**EVALUATION DE L’ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LA FEMME TRAVAILLEUSE DU 21è SIECLE DANS LA VILLE DE LUBUMBASHI, DRC**

**SUMMARY**

Breastfeeding is generally recognized as the ideal form of infant feeding; its benefits are expressed in the short and long term. The International Labor Organization has adopted a new convention which entitles working women to maternity leave of at least fourteen weeks. At the end of maternity leave, returning to work represents for working mothers one of the greatest difficulties in practicing breastfeeding and this return is for most mothers associated with the weaning of the child. This study aimed to determine the frequency of optimal breastfeeding in children 0-23 months; assess their nutritional status; assess the associative relationship between the frequency of breastfeeding and the nutritional status of children; know the reasons for early weaning from breastfeeding among working women. To achieve this, we conducted a cross-sectional descriptive study using a household survey of 414 mother-child couples in three health areas in the Lubumbashi health zone.

Results: 59.1% of the women surveyed were working women, optimal breastfeeding was observed in 13.5% of the children of working women surveyed, 26.2% of the children surveyed were weaned early because they cried a lot, 20.5% due to their mothers returning to work. 36.2% were acutely malnourished, underweight was 22.8% and growth retardation was 38.8%, 55.1% of the children of the workers surveyed had a daily breastfeeding frequency less than eight times and There was no association between optimal breastfeeding and types of malnutrition.

The proliferation and marketing of breastmilk substitutes and the inaccessibility to training on the importance of breastmilk remain an obstacle to reducing malnutrition in the DRC.

**Keywords:** Frequency, Breastfeeding, Working woman, 21st century, Health area, Lubumbashi Health Zone.

**RESUME**

L’allaitement maternel est reconnu généralement comme le mode d’alimentation idéal pour le nourrisson ; ses bienfaits s’exprimant à court et à long terme. L’Organisation Internationale de Travail a adopté une nouvelle convention laquelle donne droit à un congé de maternité d'une durée de quatorze semaines au moins à la femme travailleuse. A la fin du congé de maternité, la reprise du travail représente pour les mères actives une des plus grandes difficultés à la pratique de l’allaitement et cette reprise est pour la plupart des mères associées au sevrage de l’enfant. Cette étude visait à déterminer la fréquence de l’allaitement optimal chez les enfants de 0 à 23 mois ; évaluer leur état nutritionnel ; évaluer la relation associative entre la fréquence de l’allaitement maternel et l’état nutritionnel des enfants ; connaître les motifs de sevrage précoce de l’allaitement maternel chez les femmes travailleuses. Pour y arriver nous avons réalisé une étude descriptive transversale par une enquête-ménage sur 414 couples mère-enfants dans trois Aires de santé de la zone de santé de Lubumbashi.

Résultats : 59,1% des femmes enquêtées étaient de travailleuses, l’allaitement maternel optimal était observé chez 13,5% des enfants de travailleuses enquêtées, 26,2% d’enfants enquêtés ont été sevrés précocement parce qu’ils pleuraient beaucoup, 20,5% à cause de la reprise de travail de leurs mères. 36,2% étaient en malnutrition aigüe, l’insuffisance pondérale était à 22,8% et le retard de croissance était de 38,8%, 55,1% d’enfants des travailleuses enquêtées avaient une fréquence de l’allaitement par jour inférieure à huit fois et Il n’y a pas eu d’association entre l’allaitement maternel optimal et les types de malnutrition.

La multiplication et commercialisation des substituts de lait maternel et l’inaccessibilité à la formation sur l’importance du lait maternel restent un frein à la réduction de la malnutrition en RDC.

**Mots clés** : Fréquence, Allaitement maternel, Femme travailleuse, 21è siècle, Aire de santé, Zone de Santé Lubumbashi.

**INTRODUCTION**

L’allaitement maternel est reconnu généralement comme le mode d’alimentation idéal pour le nourrisson ; ses bienfaits s’exprimant à court et à long terme. Il a des avantages extraordinaires : c’est un aliment complet, équilibré, économique, spécifique et stérile, sa température est idéale car il est donné directement du sein de la mère à la bouche de l’enfant [12].

L’organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF) l’ont rappelé depuis 1989. Ils préconisent l’allaitement exclusif jusqu’à l’âge de six mois, et l’allaitement en complément d’une alimentation diversifiée jusqu’à l’âge de deux ans [20]. Si l’allaitement maternel est largement désiré et adopté par les mères partout dans le monde, la réussite de sa poursuite reste tributaire de plusieurs facteurs dont notamment le travail. Les études disponibles tirent une réelle sonnette d’alarme face au déclin observé concernant la pratique de l’allaitement maternel [12].

Raison pour laquelle, en 2000, l’Organisation Internationale de Travail a adopté une nouvelle convention, la convention C183, concernant la protection de la maternité. Elle indique dans son article 4 que "sur présentation d'un certificat médical ou autre attestation appropriée, telle que déterminée par la législation et la pratique nationales, indiquant la date présumée de son accouchement, toute femme à laquelle la présente convention s'applique a droit à un congé de maternité d'une durée de quatorze semaines au moins". [15]La Recommandation 191, pour sa part conseille beaucoup plus, en indiquant que "les membres devraient s'efforcer de porter la durée du congé de maternité visé à l'article 4 de la convention à dix-huit semaines au moins". [16] Ainsi, presque tous les pays offrent un congé de maternité d’une durée variable, rémunérés ou non.

A la fin du congé de maternité, la reprise du travail représente pour les mères actives une des plus grandes difficultés à la pratique de l’allaitement et cette reprise est pour la plupart des mères associées au sevrage de l’enfant [6].

Et aussi, on assiste actuellement à une tendance à la régression de cette pratique en rapport avec les progrès dans la fabrication, la commercialisation des laits industriels et le manque d’information et de sensibilisation des mères. [9].

Dans bien des sociétés, l’adoption des techniques modernes et des nouveaux modes de vie a entrainé une réduction notable de l’intérêt attaché à cette pratique traditionnelle notamment la professionnalisation de la femme du 21e siècle [9].

L’OMS estime que le taux d’alimentation maternel exclusif reste bas dans l’ensemble du monde. La proportion des nourrissons qui reçoivent exclusivement du lait maternel à un moment quelconque entre la naissance et l’âge de 6 mois étaient estimé à 35% [8].

Dans une étude la majorité des femmes ne donnent pas le sein de manière exclusive (58,5%). Les justifications données par les mères enquêtées qui n’allaitent pas en exclusivité sont les suivantes : 15% des femmes trouvent que l’allaitement exclusif au sein est fatiguant alors qu’environ 24% des femmes disent que c’est à cause de l’enfant qui ne veut pas accepter le sein. Une femme sur cinq explique la non exclusivité de l’allaitement au sein par le manque de temps et le refus du sein par l’enfant. [5]

A l’heure actuelle, en Afrique de l’Ouest et du Centre, seulement un tiers des nourrissons sont exclusivement nourris au sein, ce qui est bien inférieur à l’objectif mondial de 50% fixé par l’Assemblée mondiale de la santé pour l’horizon 2025. Un obstacle majeur à l’allaitement maternel exclusif, dans cette région, est la pratique consistant à donner de l’eau en plus du lait maternel, qui touche 40% des nourrissons âgés de zéro à six mois [2].

A Kinshasa, une étude menée par l’UNICEF montre que cinq nourrissons sur dix reçoivent des liquides et des aliments en plus du lait maternel au cours de leurs six premiers mois de vie, ceci contribue donc à la malnutrition, aux maladies et même aux décès [22].

A Lubumbashi, Ngoy et al., dans son étude menée dans la Zone de santé de Kapolowe en Janvier 2022 révèle un allaitement maternel précoce de 63 %, un allaitement maternel exclusif de 22,1 %, un allaitement maternel continu de 71,9 % et un allaitement maternel optimal de 10,7 % [13].

Lorsque les enfants ne sont pas exclusivement allaités pendant les six premiers mois, ils sont plus vulnérables à la diarrhée et à la pneumonie, les deux principales causes de mortalité infantile dans le monde. En aidant les mères à adopter les pratiques d’allaitement recommandées, près de 50 % des décès d’enfants de moins de deux ans causés par la diarrhée et la pneumonie pourraient être évités. En RD Congo, cela équivaut à près de 27.000 décès évitables d’enfants de moins de 2 ans par an. L’allaitement contribue également à protéger la santé des mères. Le risque qu’une mère développe un cancer du sein invasif diminue de six pour cent par année d’allaitement. L’augmentation des taux d’allaitement en RD Congo pourrait prévenir 341 décès maternels dus au cancer [23].

Plusieurs auteurs ont mis l’accent sur l’allaitement chez les mères dans le monde et en Afrique. Cependant les études sur l’allaitement chez les femmes travailleuses en plein 21e siècle sont indispensables. L’objectif général était de contribuer à la réduction du taux de malnutrition chez les enfants de 0 à 23 mois dans la ville de Lubumbashi. Spécifiquement, l’étude s’est proposée de : 1°Evaluer l’état nutritionnel des enfants de 0 à 23 mois ; 2°Déterminer la fréquence de l’allaitement optimal chez les enfants de 0 à 23 mois ; 3° Connaître les motifs d’arrêt d’allaitement chez les femmes travailleuses ; 4°Evaluer la relation associative entre la fréquence de l’allaitement maternel et l’état nutritionnel des enfants ;

**MATERIELS ET METHODE**

1. **Population d’études**

Notre population d’étude est constituée des femmes allaitantes et leurs enfants de 0 à 23 mois.

a. **Critères d’inclusions et d’exclusions**

Sont inclus dans notre étude toutes les femmes allaitantes ayant un enfant de 0 à 23 mois résident dans les AS de Craa, Gambela II et Kassapa II dans la ZS de santé de Lubumbashi et présentes lors de notre enquête et dont les mères avaient accepté de répondre à notre questionnaire. Les enfants de 0 à 23 mois dont les mères avaient refusé de répondre à notre questionnaire étaient exclus de notre étude.

2. **Milieu d’études**

L’étude a été menée dans la zone de santé de Lubumbashi particulièrement dans trois aires de santé à savoir : Craa, Kassapa II et Gambela II dans la province du Haut Katanga en République Démocratique du Congo.

3. **Types d’études**

Il s’agit d’une étude descriptive transversale par enquête-ménage sur 414 couples mère-enfants. Pendant la période de 3 mois allant de Juillet à septembre 2022

1. **Gestion et analyse des données**

Nous avons encodé les données collectées dans un fichier Excel que nous avons importé dans deux logiciels pour analyse. Dans ENA pour générer les indices anthropométriques et dans Epi-Info pour les analyses statistiques uni-variée et bi-variée pour toutes les variables.

Nous avons utilisé les statistiques de réduction (moyenne ; Ecartype, fréquences) et le test de X2 lors de notre étude.

4. **Définition opérationnelle des variables**

* **Variables liées aux caractères socioéconomiques**

- Le sexe de l’enfant : variable qualitative dichotomique

- Statut matrimoniale de la mère : variable qualitative multichotomique ;

- L’introduction des aliments de complément ;

- Niveau d’étude de la mère : variable qualitative multichotomique ;

- Occupation principal de la mère : variable qualitative multichotomique ;

Nous avons étudié l’âge des enfants en mois et celui des mères en année qui est une variable quantitative discontinue.

* **Variables liés à l’état nutritionnel des enfants**

- Etat nutritionnel selon l’indice Poids/Age : variable qualitative dichotomique ;

- Etat nutritionnel selon Poids/Taille : variable qualitative dichotomique ;

- Etat nutritionnel selon Poids/Age : variable qualitative dichotomique ;

* **Variables liées à l’association entre la fréquence de l’allaitement et l’état nutritionnel**

- Variables indépendantes : fréquence de l’allaitement maternel ;

- Variables dépendantes : Etat nutritionnel selon Poids/taille, Poids/Age.

**RESULTATS**

1. **Résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques**

**Tableau I : Répartition des couples mères-enfants enquêtés selon leurs âges**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variables** | **Moyenne** | **Ecart type** | **Mode** | **Médiane** | **Min** | **Max** |
| Age de l'enfant (mois) | 10,6 | 6,5 | 7 | 9 | 1 | 24 |
| Age de la mère (Année) | 30,4 | 6 | 29 | 30 | 15 | 53 |

L’âge moyen des mères des enfants enquêtés était de 30 (± 6) ans, l’âge minimal de 15 ans et l’âge maximal de 53 ans et le mode est de 29. L’âge moyen des enfants était de 10,6 (±6,5) mois, l’âge minimal de 1 mois, l’âge maximal de 24 mois et le mode est de 7.

**Tableau II. Répartition des mères d’enfants enquêtées selon l’Occupation principale, le Statut matrimonial, Niveau d’étude et le Sexe des enfants**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variables** | **Effectif** | **Pourcentage** |
|
| **Travailleuse (n=414)** | | |
| Oui | 245 | 59,1 |
| Non | 169 | 40,9 |
| **Statut matrimoniale (n=245)** | | |
| Union de fait | 1 | 0,4 |
| Veuve | 1 | 0,4 |
| Célibataire | 20 | 8,2 |
| Mariée | 223 | 91,1 |
| **Niveau d’études (n=245)** | | |
| Primaire | 6 | 2,4 |
| Secondaire incomplet | 17 | 6,9 |
| Secondaire complet | 111 | 45,3 |
| Supérieur/universitaire | 111 | 45,3 |
| **Sexe des enfants n=245** |  |  |
| Masculin | 132 | 53,8 |
| Féminin | 113 | 46,2 |

59,1% des mères d’enfants enquêtées étaient travailleuses contre 40,9% qui n’en étaient. La majorité mariées (91,1%) contre 0,4% qui étaient des veuves. 45,3% des mères d’enfants enquêtés avaient un niveau universitaire alors 2,4% qui avaient le niveau d’étude primaire. 132 enfants soit 53,8% étaient de sexe féminin contre 113 soit 46,2% de sexe masculin.

**Tableau III. Répartition des enfants enquêtées selon l’allaitement exclusif et optimal, le motif d’introduction précoce des aliments de complément, Fréquence de l’allaitement minimum acceptable par jour, Motif de la fréquence de l’allaitement inférieur à la fréquence minimum acceptable**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Variables | Effectif | Pourcentage |
| Allaitement exclusif (n=245) | | |
| Oui | 57 | 23,3 |
| Non | 188 | 76,7 |
| Allaitement optimal | | |
| Oui | 33 | 13,5 |
| Non | 212 | 86,5 |
| Motif d’introduction précoce des aliments de complément (n=141) | | |
| L’enfant pleurait beaucoup | 37 | 26,2 |
| Faim de l’enfant | 26 | 18,4 |
| Insuffisance de production lactée | 9 | 6,3 |
| Reprise de travail de la mère | 29 | 20,5 |
| La mère ne supporte pas d’allaiter long temps | 2 | 1,4 |
| Autres motifs | 38 | 24,8 |
| Fréquence de l’allaitement minimum acceptable par jour | | |
| Oui ( ≥ 8) | 110 | 44,9 |
| Non (< 8) | 135 | 55,1 |
| Moment de l’allaitement | | |
| A la demande | 55 | 22,4 |
| Quand l’enfant pleure | 86 | 35,1 |
| Selon l’horaire | 24 | 9,8 |
| Quand il y a montée laiteuse | 3 | 1,2 |
| Autres | 77 | 31,4 |
| Motif de la fréquence de l’allaitement inférieur à la fréquence minimum acceptable | | |
| Insuffisance de lait | 3 | 2,2 |
| L’enfant a déjà grandi | 91 | 67,4 |
| L’habitude de l’enfant | 10 | 7,4 |
| Quand l’enfant demande | 24 | 17,8 |
| Maladie de l’enfant | 1 | 0,7 |
| Lait artificiel | 4 | 3 |
| Pas de raison | 2 | 1,5 |

Les résultats observés dans ce tableau nous montrent que 23, 3% des enfants ont été allaités exclusivement tandis que 76,7% des enfants ont été sevrés précocement. 13,5 % d’enfants ont bénéficié d’un allaitement optimal. 26,2% d’enfants enquêtés ont été sevrés précocement parce qu’ils pleuraient beaucoup,18,4% des enfants ont été sevrés précocement parce qu’ils avaient faim, 20,5% à cause de la reprise de travail de leurs mères, 6,3% parce qu’il y avait insuffisance de production lactée et 24,8% d’enfant ont été sevré précocement à cause des autres motifs non signalés. Après introduction d’autres aliments en dehors du lait maternel, 44,9 % seulement ont une fréquence minimum acceptable de l’allaitement maternel par jour. 35,1 % des femmes n’allaitaient que quand l’enfant pleurait ; 22,4 % allaitaient à la demande de l’enfant ; 9,8 % allaitaient selon un horaire appris dans les services de santé et 1,2 % n’allaitaient que quand elles ressentaient la montée laiteuse. Les motifs pour lesquelles les femmes allaitent moins de 8 fois qui est la fréquence de tétée minimale acceptable. Ces motifs sont : maladie de l’enfant 0,74 % ; pas de raisons valables à cette faible fréquence normale 1,4 % ; introduction du lait artificiel 2,96 % ; insuffisance du lait maternel 2,22% ; habitude de l’enfant 7,41 % ; n’allaitent que quand l’enfant demande 17,78 % et trouve que l’enfant a déjà grandi 67,41 %.

1. **Résultats relatifs à l’état nutritionnel**

**Tableau IV. L’état nutritionnel des enfants enquêtés selon l’indice Poids pour Taille, Taille pour âge, Poids pour Age, présence des œdèmes bilatéraux.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etat nutritionnel des enfants (n=245)** | **Effectif** | **Pourcentage** |
| **Malnutrition aigüe (P/T)** | | |
| Oui | 89 | 36,2 |
| Non | 156 | 63,8 |
| **Malnutrition chronique (T/A)** | | |
| Oui | 95 | 38,8 |
| Non | 150 | 61,2 |
| **Insuffisance pondérale (P/A)** | | |
| Oui | 56 | 22,8 |
| Non | 189 | 77,2 |
| **Présence d’œdèmes bilatéraux** | | |
| Oui | 4 | 1,6 |
| Non | 241 | 98,4 |

Selon l’indice poids pour taille 36,2% étaient en Malnutrition aigüe, taille pour âge 38,8% d’enfants avaient la malnutrition chronique globale. **S**elon l’indice poids pour âge, 22,8% d’enfants étaient en état d’insuffisance pondérale globale et 1,6% avaient des œdèmes bilatéraux.

1. **Résultats liés à l’association entre l’allaitement maternel optimal et l’état nutritionnel des enfants de 0 à 24 mois.**

**Tableau V. Tableau croisé entre l’allaitement maternel optimal et l’état nutritionnel selon les indices Poids pour Taille et Poids pour Age.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Allaitement maternel optimal | Oui ≥ -2ET) | Non < -2ET) | Total | KHI 2 |
| Malnutrition par P/T | | | | |
| Oui | 10 | 24 | 34 | 1,03 |
| Non | 85 | 150 | 211 |
| Malnutrition par P/A n=420 | | | | |
| Oui | 10 | 153 | 24 | 0,79 |
| Non | 44 | 114 | 167 |

Les résultats issus de ce tableau montrent qu’il n’y a pas d’association entre l’allaitement maternel optimal et l’état nutritionnel selon l’indice P/T (KHI-DEUX =1,03 ˂3,84) ni entre l’allaitement maternel optimal et l’état nutritionnel selon l’indice P/A (KHI-DEUX = 0,79 ˂3,84).

**DISCUSSION**

1. Des caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon

Dans notre étude 59,1 % des femmes interrogées étaient travailleuses. Dans une étude similaire, uniquement 13% des femmes travaillaient, 40% étaient des cadres moyens ou ouvrières, 10% étaient des cadres supérieurs, 20% étaient des fonctionnaires et 30% ont une fonction libérale [6], 65% des femmes ne travaillaient pas. Une autre étude menée en France nous révèle 94% de femmes ayant une activité professionnelle résultats qui sont largement supérieurs à ceux que nous avons trouvés [7,17]. Cette différence pourrait être due au lieu d’étude qui est l’Afrique pour notre étude où la femme a encore du mal à intégrer le milieu de travail et l’Europe pour la deuxième où la situation professionnelle semble être favorable pour la femme.

Dans notre étude, en ne tenant compte que des femmes travailleuses, nous avons trouvé 53,8% d’enfants de sexe masculin et 46,2% du sexe féminin. Nos résultats sont presque similaires avec d’autres auteurs qui ont observé respectivement dans leurs études : 53% d’enfants de sexe masculins et 47% d’enfants de sexe féminin ; 52,8% d’enfants de sexe masculin et 47,2% d’enfants de sexe féminin, 52,26% de sexe masculin et 47,64% de sexe féminin, 51,9 % de sexe masculin et 48,1% de sexe féminin; 52,5% de sexe masculin et 47,5% de sexe féminin, 51 % de sexe masculin et 49 % de sexe féminin, par DEMBELE a rapporté les résultats contraires aux nôtres dont 51,2 % de sexe féminin et 48,8 % de sexe masculin, Francisco en Angola a rapporté dans son étude 66 % de sexe masculin et 34 % de sexe féminin [13, 14, 10, 8, 18, 3, 4, 6]. Ce dernier résultat est largement supérieur au nôtre.

Notre étude a été menée sur le couple mère-enfant dont les enfants étaient âgés de 0 à 23 mois. La moyenne d’âge des enfants était de 10,6 mois. Plusieurs études quant à elles, ont mené leurs enquêtes sur les enfants de 6 à 23 mois. Les femmes ayant participé à cette étude étaient âgées de 18 à 55 ans. La moyenne d’âge était de 30 ans. Une étude récente a trouvé que l’âge moyen (en mois) des enfants enquêtés était de 13 mois alors que la moyenne d’âge (en années) de mères était de 27 ans. Nos résultats sont largement inférieurs à ceux trouvés dans la zone de santé de Kapolowe en rapport avec l’âge des enfants et supérieur en rapport de l’âge des mères [13].

La majorité des mères d’enfants enquêtés étaient mariées (91,1 %). Une étude faite dans la zone de santé de Tshamilemba a rapporté 81,6 % des femmes mariées contre 95,5 % dans la zone de santé de Kapolowe [13].

Notre étude montre que 45,3 % des femmes interrogées ont atteint les études supérieures et aussi 45,3 % qui ont fini les études secondaires. Une étude faite dans la ZS de Tshamilemba a montré qu’un tiers des mères d’enfants enquêtés (34,6 %) avaient un niveau secondaire complet et 22,4% avaient atteint le niveau universitaire pendant que moins d’une vingtaine d’entre elles (3,6 %) n’avaient aucun niveau [13].tandis qu’une étude en Tunisie rapporte que 3 % des femmes enquêtées étaient analphabètes, 27 % avaient un niveau de scolarisation primaire, 30 % avaient un niveau secondaire et 40 % un niveau supérieur, étude faite par F. Ben Slama et coll. [5].

2. De l’alimentation au sein et de la diversification alimentaire

70,5 % ont été nourri d’autres aliments avant 6 mois, chez qui donc l’allaitement exclusif n’a pas été respecté ; 28 % ont commencé à être nourris à d’autres aliments à 6 mois et 1,5 % à un peu plus de 6 mois. 13,5 % d’enfants ont bénéficié d’un allaitement optimal. Et les motifs de justification du non-allaitement exclusif avancés par les mères sont : 26,2 % les pleurs incessants de l’enfant ; 20,5 % la reprise du travail ; 18,4 % pensaient que le lait maternel était insuffisant et que l’enfant a toujours faim ; 6,3 % une insuffisance de production de leur lait ; 1,4 % parce qu’elles ne supportent pas d’allaiter longtemps. Ngoy EB rapporte les résultats similaires dans son étude (22,1%) [13]. Et une autre étude menée en Tunisie avait révélé que la majorité des femmes n’allaitaient pas de manière exclusive (58,5%). Les justifications données par les mères enquêtées qui n’allaitaient pas en exclusivité sont les suivantes : 15% des femmes trouvent que l’allaitement exclusif au sein est fatigant alors que pour environ 24% des femmes c’est à cause de l’enfant qui ne veut pas accepter le sein. Une femme sur cinq explique la non-exclusivité de l’allaitement au sein par le manque de temps et le refus du sein par l’enfant [5].

Pour l’âge d’introduction d’autres aliments, notre étude révèle 70,5 % ont mixer l’alimentation de leur enfant avant l’âge de 6 mois et 28 % à 6 mois. Ces résultats corroborent avec ceux de F. Ben Slama et coll. qui a montré que 8% des femmes enquêtées sont pour la mixité alimentaire pour l’âge entre 6 et 12 mois, 20% pour 4 mois et 72% proposent cette mixité entre 2 à 3 mois [5].

Quant à l’allaitement exclusif, notre étude a démontré que seuls 23,3 % d’enfants étaient allaités exclusivement contre 76,7 % n’ayant pas été allaités exclusivement. L’étude de Souare HADIA nous fait aussi remarquer que la majorité des enfants des mères travailleuses (≈ 31% soit presque un tiers des enfants) sont sevrés à 3 mois lorsque leur mère reprend le travail, ce qui correspond au délai légal du congé de maternité. Puis le taux d’allaitement diminue progressivement au fur et à mesure que les enfants grandissent. [23]

En ce qui concerne l’arrêt de l’allaitement exclusif chez les femmes travailleuses, nous avons observé que le motif sur la reprise du travail ne représente que 20,5 % tandis que les pleurs de l’enfant représentent 26,2 %. Cette même observation est faite par Souare H dans son étude bien que les chiffres soient supérieurs aux nôtres et il en découle que le premier motif en cause est le sevrage initial provoqué par la mère elle-même (48 %) et la seconde raison qui suit met en cause l’activité professionnelle (36 %) [7]. Une étude au guinée Conakry montre que la raison du sevrage initial a été pour la plupart un souhait personnel (52,7%) et même un arrêt complet de l’enfant avait eu lieu dans 87,8% des cas après la fin du congé de maternité [19]. Ces résultats sont alarmant car ceci démontre une négligence et prouve l’ignorance des mères sur les avantages qu’offre l’allaitement maternel à l’enfant, à la mère et à toute la communauté. Alors intensifier la sensibilisation sur les avantages de l’allaitement maternel serait une bonne stratégie pour sauver des vies.

3. De l’état nutritionnel des enfants enquêtés

Notre étude révèle que 36,2 % d’enfants enquêtés présentaient la malnutrition aigüe selon l’indice poids pour taille ; 38,8 % présentaient la malnutrition chronique selon l’indice taille pour âge ; 22,8 % présentaient l’insuffisance pondérale selon à l’indice poids pour âge ; 1,6 % ont présenté des œdèmes et 8,1 % d’enfants sont nés avec un faible poids de naissance chez les femmes travailleuses. La malnutrition reste un problème de santé publique majeur dans notre milieu. Plusieurs études ont rapporté les mêmes résultats : les enquêtes EDS-RDC et MICS-Palu-RDC 2018 révèlent un taux de malnutrition chronique de 40% au niveau de la province du Haut Katanga, même si ces deux enquêtes étaient d’envergure nationale en RDC [1, 21]. Ngoy et al. Avaient rapporté aussi 37,0% pour le retard de croissance et 26,8% l’insuffisance pondérale globale

Nos résultats sont valides, et certains écarts constatés entre nos résultats et ceux d’autres études pourraient être dû au fait que certains auteurs ont mené leurs études dans des structures sanitaires alors que notre étude a été menée dans la communauté ; les uns ont travaillé sur une grande taille d’échantillon et les autres sur une petite taille d’échantillon que la nôtre et puis la majorité d’auteurs ciblent les enfants de 6 à 59 mois et d’autres de 6 à 23 mois, ce qui n’est pas le cas avec notre étude où nous avons travaillé sur les enfants de 0 à 23 mois et les femmes travailleuses.

**CONCLUSIONS**

L’allaitement maternel reste une intervention efficace dans la lutte contre la malnutrition chez les enfants de 0 à 24 mois. Il résulte de notre étude que seulement 13,5 % d’enfants ont bénéficié d’un allaitement optimal. Et parmi les motifs justificatifs de ce faible taux d’allaitement optimal avancés par les mères figurent les pleurs incessants de l’enfant (26,2 %) et la reprise du travail (20,5 %) ce qui traduise d’une part la non maitrise des avantages de lait maternel par les mères et d’une autre part le temps court de congé de maternité accordé à la mère durant cette période ne lui permettant pas de couvrir la période de l’allaitement exclusif. Bien qu’il y n’ait pas association entre l’allaitement et l’état nutritionnel de ces enfants enquêtés, ces enfants restent au moins exposer à la malnutrition. Ainsi une sensibilisation sur les avantages de lait maternel et prolongation de la durée du congé de maternité chez les travailleuses sont de bons moyens pour augmenter le taux de l’allaitement optimal et réduire le taux de la malnutrition dans le pays.

**REFERENCES**

1. ALESSANDRO LELLANO, CAROLINE ABLA, DR. BINDI BORG, EMILY HIRATA, ISABELLE MODIGELI ET SEBSIBIE TESHOME. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d’urgence (ANJE-U), décembre 2020.
2. ALIVE & THRIVE AND UNICEF. Factors Influencing the Practice of Exclusive Breastfeeding and Other Infant Feeding Practices in the First Six Months of Life in West and Central Africa. Alive & Thrive and UNICEF : 2022
3. AMARE WORKU TADESSE, ELAZAR TADESSE, YEMANE BERHANE AND EVA-CHARLOTTE EKSTRÖM. Comparison of Mid-Upper Arm Circumference and Weight-for-Height to Diagnose Severe Acute Malnutrition: A Study in Southern Ethiopia. MDPI. Received: 29 December 2016; Accepted: 8 March 2017; Published: 11 March 2017.
4. DEMBELE G. Connaissances et pratiques des mères par rapport à la nutrition et la santé des enfants de 6 à 59 mois dans le district sanitaire de SELINGE. Thèse présentée et soutenue publiquement. Faculté de médecine, de pharmacie et d’odonto-stomatologie. 2010
5. F. BEN SLAMA, I. AYARI, F. OUZINI, O. BELHADJ ET N. ACHOUR. Allaitement maternel exclusif et allaitement mixte : connaissances, attitudes et pratiques des mères primipares. EMHJ Vol. 16 No. 6 2010
6. FRANCISCO K, FLORENCE K, WANZALA P. Risk factors for severe acute malnutrition among children aged 6-59 months admitted at Lubango Pediatric Hospital, Angola. AfricanJournal of Health Sciences, Volume 31, Number 1, January-March 2018.
7. Hadia Souare. Allaitement et travail : enquête auprès de 270 mères actives. Sciences pharmaceutiques. 2018. {dumas-02150982}
8. HOUNZNADJI SC. Évaluation de l’état Nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois : cas du centre de santé de AGLOGBE dans la commune d’ADJARRA. Mémoire de fin de formation pour l’obtention de la Licence professionnelle. Nutrition diététique et technologie alimentaire, Centre autonome de perfectionnement, École polytechnique d’ABOMEY CALAVI, Université D’ABOMEY. ABOMEY. Année académique 2020-2021.
9. HUGUES BARDON, LUC BOLTANSKI. Travail, genre et société : travailler et allaiter, puisse qu’on vous dit c’est possible, N°24 2010 page 129
10. KONE JM. Évaluation de l’état Nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans le cercle de KOUTIALA. Thèse présentée et défendue publiquement. Faculté de médecine, de pharmacie et d’odontostomatologie, Université de BAMAKO. BAMAKO, Année académique 2010-2011.
11. LAVOLLAY B, RANCOURT P. Allaitement maternel : mise en place et accompagnement durant les premiers jours de vie. Méd Ther Pédiatrique2005 ;8(5) :312-22.
12. LORAS-DUCLAUX I. Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. Archives de pédiatrie, 2000, 7(5) :541–8.
13. NGOY EB, MAPATANO AM, BANZA CLN, TSHIBUABUA BM, KALUME CT, NGALULA SK, KAMWANYA AK, NGALULA NM, MASHINI NG, MULUNGULUNGU NH, MUKALAY AWM, MAKAN PM, LUBOYA ON. Les indicateurs de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant prédicteurs de la malnutrition chez les enfants 6-23 mois dans la zone de santé de Kapolowe, Haut-Katanga, RD Congo. Revue de l’Infirmier Congolais. 2022 ;6(2) :33-49.
14. OLIVIER MUKUKU, KRISTEL N. TSHIBANDA, AUGUSTIN M. MUTOMBO, TONI K. LUBALA, OSCAR N. LUBOYA. Facteurs influençant l’arrêt de l’allaitement au sein avant l’âge de 12 mois dans le village de Tshamalale. République Démocratique du Congo. Revue de l’Infirmier Congolais 2017.
15. Organisation internationale du Travail « C183 - Convention (n° 183) sur la protection de la maternité », 2000 Disponible sur <http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312328>
16. Organisation internationale du Travail « R191 - Recommandation (no 191) sur la protection de la maternité » 2000 Disponible sur <http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R191>
17. RAOUL MBELA. Les pratiques d’allaitement exclusif au sein et complémentaire (sevrage) et leur conséquence sur le niveau de mortalité infento-juvenile en RDC, Université de Kinshasa ; novembre 2019
18. SELLAM ·EB et BOUR A. État nutritionnel des enfants de 6 à 60 mois au Maroc « Préfecture D’Oujda-Angad » BMSAP 2015
19. SIDIBE SIDIKIBA, KEITA KOBELE MABINTOU, GROVOGUI FASSOU MATHIAS, SAMAKE AMARA TABAOUO ET COLL. Allaitement Maternel et travail : Expériences des femmes allaitantes travaillant dans les structures sanitaires publiques et privées de la commune de Matoto, Guinée ; © EDUCI 2020 p76
20. TCHENAR SIHEM, BOUMEDINE HANANE. L’allaitement maternel exclusif à 6mois, mémoire de fin d’étude pour l’obtention du diplôme de docteur en médecine, Algérie, 2017, 9p.
21. TONY KASOLE LUBALA, AUGUSTIN MULANGU MUTOMBO ET FELIX KITENGEWA. Allaitement maternel et diversification alimentaire à Lubumbashi ; 2016
22. UNICEF ; plus fort avec le lait maternel uniquement. 17 aout 2020
23. WALTERS D, PHAN L, MATHISEN R. The Cost of Not Breastfeeding: Global Results from a New Tool. Health Policy and Planning. Volume 34, Issue 6, July 2019, Pages 407-417.