la protection du nourrisson contre certaines maladies. Le rôle de l'AME dans le renforcement du lien entre la mère et l'enfant a été cité par une faible proportion soit 21, 9 % des pères. Seulement 5, 7 % et 3, 4 % ont cité respectivement l'espacement des naissances et l'avantage économique. Dans une étude réalisée par (Hote Maeva, 2015), il ressort que pour la majorité des pères

enquêtés, les connaissances sur l'allaitement avant la naissance étaient limitées voire inexistantes. Il semblerait que ce ne soit pas une priorité dans leurs réflexions autour de la grossesse et de la parentalité et que l'alimentation du nouveau-né concernait avant tout la femme (Hote Maeva, 2015). Une étude réalisée par (Irène T, 2009), a rapporté que la majorité des hommes interrogés avait peu de connaissances sur l'allaitement et étaient demandeurs d'informations objectives. Cette même enquête suggère que si les pères sont mieux informés sur l'allaitement, ils s'engagent avec beaucoup de confiance à soutenir leur conjointe (Irène T, 2009). Ceci rejoint les résultats d'une étude réalisée au Texas (Stremler J et Lovera D, 2004).

Perception des pères sur la pratique de l'AME :

Les pères en grande majorité avaient une bonne perception de la pratique de l'AME (85,6 %). Ceci est important surtout dans les zones rurales où le père a le pouvoir de décision. L'implication du père a été rapportée par (Clifford J et Mc Intyre E, 2008) qui dans une étude ont montré que le rôle du père dans la décision d'allaiter et la durée d'allaitement est important, d'autant plus s'il vit au même domicile que la mère et qu'il est la principale source financière de la famille (Clifford J et Mc Intyre E, 2008). Une étude menée en Australie rapportée par (Noirhomme-Renard F. et Noirhomme Q, 2009), indique que parmi les femmes percevant leur partenaire comme favorable à l'allaitement, 59 % allaitaient jusqu'à 6 mois, et 53 % exclusivement jusqu'à 3 mois, contre respectivement 30 % et 26 % des femmes qui considéraient que leur partenaire était plutôt favorable au biberon ou ambivalent quant au type d'alimentation du bébé (Noirhomme-Renard F. et Noirhomme Q, 2009),

L'étude réalisée par (Noirhomme-Renard F. et al, 2015) a trouvé une perception positive du conjoint en période prénatale (Noirhomme-Renard F. et al, 2015). Les résultats de (Pelletier N, 2001) suggèrent que le soutien du conjoint est associé positivement à la poursuite de l'allaitement chez la mère ne présentant aucun facteur psychosocial à risque. À travers la perception qu'il a de l'allaitement, le conjoint joue un rôle déterminant sur l'allaitement en maternité. Il faudra l'impliquer plus dans la promotion de l'AME en lui donnant plus de responsabilité dans la mise en œuvre des activités de promotion de l'AME. Cette implication devient une stratégie incontournable (Pelletier N, 2001).

Selon (Camille O, 2017), le fait de soutenir la mère allaitante physiquement et moralement

semble être un rôle que s'approprient naturellement la plupart des pères. Cela contribue à soutenir l'allaitement, de manière parfois assez efficace. La plupart des pères dont les femmes allaitaient ont d'ailleurs vécu l'allaitement comme une affaire d'abord de couple, et non pas comme une affaire uniquement de femme. De plus, pour le deuxième allaitement, les pères envisagent de soutenir leur femme de la même manière que lors du premier allaitement (Camille O, 2017).

Noirhomme-Renard F. et al, (2015) ont rapporté que deux tiers des pères (23/33) avaient une représentation positive de l'allaitement maternel pendant la grossesse et étaient favorables à l'allaitement. Pour eux, l'allaitement maternel présente de nombreux avantages tant pour la santé du bébé que pour l'aspect affectif (le « lien mère-bébé ») et le côté « naturel ». La tradition familiale ou culturelle est également une raison importante du choix de l'allaitement pour leur enfant, choix qui s'est imposé comme une « évidence » pour plusieurs d'entre eux (Noirhomme-Renard F. et al, 2015). Par ailleurs, les pères, acteurs-clés de la décision d'allaitement, devraient le plus souvent être associés à ces interventions. En ciblant ceux dont les caractéristiques sont les moins favorables à l'allaitement (pères jeunes, nés en France, d'origine sociale modeste, au foyer ou au chômage), leur implication devrait être suscitée le plus tôt possible : dès la période prénatale, au cours des séances de préparation à la naissance. (Kersuzan C et al, 2014).

Pour poursuivre les efforts en matière de promotion de l'allaitement, les chercheurs proposent donc d'impliquer davantage les pères tout en permettant à plus de femmes d'assister aux séances de préparation à l'accouchement (par exemple, 70% des ouvrières n'y ont pas assisté en 2011, contre 27% des cadres) selon (Kersuzan C et al, 2011). Il faudra impliquer plus les pères dans la promotion de l'AME en leur donnant plus de responsabilité dans la mise en œuvre des activités de promotion de l'AME. On peut alors compter sur l'implication des pères à toutes les décisions sur l'alimentation de l'enfant et améliorer ainsi la pratique.

Cette implication devient une stratégie incontournable pour la promotion de l'AME. Dans l'étude de ([Pisacane A et al, 2005](#)), toutes les femmes ont répondu que leur conjoint était « plutôt favorable » ou « très favorable » à l'allaitement. Mais cette distinction sémantique est associée à une durée d'allaitement plus longue dans le deuxième cas. Le rôle du père, et du soutien qu'il peut apporter à la mère allaitante, est connu. ([Pisacane A et al, 2005](#)) ont montré

qu'une brève information du père sur les principales difficultés liées à l'allaitement augmentait sa prévalence à 6 mois, à 12 mois et une moindre prévalence du sentiment de « manquer de lait » chez la mère ainsi qu'une réduction de sevrage lié à des difficultés d'allaitement. L'allaitement est donc bien une affaire de couple ([Pisacane A et al.](#), 2005).

L'allaitement est un acte naturel mais la mère a besoin du soutien des agents de santé et de son entourage. Selon (l'OMS et l'UNICEF (2012), bien qu'il s'agisse d'un acte naturel, l'allaitement suppose également des compétences déterminées. La quasi-totalité des mères peuvent allaiter leur enfant à condition de disposer d'informations exactes ainsi que d'un soutien dans le cadre familial, communautaire et de la part du système de santé (OMS et UNICEF, 2012). Ils recommandent la mise sur pied de réseaux de soutien à base communautaire pour contribuer à assurer l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant.

Le succès de l'allaitement dépend d'un effort commun, qui devrait impliquer les familles, le personnel hospitalier, les pédiatres ainsi que les consultantes en lactation. Pour toutes ces personnes impliquées, une formation est nécessaire pour clarifier leur rôle et leur contribution, afin de ne pas laisser les femmes seules face à leurs difficultés d'allaitement (Britton C. et al, 2007).

Les résultats de (Pelletier, 2001) suggèrent que le soutien de la grand-mère maternelle et des autres membres de la famille, favorisent également la poursuite de l'allaitement. Dans une enquête CAP réalisée au Burkina Faso 2012, 54, 3 % des personnes enquêtées pensaient que l'allaitement maternel exclusif est possible et le contraire pour 45, 6 % (UNICEF, 2012).

L'étude diagnostique sur la situation de l'allaitement exclusif réalisée au Burkina Faso en 2009 avait également montré que, si les populations attribuaient une grande valeur nutritive et culturelle au lait et à l'allaitement, très peu de personnes étaient d'accord avec la pratique de l'allaitement exclusif au sens de l'OMS. La plupart des personnes touchées par cette étude estimait que l'allaitement exclusif n'est pas possible. « *Le lait est assimilé aux aliments solides de l'adulte ; aussi après la tétée, le bébé aurait soif à cause des graisses qu'il enferme* ». Le bébé a donc besoin de boire après des tétés ou en plus de la consommation du lait maternel (APAIB et al. 2009). Il faut donner des informations de qualité pour que l'entourage puisse bien jouer son rôle. Les résultats de Pelletier suggèrent que le soutien de la grand-mère

maternelle et des autres membres de la famille, favorisent également la poursuite de l'allaitement (Pelletier N., 2001).

Une étude réalisée au Pakistan, (Mithani, Y. et al, 2015) a révélé que la plupart des pères semblaient désireux de s'impliquer et d'aider leurs partenaires à adopter de bonnes pratiques d'allaitement parce qu'ils croyaient que cela était conforme à leur foi. Les pères ont estimé que le soutien adéquat des membres de leur famille et des employeurs pourrait leur permettre d'encourager leurs partenaires à initier et maintenir des pratiques d'allaitement exclusives et optimales (Mithani, Y., et al, 2015).

Obstacles et contraintes à la pratique de l'AME

La quasi-totalité des pères (94,5 %) ont affirmé l'existence de contraintes à la pratique de l'AME. Les 3 principales citées étaient relatives à la maladie de la mère (57, 5 %), l'insuffisance de lait (41, 4 %), les douleurs aux seins (18, 8 %). Plus de la moitié des pères (63, 7 %) trouvent qu'il n'existe pas de personne qui puisse constituer un obstacle à la pratique de l'AME et environ 1/3 (34, 5 %) des pères ont affirmé le contraire. Parmi les pères qui ont affirmé l'existence de personnes pouvant constituer un obstacle à la pratique de l'AME, le conjoint et la mère ont été les plus cités (32 %) ensuite la belle-mère (20, 4 %). La sensibilisation doit cibler ces personnes.

Une étude réalisée au Burkina Faso a trouvé que dans la plupart des ménages, la belle-mère et le conjoint étaient les principales personnes qui interviennent dans l'alimentation de l'enfant en plus de la mère (UNICEF, 2012). Les principaux obstacles à l'allaitement exclusif au lait maternel dans l'étude réalisée au Burkina étaient en relation avec la culture : de nombreuses personnes enquêtées estiment qu'un bébé ne peut pas rester 6 mois sans boire de l'eau, en se contentant du seul lait maternel. Le lait maternel n'est pas perçu comme une source d'eau pour le bébé ; la quasi-totalité des groupes cibles a souligné la nécessité de purifier et d'aiguiser l'appétit du nourrisson en lui donnant des décoctions à base de plantes. Ces décoctions ont également pour but de donner de la force au bébé et de le rendre résistant aux maladies ; de nombreuses femmes burkinabés commencent à donner des aliments de complément à leurs enfants avant l'âge de 6 mois : plus de 23% des enfants de moins de 6 mois auraient reçu un aliment de complément. A ces obstacles, il faut ajouter la pratique « *du don de l'eau de bienvenue* » qui existe dans la plupart des groupes ethniques du Burkina Faso

(UNICEF, 2012). Il faut réaliser des études sociologiques pour compléter la présente étude et prendre en compte ces différents aspects identifiés au Burkina Faso, pays limitrophe du Mali.

Limite de l'étude

Cette étude a des limites qui ont été prises en compte dans l'interprétation des résultats. Il s'agit surtout d'une enquête déclarative et toutes les réponses aux questions, notamment aux questions relatives à l'AME, ne peuvent être que subjectives. La traduction du questionnaire en langue locale a été réalisée lors de l'entretien directement avec le répondant. Malgré une tentative d'harmonisation lors des pré-tests et formation des enquêteurs, on ne peut pas exclure le fait que les traductions aient été différentes d'un enquêteur à l'autre. La compréhension des questions par les répondants peut conduire à un biais du fait d'une mauvaise formulation des questions. Un risque de contamination n'est pas à écarter dans un même village où les personnes se côtoient en permanence. En dehors de ces limites, les résultats constituent une base de données qu'on pourrait utiliser pour améliorer les stratégies de promotion de l'AME et éventuellement pour les études ultérieures sur la question. Nous n'avons pas trouvé de références par rapport aux pères ni dans EDSM V ni dans d'autres études similaires réalisées dans d'autres districts sanitaires du Mali.

5. Conclusion

A la lumière des résultats obtenus il ressort que les pères avaient entendu parler de l'allaitement maternel exclusif et avaient une bonne connaissance de la définition de l'AME. La protection du nourrisson contre certaines maladies comme avantage de l'AME était la plus connue. Les connaissances sont par contre faibles pour l'âge optimal de l'AME et les autres avantages relatifs au rôle de l'AME dans le renforcement du lien entre la mère et l'enfant, l'espacement des naissances et l'avantage économique. Les pères qui ont le pouvoir de décision avaient une bonne perception de la pratique de l'AME. La maladie de la mère, l'insuffisance de lait et les douleurs aux seins ont été citées comme contraintes à la pratique de l'AME. Les obstacles majeurs à la pratique de l'allaitement maternel exclusif étaient les conjoints, les mères d'enfants elles-mêmes et les belles-mères. Les pères doivent être associés aux interventions pour la promotion de l'AME en leur donnant plus de responsabilité dans la mise en œuvre des activités. La sensibilisation doit être couplée à la formation pour donner des informations de qualité.

Déclaration de conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Remerciements : nos remerciements vont aux pères et à toutes les personnes des zones enquêtées qui ont facilité la réalisation de ce travail, qui ont partagé avec nous leurs connaissances et points de vue et qui ont consacré une partie de leur temps à répondre à nos questions.

6. Références

1. APAIB, IBFAN Afrique, UNICEF. 2009 Etude diagnostique sur la situation de l'allaitement exclusif au Burkina Faso.
2. Britton C., McCormick FM. , Renfrew MJ et al. 2007. *Support for breastfeeding mothers (Review)*. The Cochrane Database Syst Rev 2012; 5: CD001141.
3. Camille Orgiazzi 2017. *Représentations et expériences des pères à propos de l'allaitement maternel. Gynécologie et obstétrique.* <dumas-01589613> ; Mémoire N° 2017PAO5MA23 ; Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.
4. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro.
5. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc.
6. Cellule de Planification et de Statistique du secteur de la santé, développement social et la promotion de la femme (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT). 2011. *Enquête par grappes à Indicateurs Multiples 2009-2010*, rapport final, Bamako Mali.
7. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.
8. Chahinez Otmani, Gladys Ibanez, Julie Chastang et al. 2015. *Rôle de l'entourage maternel dans l'initiation de l'allaitement*. Revue santé publique France n° 6, novembre-décembre p. 785-795.

9. Clifford J, Mc Intyre E. 2008. *Who supports breastfeeding?* Breastfeeding Review.; 16 (2) : p. 10.
- 10 Fonds des Nations Unies pour l'Enfance 2009. *Stratégie mondiale : allaitement maternel est essentiel à la survie des enfants*. Rapport. UNICEF ; août.
11. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance 2012. *Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques (cap) concernant les six pratiques familiales essentielles (PFE) au Burkina Faso. Rapport final*. Mars ; 1- 45. www.unicef.org. [Consulté le 13 novembre 2017].
12. Hote Maeva. 2015. *L'information des pères à propos de l'allaitement maternel et de leur rôle de soutien*. Mémoire. Strasbourg. 2015 ; 82p.
13. Irène Teuma. 2009. *L'allaitement concerne-t-il les hommes ? Le rôle de la consultante auprès du père. Travail réalisé dans le cadre de la formation « Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE »* CREFAM Paris, Formation 2008-2009, 59 p.
14. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S. 2014 : *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. ; (27):440-9. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html BEH 27 | 7 octobre 2014 | 449]. 10p
15. Mithani, Y., Premani, Z. S., Kurji, Z., & Rashid, S. (2015). *Exploring Fathers' Role in Breastfeeding Practices in the Urban and Semiurban Settings of Karachi, Pakistan*. The Journal of Perinatal Education, 24(4), 249–260. <http://doi.org/10.1891/1058-1243.24.4.249>
16. Noirhomme-Renard F., Noirhomme Q. 2009. *Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature*. Journal de pédiatrie et de puériculture ; 22 : 112-120.
17. Noirhomme-Renard F., Close M., Gosset. C. 2015 : *Représentations et expérience des pères « primipares » de l'allaitement maternel : lien avec la durée de l'allaitement* Journal de pédiatrie et de puériculture. 28, 7-15 pp.
18. Organisation mondiale de la Santé. *Lait maternel : source de vie et de développement économique*. Disponible sur internet:<<http://www.afro.who.int/fr/centre-des-medias/note-destinee-a-la-presse/1379-lait-maternel--source-de-vie-et-de-developpement-economique.html>> [Consulté le 03/03/ 2011].
19. Organisation mondiale de la Santé 2010. *Allaitement maternel pour sauver des vies*. Note d'information aux médias. Genève : OMS. http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/fr/. [Consulté en 2012].
20. Organisation mondiale de la Santé 2014. *Dix faits sur l'allaitement maternel février*. <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/index.html>. [Consulté le 13 novembre 2017].

21. Pelletier N. 2001 : *Étude des freins à l'allaitement au-delà de trois mois chez les mères francophones du Nouveau-Brunswick*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. 2005: A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics.*, Oct ; 116 (4): e 494-8.
22. Région de Koulikoro. Disponible sur Internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9gion_de_Koulikoro#G.C3.A9ographie [Consulté le 24-05-2011].
23. Sokol E., Aguayo VM., Clark D. 2007 : *Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre. 25 années d'application du Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel*. UNICEF, Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre.
24. Stremmer J, Lovera D. 2004: *Insight from a Breastfeeding Peer Support Pilot Program for Husbands and Fathers of Texas W. I. C. Participants*. *J Hum Lact.*; 20; 417-22

TABLEAUX

Tableau I : Répartition des pères d'enfants de 0 - 59 mois selon qu'ils aient entendu parler de l'AME et sa définition

Variables	Fréquence	Pourcentage
Entendu parler de l'AME (n=712)		
Oui	598	84
Non	114	16
Définition de l'AME (598)		
Donner uniquement le lait maternel à l'enfant jusqu'à 6 mois	447	74, 7
Protège l'enfant	78	13
Croissance de l'enfant	29	4, 8
Donner le lait maternel à l'enfant jusqu'à un âge différent de 6 mois	27	4, 5
Donner le lait maternel	23	3, 8
Ne sait pas	17	2, 8

Tableau II : Répartition des pères d'enfants de 0 - 59 mois selon la connaissance de l'âge optimal de l'AME

Variables	Fréquence	Pourcentage
Age optimal de l'AME (n=598)		
Jusqu'à 6 mois	267	44,6
Après 6 mois	260	43,5
Avant 4 mois	37	6,2
Ne sait pas	34	5,7