

## **LES PRATIQUES D'ALLAITEMENT EXCLUSIF AU SEIN ET COMPLEMENTAIRE (SEVRAGE) ET LEUR CONSEQUENCE SUR LE NIVEAU DE MORTALITE INFANTO-JUVENILE EN RDC**

La croissance de la population mondiale et l'augmentation du niveau de vie exigent une bonne nutrition qui est essentielle pour la survie et le développement harmonieux des enfants. L'allaitement exclusif des enfants au sein jusqu'à six mois est nécessaire pour une bonne croissance physique, mentale. C'est une méthode naturelle et facile si la future mère s'y prépare correctement pendant la grossesse.

Selon l'analyse de PROFILES (2003), 21% des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables à des pratiques inadéquates d'allaitement maternel, soit plus de 13.000 décès chaque année.

Il est reconnu que la période allant de la naissance à l'âge de deux ans est une « période d'importance critique » pour favoriser une bonne croissance, la santé et le développement psychosocial et cognitif de l'enfant. A cet effet, il est donc crucial d'optimiser l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant pendant cette période. Ce qui signifie que les mères doivent être encouragées à allaiter leur nourrisson dans l'heure qui suit la naissance, de maintenir un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois (entraînant une réduction importante de la mortalité et de la malnutrition infantile) et de continuer cette pratique pendant deux ans ou plus, tout en apportant à l'enfant à partir de six mois une alimentation complémentaire suffisante et adaptée à son âge et à ses besoins (réductions supplémentaires de la mortalité et des retards de croissance).

En Afrique subsaharienne, la partie du monde où la mortalité infantile est la plus élevée, un enfant sur dix meurt avant l'âge de 1 an. Bien que le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ait plus que doublé depuis 1990, la plus grande partie des enfants de la région ne sont pas nourris au sein. Ils sont de ce fait exposés par millions à des maladies mortelles, comme les diarrhées (**OMS, 2007**).

Selon l'UNICEF, l'allaitement exclusif au sein pourrait éviter le décès de 1,3 million d'enfants de moins de cinq ans chaque année. Il faut savoir qu'en Afrique subsaharienne où le taux de mortalité infantile est le plus élevé au monde, allaité au sein est une pratique qui améliorerait sensiblement la survie des enfants. Bien que

[Tapez un texte]

près de 30% des mamans allaitent exclusivement au sein pendant les six premiers mois, 10% des enfants meurent avant d'atteindre un an.

L'insuffisance de la pratique de l'allaitement maternel est, selon une étude de la revue médicale « The Lancet », la cause d'environ 1,4 million de décès chez les enfants à travers le monde ([Séries sur la nutrition du Lancet 2008](#)). Les [données les plus récentes](#) indiquent que dans les pays en développement seulement 38 pour cent des bébés âgés de 0-5 mois sont exclusivement nourris au sein, à peine plus de la moitié de ceux âgés de 6 à 9 mois sont nourris au sein et reçoivent une alimentation complémentaire et 39 pour cent des enfants âgés de 20 à 23 mois continuent à être allaités.

Une alimentation complémentaire adaptée est particulièrement importante pour la croissance, le développement et la prévention de la sous-nutrition chez les enfants âgés de 6 mois à deux ans. Il a été constaté que les pratiques d'alimentation complémentaires sont généralement médiocres dans la plupart des pays en développement, ce qui continue à exposer les enfants au danger de séquelles irréversibles comme les retards de croissance et de développement cognitif ainsi qu'à des risques nettement accrus de maladies infectieuses comme la diarrhée et la pneumonie.

De nombreuses études portant sur l'alimentation des jeunes enfants ont montré que la période difficile de sevrage avait des effets sur la mortalité et la morbidité infantile (Knodel, Kintner, 1977). Depuis les années 80, de nombreuses études montrent une relation entre l'allaitement et la réduction du risque de cancers du sein chez la femme (Byers *et al.* 1986).

La RDC, est l'un des pays de l'Afrique subsaharienne qui connaît une mortalité infanto-juvénile très importante (104‰), selon les résultats de EDS-RDC II, 2013-2014, qui se conjugue avec une prévalence de l'allaitement exclusif de 48% et une alimentation complémentaire des enfants de 6 à 8mois de 76%.

Cette situation controversée des pratiques d'allaitement surtout pour les femmes qui exercent une activité économique précipitent souvent les enfants à un sevrage précoce, période pendant laquelle, ceux-ci sont victimes des infections pouvant le conduire à la mort.

[Tapez un texte]

En nous référant à l'approche proposée par les organisateurs de la chaire Quételet, notre projet sera axé sur l'impact des pratiques d'allaitement exclusif au sein sur la survie des enfants de moins de 5 ans en RDC.

A cet effet, l'objectif général recherché sera celui de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile en RDC ;

Pour y parvenir, nous allons focalisée notre attention sur certains objectifs spécifiques, notamment :

- Identifier la proportion des enfants décédés de part les pratiques d'allaitement adoptées par les mères ;
- Décrire le profil des mères dont les enfants n'étaient pas allaités exclusivement au sein ;
- Montrer l'impact de l'allaitement exclusif au sein sur la survie des enfants

Du point de vu méthodologique, hormis les recherches bibliographiques effectuées, les données utilisées dans cette recherche proviendront essentiellement du Deuxième Enquête Démographique et de Santé en RDC, 2013-2014. Données récoltées auprès de 18827 femmes de 15 – 49 ans dont 99% avaient répondu favorablement. Les informations recueillies dans le cadre de cette étude concerneront le mode d'allaitement, la fréquence journalière et nocturne, le temps de mise au sein, les aliments de complément, la poursuite d'allaitement et l'usage des biberons. Les questions inhérentes aux maladies que les enfants avaient contractée la veille, quelques semaines ou quelques mois avant l'enquête et le prélèvement des données anthropométriques (poids, âge, taille) étaient aussi posées.

Dans le cadre de cette étude, les questions suivantes seront prises en compte :

- La durée d'allaitement
- Avoir allaité ou continu encore à allaiter
- L'introduction des repos de complément
- La survie de l'enfant

Pour nous permettre de mener cette recherche, nos analyses porteront sur deux méthodes : l'analyse bi variée avec le test de Khi2 pour voir réellement les caractéristiques d'identification sociale qui expliquent le comportement des mères de part les pratiques d'allaitement adoptées et dont les conséquences se répercutent à

[Tapez un texte]

la santé des enfants. le  $\chi^2$  comme test d'indépendance sera utilisé pour savoir s'il existe une relation entre les caractéristiques d'identification sociale et la survie de l'enfant de part les pratiques d'allaitement adoptées par les mères.

Aussi, au niveau exploratoire, des analyses transversales seront faites pour connaître le profil des mères allaitantes compte tenu de la survie de l'enfant c'est. Pourquoi l'analyse factorielle des correspondances multiples (A.F.C.M.) sera utilisée pour servir de préalable à la segmentation (classification arborescente) en analyse multivariée.

L'analyse multi variée permettra de connaître les variables favorables ou non à la survie des enfants compte tenu des pratiques d'allaitement appliquées. Le choix dans cette étude est porté sur la segmentation ou l'arbre de classification de part la qualité des données en présence.

A l'issus de cette étude :

- la proportion des enfants décédés de part les pratiques d'allaitement adoptées par les mères sera connue ;
- le profil des mères dont les enfants n'étaient pas allaités exclusivement au sein sera décrits et connu;
- Des recommandations pour les mauvaises pratiques d'allaitement ayant ses conséquences néfastes sur la survie des enfants seront formulées.

## Bibliographie

1. **Delpeuch, 1998** ; *synthèse sur les Pratiques de sevrage en Afrique et perspectives sur les améliorations nécessaires* ; laboratoire de Nutrition Tropicale (UR44) Centre ORSTOM, Montpellier France
2. **Dominique Turck, 2010** ; *Plan d'action à l'allaitement maternel*, CEDEX, LILLE, France
3. **RDC/Unicef, 2001** ; *Enquête Nationale sur la situation de l'enfant et des femmes*, MICS<sub>2</sub>. Rapport d'analyse, Kinshasa, 234 P.
4. **RDC/UNICEF, 2008** ; *Pauvreté des enfants et disparités en RDC*, Kinshasa, 115p.
5. **RDC/Unicef, 2010** ; *Enquête Nationale sur la situation de l'enfant et des femmes*, MICS<sub>2010</sub>. Rapport d'analyse, Kinshasa.
6. **RDC/Unicef-PRONANUT, 2005** ; *La situation sur la connaissance et le comportement clé à l'égard de la prévention de la malnutrition* ; Synthèse des résultats des provinces, Kinshasa.
7. **RDC/Unicef-UNFPA, 2007** ; *Enquête Démographique et de Santé*, EDS, Rapport d'analyse, Kinshasa (EDS-RDC,2007).

[Tapez un texte]

8. **République du zaïre /UNICEF, 1995** ; *Enquête Nationale sur la situation des enfants et des femmes en RDC*, MICS1, Rapport d'analyse, Kinshasa.
9. **Victoria CG et al., 1987**; *Evidence for the protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil*; Lancet, II(8554).
10. **World Health Organization, 1998**; *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva: WHO; 212 p.