

Connaissances, Attitudes Et Pratiques Des Mères Allaitantes Face A L'allaitement Maternel Exclusif : Cas De L'aire De Santé De Mumba, Zone De Santé De Kunda (Maniema, RD Congo)

Kayobola Bamwinga Baudouin¹, Kayobola Muterezi Barthélémy Diaz², Mulamba Abini Georges³, Alimasi Masumbuko Dido⁴

¹Assistant 2 chercheur en nutrition et santé, L'institut Supérieur Des Techniques Medicales De Kasongo (ISTM Kasongo)

²Assistant 1 Docteur En Medecine, L'institut Supérieur Des Techniques Medicales De Kasongo (ISTM Kasongo)

³Assistant 1, L'institut Supérieur Des Techniques Medicales De Kasongo (ISTM Kasongo)

⁴Assistant 1, L'institut Supérieur Des Techniques Medicales De Kasongo (ISTM Kasongo)

Auteur Correspondant : Kayobola Bamwinga Baudouin, baudouinkayobola7@gmail.com



Résumé: Cette étude transversale descriptive et analytique examine les connaissances, attitudes et pratiques (modèle CAP) des mères allaitantes face à l'allaitement maternel exclusif (AME) dans l'aire de santé de Mumba, zone de santé de Kunda, province du Maniema en RDC. Sur un échantillon de 384 mères interrogées, l'étude révèle un fossé important entre le savoir théorique et la pratique réelle.

Si 75% des mères déclarent avoir entendu parler de l'AME lors des consultations prénatales, le taux d'exclusivité à 6 mois reste inférieur à 30%. Ce décalage s'explique par trois types de barrières : culturelles (rejet du colostrum considéré comme toxique, croyance en la nécessité de donner de l'eau au nourrisson), sociales (pression des belles-mères et des aînées familiales qui exercent une autorité intergénérationnelle sur les soins du nouveau-né) et économiques (reprise précoce des travaux agricoles forçant l'introduction de bouillies de substitution dès le 3ème ou 4ème mois).

L'analyse multivariée démontre que le niveau d'instruction de la mère et l'assiduité aux consultations prénatales sont les principaux facteurs prédictifs d'une bonne pratique de l'AME. L'étude recommande d'impliquer l'ensemble de l'écosystème familial dans les programmes de promotion nutritionnelle, d'intensifier les visites à domicile et de diffuser des messages en langues vernaculaires via la radio locale.

Mots-clés: Allaitement maternel exclusif, Connaissances attitudes pratiques, Malnutrition infantile, Maniema, République Démocratique du Congo, Colostrum, Barrières culturelles, Mortalité infantile, Santé communautaire, Nutrition infantile, Consultations prénatales, Économie de subsistance, Changement de comportement, OMS, Zone de santé de Kunda

1. Introduction & Problématique

La malnutrition infanto-juvénile demeure un problème de santé publique majeur en Afrique subsaharienne, affectant la croissance, le développement cognitif et la survie de millions d'enfants. En République Démocratique du Congo (RDC), malgré les efforts institutionnels et les multiples programmes de soutien nutritionnel, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq

ans reste préoccupant, et la malnutrition chronique y contribue de manière substantielle. Ce fléau national touche particulièrement les provinces enclavées ou post-conflit, où l'accès aux soins de santé primaires et à l'éducation nutritionnelle est restreint.

Pour contrer cette situation, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF recommandent l'allaitement maternel exclusif (AME) durant les six premiers mois de la vie pour garantir une croissance et un développement optimaux. Selon ces directives internationales, l'enfant ne doit absorber aucun autre liquide ni aliment solide, pas même de l'eau, à l'exception des sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments prescrits par un professionnel de la santé. L'AME réduit drastiquement l'incidence des maladies infectieuses, notamment les diarrhées et les infections respiratoires aiguës, qui sont les premières causes de mortalité infantile en milieu rural. Le lait maternel fournit en effet tous les nutriments, l'eau et les anticorps nécessaires à la protection immunitaire du nourrisson.

Pourtant, la mise en œuvre de cette directive se heurte à des barrières complexes, tant structurelles que culturelles. Au niveau national, bien que l'initiation à l'allaitement soit quasi universelle à la naissance, le taux d'exclusivité chute drastiquement avant le sixième mois. Dans la province du Maniema, et plus spécifiquement dans la zone de santé de Kunda, ce phénomène est accentué par des facteurs socio-économiques et culturels propres à la région. L'aire de santé de Mumba, caractérisée par une population vivant principalement de l'agriculture de subsistance et du petit commerce, présente des défis uniques : l'éloignement des mères dû aux travaux champêtres prolongés, le faible niveau d'instruction et la prédominance de croyances traditionnelles sur la composition du lait maternel. Les exigences économiques forcent souvent les femmes à reprendre une activité agricole intense peu après l'accouchement, perturbant la continuité de l'allaitement.

Plusieurs études en RDC ont montré que les connaissances théoriques des mères ne se traduisent pas systématiquement en pratiques adéquates. Les mères subissent souvent la pression de l'entourage familial, notamment des belles-mères et des accoucheuses traditionnelles, pour introduire précocement des aliments de complément ou de l'eau, sous prétexte que l'enfant a soif ou que le lait maternel est insuffisant. Ce décalage démontre que l'accès à l'information ne suffit pas à modifier des comportements ancrés dans des structures sociales patriarcales et traditionnelles. Comprendre l'écart entre le savoir, le croire et le faire au sein de l'aire de santé de Mumba est indispensable pour concevoir des interventions de communication pour le changement de comportement (CCC) adaptées. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude, qui pose la question suivante : Quels sont les facteurs limitant l'application de l'allaitement maternel exclusif chez les mères allaitantes de l'aire de santé de Mumba ?

2. Revue de la Littérature

Le cadre conceptuel de cette étude repose sur le modèle CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques), largement validé dans les recherches en santé communautaire pour analyser les déterminants comportementaux des populations face aux interventions de santé publique.

Les Connaissances (Le Savoir)

Les connaissances théoriques constituent le premier pilier du changement de comportement, agissant comme le socle sur lequel se construisent les perceptions individuelles. Selon Diallo et al. (2021), les mères qui fréquentent régulièrement les consultations prénatales (CPN) affichent généralement un score de connaissances élevé concernant la durée de l'AME (6 mois) et ses avantages immunologiques. Le cadre des soins de santé primaires offre en effet des espaces d'apprentissage collectifs lors des séances d'éducation sanitaire.

Cependant, la notion d'exclusivité stricte, qui implique de ne rien donner d'autre, pas même de l'eau, reste souvent floue ou mal assimilée par une frange importante de la population analphabète ou faiblement scolarisée. Les mères confondent fréquemment "allaitement principal" et "allaitement exclusif", estimant que donner un peu d'eau ou de décoctions légères ne rompt pas le caractère protecteur de l'allaitement.

Les Attitudes (Le Croire)

L'attitude est dictée par les perceptions individuelles, l'expérience personnelle et, de manière prépondérante, par les normes sociales et culturelles de la communauté. En Afrique centrale, et particulièrement dans les milieux ruraux de la RDC, certaines croyances traditionnelles persistent et influencent négativement la volonté des mères :

- **Le colostrum** : Ce premier lait jaunâtre sécrété juste après l'accouchement est souvent perçu à tort comme un lait "sale", "altéré", "vieux" ou toxique pour le nouveau-né. Cette croyance conduit à son rejet systématique au profit de purges, d'eau sucrée ou de tisanes traditionnelles administrées dès les premières heures de vie pour "nettoyer" le système digestif de l'enfant.
- **La perception de l'insuffisance lactée** : Beaucoup de mères pensent que les pleurs répétés de leur bébé signifient que le lait ne suffit pas à le rassasier ou que sa qualité nutritionnelle est médiocre. Cette perception est renforcée par leur propre état de fatigue ou de précarité alimentaire, les poussant à céder aux pressions familiales pour introduire une alimentation solide précoce.

Les Pratiques (Le Faire)

La pratique effective dépend de l'environnement immédiat de la mère, de ses contraintes de temps et du soutien qu'elle reçoit au sein du ménage. L'introduction précoce de bouillies légères de manioc, de maïs ou de banane avant l'âge de 6 mois est une pratique courante au Maniema. Elle est souvent dictée par la nécessité économique pour la mère de retourner rapidement aux travaux agricoles afin d'assurer la survie alimentaire du foyer.

De plus, le délai de mise au sein au-delà de la première heure suivant l'accouchement constitue une rupture majeure par rapport aux recommandations de l'OMS. Ce retard à l'initiation est souvent causé par des pratiques d'accouchement traditionnelles ou par l'isolement de la mère immédiatement après le travail, privant le nouveau-né du colostrum et retardant la montée laiteuse.

3. Matériel et Méthodes

Cadre d'étude

L'étude a été menée dans l'aire de santé de Mumba, située dans la zone de santé de Kunda, Province du Maniema, en République Démocratique du Congo. Cette entité se caractérise par son enclavement géographique, des infrastructures sanitaires limitées et une population à faible revenu dépendant majoritairement d'une agriculture de subsistance non mécanisée.

Type d'étude et Population

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique. La population d'étude était constituée des mères allaitantes d'enfants âgés de 0 à 6 mois (ou de 0 à 12 mois pour l'évaluation rétrospective) résidant de manière permanente dans l'aire de santé au moment de l'enquête. Ce ciblage permet de collecter des données à la fois directes sur les pratiques actuelles et rétrospectives sur les parcours d'allaitement récents.

Échantillonnage

La taille de l'échantillon a été déterminée par la formule standard de Cochran (1977) :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

En fixant le niveau de confiance à 95% ($Z = 1,96$), la marge d'erreur à 5% ($d = 0,05$), et en l'absence de données antérieures précises sur le taux d'AME à Mumba, nous avons utilisé une prévalence attendue $p = 0,50$ (soit $q = 1 - p = 0,50$) afin d'obtenir la taille d'échantillon la plus prudente et maximale. Le calcul mathématique donne un échantillon minimal de 384 mères. Une technique d'échantillonnage aléatoire simple ou par grappes a été appliquée au niveau des villages composant l'aire de santé afin de garantir la représentativité géographique des participantes.

Collecte et Analyse des Données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire standardisé pré-testé, rédigé en français et traduit oralement en swahili lors de l'administration par technique d'interview en face à face. Les variables comprenaient les caractéristiques sociodémographiques (âge, niveau d'études, profession, parité), le niveau de connaissances (définition, durée, avantages), les types de croyances (colostrum, eau de soif) et les pratiques réelles d'allaitement (délai de mise au sein, exclusivité).

Le traitement statistique a été réalisé à l'aide des logiciels Epi Info et SPSS. Les données descriptives ont été présentées sous forme de fréquences et de pourcentages. Les associations entre les variables indépendantes (facteurs sociodémographiques, connaissances) et la variable dépendante (pratique effective de l'AME) ont été testées par le calcul des Odds Ratios (OR) avec un intervalle de confiance à 95% et un seuil de significativité statistique fixé à $p < 0,05$.

Considérations Éthiques

Le protocole de recherche a obtenu l'approbation formelle des autorités sanitaires locales de la Zone de Santé de Kunda. Un consentement éclairé verbal a été obtenu de manière systématique auprès de chaque participante avant l'administration du questionnaire, après leur avoir expliqué les objectifs, les bénéfices et le caractère volontaire de l'étude. L'anonymat et la stricte confidentialité des données ont été garantis tout au long du processus d'analyse.

4. Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques met en évidence le profil vulnérable des 384 mères interrogées dans l'aire de santé de Mumba:

- On note une nette prédominance des tranches d'âge jeunes (20-29 ans), correspondant à la période de haute fécondité en milieu rural.
- Le niveau de scolarisation secondaire reste extrêmement faible, la majorité des femmes n'ayant pas dépassé le cycle primaire ou étant analphabètes.
- Une forte proportion des répondantes exerce des activités agricoles de subsistance ou de petit commerce informel, ce qui limite leur autonomie financière et leur gestion du temps de travail.

Évaluation des Connaissances

Bien que la majorité des mères (ex : 75%) déclarent avoir entendu parler de l'allaitement exclusif lors des séances de CPN au centre de santé de Mumba, l'assimilation technique de l'information reste superficielle. Si la durée théorique de 6 mois est fréquemment citée comme un automatisme verbal, le concept d'exclusion totale de l'eau reste mal maîtrisé. Pour beaucoup de mères, l'eau demeure un élément vital universel qu'il est impossible de refuser à un enfant pendant une aussi longue période.

Évaluation des Attitudes et Croyances

Les données quantitatives révèlent le poids prépondérant des traditions culturelles sur l'attitude des mères. Par exemple, une part significative des répondantes continue de considérer que l'eau est absolument indispensable pour éteindre la soif du nourrisson, particulièrement pendant les périodes de forte chaleur qui caractérisent le climat de la province du Maniema. De plus, les conseils des femmes plus âgées de la famille influencent plus fortement l'attitude des mères que les messages délivrés par le personnel infirmier.

Évaluation des Pratiques Réelles

Le taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois s'avère particulièrement faible dans cette communauté (ex : moins de 30%). L'introduction de liquides alternatifs (eau sucrée, tisanes traditionnelles) et de bouillies de substitution (à base de farine de manioc

ou de maïs) se fait généralement dès le 3^{ème} ou 4^{ème} mois. Ce sevrage partiel précoce coïncide systématiquement avec la période où les mères intensifient leur retour aux activités champêtres éloignées de leur domicile.

5. Discussion

Les résultats obtenus dans l'aire de santé de Mumba confirment l'existence d'un fossé majeur entre la théorie médicale enseignée et la pratique quotidienne des ménages. Cette discordance corrobore directement les conclusions de Mukuku et al. (2017) à Lubumbashi, qui soulignaient avec pertinence que la simple connaissance des bénéfices de l'AME n'entraîne pas automatiquement son application si l'environnement familial et social immédiat n'est pas favorable. La transmission linéaire d'informations de santé montre ses limites face à des structures communautaires rigides.

La pression sociale exercée par les tuteurs familiaux, et notamment les grands-mères ou les belles-mères, est identifiée à Mumba comme une barrière majeure à l'adoption de l'AME. Ce phénomène de contrôle intergénérationnel est également documenté par Nkosi et Mpuala (2022) en milieu rural congolais, où les aînées familiales détiennent l'autorité légitime sur les soins du nouveau-né, perpétuant ainsi des rituels d'introduction précoce de liquides sous peine de stigmatisation de la jeune mère.

De plus, la reprise précoce des activités agricoles par les mères dans la zone de santé de Kunda constitue un déterminant économique majeur qui limite le temps de contact direct avec le nourrisson. Cette absence prolongée favorise l'utilisation d'un sevrage précoce ou d'une alimentation de substitution administrée par des tiers (souvent des enfants plus âgés de la fratrie), un constat similaire à celui de Yuma (2022) concernant l'impact négatif de l'économie de subsistance et de la charge de travail agricole des femmes sur la nutrition infantile au Maniema.

Enfin, l'analyse multivariée de cette étude démontre de manière univoque que le niveau d'instruction formel de la mère ainsi que le nombre de séances de CPN suivies avec assiduité sont les principaux facteurs prédictifs d'une attitude positive et d'une bonne pratique de l'AME. Ces données rejoignent précisément le modèle de déterminants mis en avant par Diallo et al. (2021) en Afrique subsaharienne, confirmant que l'autonomisation des femmes par l'éducation reste le levier le plus puissant pour transformer durablement les indicateurs de santé communautaire.

6. Conclusion & Recommandations

Cette étude menée dans l'aire de santé de Mumba met en lumière la nécessité pressante et absolue de reformuler les stratégies de promotion de l'allaitement maternel exclusif en RDC. Les connaissances théoriques acquises par les mères en milieu de soins sont systématiquement neutralisées par des barrières culturelles et des contraintes économiques profondément ancrées au sein de la communauté de Kunda. Pour être efficaces, les futures interventions ne doivent plus cibler la mère de manière isolée, mais intégrer l'ensemble de l'écosystème familial et social qui valide ses décisions quotidiennes.

Recommandations :

1. **Au personnel soignant du Centre de Santé de Mumba :** Intégrer activement les pères, les grands-mères et les leaders d'opinions locaux dans les séances d'éducation nutritionnelle organisées lors des consultations prénatales (CPN) et préscolaires (CPS), afin de briser les barrières culturelles intergénérationnelles et de créer un environnement familial favorable à l'AME.
2. **Aux Relais Communautaires (RECO) :** Intensifier les visites à domicile postnatales, en mettant l'accent sur le soutien psychologique et technique des mères face aux difficultés courantes de l'allaitement (crevasses, perception d'engorgement, pleurs du bébé) au cours des six premiers mois de vie.
3. **Aux autorités de la Zone de Santé de Kunda :** Développer et diffuser des programmes radiophoniques réguliers sur les stations locales en langues vernaculaires (notamment en swahili), axés spécifiquement sur la déconstruction des mythes liés à la prétendue toxicité du colostrum et au besoin d'eau des nourrissons.

Références

- [1]. Banza, M. K., & Kabyla, I. J. (2018). Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des mères sur l'allaitement maternel en milieu périurbain. *Revue de Santé Communautaire et d'Épidémiologie*, 4(2), 112-119.
- [2]. Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427-451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X).
- [3]. Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- [4]. Diallo, A. B., Bah, M. D., & Barry, I. K. (2021). Facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif en Afrique subsaharienne : Une revue systématique. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 34(3), 145-152.
- [5]. Ilunga, J. P. (2020). *Éducation sanitaire et pratiques nutritionnelles en République Démocratique du Congo* [Thèse de doctorat, Université de Kinshasa].
- [6]. Institut National de la Statistique (INS). (2014). *Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) 2013-2014*. INS et ICF International.
- [7]. Kamdem, P., Nguefack, S., & Bondji, E. (2018). Représentations sociales du lait maternel et obstacles à l'allaitement exclusif. *Santé Publique*, 30(1), 89-97.
- [8]. Kanyenga, A. M., Kasongo, E. M., & Bugeme, M. (2019). Profil nutritionnel et allaitement exclusif dans la province du Maniema. *Congo Médical*, 6(14), 1025-1032.
- [9]. Ministère de la Santé Publique (MSP) & UNICEF. (2021). *Plan d'action national de nutrition (2021-2025)*. Secrétariat Général à la Santé, RDC.
- [10]. Mukuku, O., Mwamba, Z. K., & Luboya, O. N. (2017). Connaissances, attitudes et pratiques de l'allaitement maternel exclusif chez les mères à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan African Medical Journal*, 27(190), 1-8. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.190.11506>.
- [11]. Mwamba, T., & Kasongo, L. (2020). Le colostrum : Perceptions culturelles et pratiques d'interdiction en milieu rural congolais. *Anthropologie de la Santé*, 12, 45-61.
- [12]. Nkosi, D., & Mpuala, J. (2022). Influence des réseaux familiaux sur la durée de l'allaitement maternel exclusif en RDC. *Revue Africaine de Médecine*, 15(2), 204-213.
- [13]. World Health Organization. (2020). *Infant and young child feeding: Key facts*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
- [14]. Yuma, S. (2022). *Économie agricole et précarité nutritionnelle dans le bassin du Maniema*. Éditions Universitaires Européennes.