



LES DETERMINANTS DE LA MISE AU SEIN PRECOCE DANS UNE MATERNITE DE REFERENCE NATIONALE DU BENIN

Djima Patrice DANGBEMEY¹, Carmelle MIZEHOUN¹, Nicole
ENIANLOKO TCHIAKPE N¹, Moufalilou ABOUBAKAR¹, Mathieu
OGOUDJOBI¹, Collette Sylvie AZANDJEME², Benjamin
HOUNKPATIN¹, Charles SOSSA JEROME², Jacques SAIZONOU²,
Angéline TONATO-BAGNAN¹

¹Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, Cotonou,
Bénin

²Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum, Université
d'Abomey Calavi, Ouidah, Bénin.

Auteur correspondant : **Dr DANGBEMEY Djima Patrice** Tél : +229 66 25
75 24, Mail : ddpatous78@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Malgré les nombreux efforts consentis, la performance de la mise au sein précoce est encore en-dessous de 50 % jusqu'en 2017. **Les objectifs** étaient (a) d'apprécier les connaissances et les pratiques de la mise au sein précoce et (b) d'identifier les facteurs influençant la mise au sein précoce au CHU-MEL de Cotonou en 2019. **Cadre et méthodes d'étude :** La maternité du CHU-MEL de Cotonou a servi de cadre pour cette étude transversale, descriptive et analytique. La collecte était rétrospective et exhaustive et portait sur des données relatives à la connaissance, la pratique et l'impact de la formation continue sur la mise au sein précoce en 2019. **Résultats :** La fréquence de la mise au sein précoce était de 23,0% (n=56) à 68,7% (n=167) après la formation. La connaissance des accouchées sur la MSP s'était améliorée de 48,5% à 61% après la formation. Les facteurs associés aux connaissances sur la MSP étaient : l'âge (p=0,01), la situation matrimoniale (p=0,000) et le niveau d'instruction (p=0,000), la qualification, le poste de travail et l'ancienneté au poste du soignant. Les facteurs limitant la pratique de la MSP étaient : défaut de connaissance (48,72%), défaut de counseling (41,03%), l'état maternel précaire (5,98%), l'état néonatal précaire (3,42%). La qualité de la pratique de la MSP s'est améliorée par la formation en passant de de



9,4% à 35,4%. **Conclusion** : Les déterminants de la MSP étaient maternels, professionnels et défaut de renforcement des capacités des professionnels.

Mots clés: Mise au sein précoce, allaitement, déterminants, Cotonou

ABSTRACT

Introduction: Despite many efforts, the performance of early breastfeeding is still below 50% until 2017. The **objectives** were (a) to assess the knowledge and practices of early breastfeeding and (b) to identify the factors influencing early breastfeeding at the CHU-MEL of Cotonou in 2019. **Framework and study methods:** The maternity ward of the CHU-MEL of Cotonou served as a framework for this transversal and descriptive and analytical study with retrospective and exhaustive collection of data relating to knowledge, practice and the impact of continuing education on early breastfeeding in 2019. **Results:** The frequency of early breastfeeding ranged from 23.0% (n=56) to 68.7% (n=167) after training. Knowledge of postpartum births improved from 48.5% to 61% after training. Factors associated with PSM knowledge were: age (p=0.01), marital status (p=0.000) and education (p=0.000), qualification, job position and length of tenure in the caregiver's position. Factors limiting the practice of MSP were: lack of knowledge (48.72%), lack of counselling (41.03%), precarious maternal state (5.98%), precarious neonatal state (3.42%). The quality of PSM practice improved through training from 9.4% to 35.4%. **Conclusion:** The determinants of PSM were maternal, professional, and lack of capacity building for professionals.

Keywords: Early breastfeeding, breastfeeding, determinants, Cotonou

INTRODUCTION

L'enfant ne demande que trois choses : la chaleur de sa mère, le lait de ses seins et la sécurité de sa présence. L'allaitement maternel réunit ces trois aspects. [1]. Il présente de nombreux avantages pour la santé de la mère et du nouveau-né. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le lait maternel contient tous les nutriments dont un nouveau-né a besoin au cours



des six premiers mois de sa vie. L'allaitement reste pour les pays en développement l'un des moyens les plus efficaces sur le plan nutritionnel et sanitaire [2].

On parle de la mise au sein précoce (MSP) ou « démarrage précoce de l'allaitement maternel », quand l'allaitement maternel débute dans l'heure qui suit la naissance. Cette manière de procéder permet à l'enfant de recevoir le colostrum riche en facteurs de protection [3]. L'OMS soutient que la mise au sein précoce réduit le risque de mortalité néonatale de 20%. [3] Une récente méta-analyse portant sur plus 130.000 nouveaux nés a révélé que ceux qui ont commencé à être allaités entre 2 et 23 heures après leur naissance présentaient un risque de décès de 33 % supérieur à celui des nourrissons mis au sein dans l'heure après leur naissance. Les enfants qui ne sont pas mis au sein dans l'heure qui suit la naissance sont également à un risque plus élevé d'infections courantes [5].

Au Bénin, la question liée à l'allaitement maternel demeure une grande préoccupation pour les acteurs impliqués dans la gestion de la santé maternelle et infantile. Selon les statistiques de la direction de la santé de la mère et de l'enfant du ministère en charge de la santé, seulement de 47 % les enfants sont mis au sein précoce au plan national [4]. Selon l'Enquête Démographique de Santé (EDS) de 2017, la MSP était réalisée chez 49 % des nouveau-nés [6]. Malgré les nombreux efforts consentis, la performance en matière de la mise au sein précoce est encore en-dessous de 50 % jusqu'en 2017. C'est dans le but de comprendre les déterminants de cette contre-performance que la présente étude a été initiée. Les objectifs visés étaient d'apprécier les connaissances et les pratiques de la mise au sein précoce et surtout les facteurs influençant la pratique de la mise au sein précoce au CHU-MEL de Cotonou en 2019.

1. METHODES D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale à double versant « avant et après » la formation des professionnels de la salle d'accouchement sur la mise au sein précoce. Elle était descriptive et analytique à collecte prospective des données. Elle s'est déroulée du 15 avril et le 22 mai 2019 d'une part pour la phase avant et du 27 mai au 03 juillet 2019 d'autre part pour la phase



d'après. La salle de naissance de la maternité du CHU-MEL avait servi de cadre. La population d'étude était constituée des couples accouchées-nouveau-nés durant les différentes périodes. Les critères d'inclusion étaient : couple accouchées-nouveau-nés, indications de la mise au sein précoce, accord de participation donné. L'échantillonnage était non probabiliste et par commodité. Au total 243 couples accouchées-nouveau-nés ont été observés avant et après la formation des professionnels de santé et 117 professionnels de santé ont été enquêtés. La variable dépendante : la pratique de la mise au sein précoce. Trois groupes de variables indépendantes ont été étudiées. Il s'agissait :

- (i) les facteurs liés à l'accouchées tels que : caractéristiques sociodémographiques, les connaissances, les représentations socioculturelles de l'allaitement,
- (ii) les facteurs liés aux professionnels de la santé : les caractéristiques socioprofessionnelles, les connaissances et les attitudes et la pratique de la MSP
- (iii) les impacts de la formation continue sur la qualité de la mise au sein précoce.

A travers une fiche d'enquête élaborée et un guide d'entretien validés au moyen d'un prétest, les accouchées et les professionnels ont été observés et entretenus sur leur pratique de la mise au sein précoce dans les deux premières heures après l'accouchement. L'analyse des données était faite à l'aide du logiciel EPIDATA. Le test de Chi deux a servi pour la comparaison des variables. Pour ces tests un $p < 0,05$ sera considéré comme statistiquement significatif pour les facteurs associés aux connaissances et pratiques de la mise au sein précoce. Les règles de l'éthique et de la déontologie ont été respectées.

2. RESULTATS

Formation continue et fréquence de la mise au sein précoce

La fréquence de la mise au sein précoce dans notre série était de 23,0% (n=56) avant la formation contre 68,7% (n=167) après la formation.

Caractéristiques sociodémographiques des accouchées



L'âge moyen des accouchées était de $28 \pm 6,6$ ans avec des extrêmes de 16 et 50 ans. Les adolescentes et jeunes représentaient 88,7%(n=431) des cas. Les accouchées de plus de 36 ans représentaient 11,3% et 85,19% des mères étaient instruites.

Connaissance des accouchées sur la mise au sein précoce (tableau1)

La proportion des accouchées ayant une bonne connaissance sur la définition et la pertinence de la mise au sein précoce était passée de 48,5% avant la formation à 61% après la formation. La proportion des accouchées qui avaient une bonne connaissance sur les avantages (relation mère-enfant, prévention de l'hypothermie, de l'hypoglycémie, élimination du méconium, prévention des hémorragies du postpartum par la sécrétion d'ocytocine) de la MSP était passé de 8,4% avant la formation à 7,2 % après la formation. La bonne connaissance du rôle du colostrum était notée chez 0,4 % des femmes enquêtées (n=1) avant la formation contre 2,8% (n=7) après la formation. La qualité de la connaissance des accouchées sur la mise au sein précoce était passée de 8,9% avant à la formation à 23,9% tous critères de jugement pris en compte.

Facteurs associés à la connaissance des accouchées sur la mise au sein précoce (Tableau 2)

Les facteurs associés à la connaissance des accouchées sur la mise au sein précoce étaient : l'âge ($p=0,01$), la situation matrimoniale ($p=0,000$) et le niveau d'instruction ($p=0,000$). Les accouchées de niveau d'étude universitaire avaient une qualité de connaissance de qualité supérieure à celle de niveau inférieur.

Connaissances des professionnels de santé de la maternité du CHU-MEL sur la mise au sein précoce

Caractéristiques socioprofessionnelles des professionnelles de la salle de naissance du CHU-MEL

L'âge moyen des professionnels enquêtés était de $27,2 \pm 4,5$ avec des



extrêmes de 19 et 48 ans. Ces professionnels étaient composés de 28,2% de sage-femmes, 26,5% d'infirmiers et de 21,4% de médecins toute catégorie confondue. La population enquêtée avait, pour la plupart (98,3%), une ancienneté au poste de moins de 5 ans.

Connaissance des professionnels de santé sur la mise au sein précoce (Tableau 3)

La qualité de la connaissance des professionnels de santé sur la mise au sein précoce tout critère de jugement confondu était de 60,8%. L'analyse de cette qualité par critère se présentait comme suit :

- la bonne connaissance sur la fréquence de la mise au sein précoce était notée chez 34 % des agents enquêtés (n = 29) ;
- le renforcement de la relation mère-enfant dans 88,9% des cas ;
- la prévention de l'hypothermie dans 61,5% des cas ;
- la lutte contre l'hypoglycémie dans 69 ,2% des cas ;
- l'élimination facile du méconium dans 49,6% des cas ;
- le rôle nutritionnel et de défense de l'organisme assurés par le colostrum dans 35,7% (n=42) des cas ;
- la prévention de l'hémorragie du postpartum par la sécrétion d'ocytocine dans 28,2% des cas ;

Dans 79,8% (n=87) la connaissance sur la mise au sein précoce était acquise à travers une formation initiale et le reste à travers les formations continues et les séances de restitutions des ateliers de formation.

Facteurs limitant la mise au sein précoce évoqués par les professionnels

Les principaux facteurs limitant la pratique de la mise au sein précoce étaient : défaut de connaissance sur la mise au sein précoce (48,72%), le manque de counseling sur la mise au sein précoce lors des consultations prénatales (41,03%), l'état maternel précaire (5,98%), l'état néonatal précaire (3,42%) et l'utilisation de certains médicaments (0,85%) sur la grossesse contre indiquant l'allaitement.

Facteurs associés à la connaissance des professionnels de santé sur la



mise au sein précoce (Tableau 4)

Les facteurs associés aux connaissances des professionnels de santé sur la mise au sein précoce étaient : la qualification, le poste de travail et l'ancienneté au poste. Les infirmières avaient une meilleure connaissance de la mise au sein précoce par rapport aux autres agents de santé.

Formation continue et qualité de la pratique de la mise au sein précoce (tableau 5)

La formation des professionnels avait permis de renforcer la pratique de la MSP. Les critères de qualité de la pratique de la mise au sein précoce par les professionnels avaient connu une évolution remarquable entre les deux observations passant d'une qualité de 9,4% à 35,4%. La performance était entre 17,6% (vérification des conditions de la mise au sein) et 89,8% (position du nouveau-né mise au sein précoce)

3. DISCUSSION

Formation continue et fréquence de la mise au sein précoce

La mise au sein précoce était pratiquée chez 23,0% (n=56) des naissances avant la formation contre 68,7% (n=167) après la formation. Cette faible performance de la mise au sein précoce s'explique par la présence au niveau de chaque table d'accouchement une table de réanimation du nouveau-né. Cette table de réanimation bien que recommandée donne une fausse assurance de meilleure prise en charge des nouveau-nés aux accoucheurs qui systématiquement y déposent les nouveau-nés. De ce fait, l'accoucheur prévient l'hypothermie et abandonne les autres avantages de la mise au sein précoce tels que : la relation mère-nouveau-né, l'hypoglycémie, l'élimination du méconium, la prévention de l'hémorragie du postpartum par la sécrétion d'ocytocine. L'effet de contact peau à peau améliore la compétence de tétée du bébé, la satisfaction maternelle, les taux d'allaitement et le contrôle de la température et les habitudes de poids selon Smita et coll. [7]. La fréquence de la mise au sein précoce dans notre série était plus élevée que dans la série de Silva Menezes M.A.S qui a trouvé dans sa série en 2017 au Brésil une fréquence de mise au sein précoce de



2,55%. [8]. La formation continue a permis aux accoucheurs de comprendre l'importance de la MSP ce qui a permis l'amélioration de sa pratique en termes de fréquence en la multipliant par 3. Ce constat corrobore les conclusions de LI M. et coll qui ont remarqué que les chances d'allaitement étaient plus élevées dans les hôpitaux avec un score supérieur à la moyenne de l'Etat lorsqu'on formait les professionnels. [9]

Formation continue des professionnels et connaissance des accouchées sur la mise au sein précoce

La proportion des accouchées ayant une bonne connaissance sur la définition et la pertinence de la mise au sein précoce était passée de 48,5% avant la formation à 61% après la formation. Avant la séance de formation, 20,99% des accouchées ont déclaré avoir entendu parler de la mise au sein précoce et 11,52% ont reconnu que la mise au sein précoce correspond à l'allaitement du nouveau-né dans la première heure suivant l'accouchement. Très peu d'accouchées de notre étude ont donc cette connaissance. Ce résultat est proche voire mieux que celui de l'étude de Gamgné au Cameroun en 2009. Il a rapporté que seulement 7,8% des accouchées savaient qu'il faut mettre l'enfant au sein dans la première heure qui suit l'accouchement [10]. Avant la séance de formation, très peu d'accouchées (0,4%) ont reconnu que le colostrum protège le nouveau-né contre les microbes, favorise l'élimination du méconium et prévient l'hypoglycémie. Mais, dans l'étude de Mariko au Mali, la plupart des femmes (78,1%) ont juste affirmé que le colostrum est bon pour la santé de l'enfant [11]. S'il est évident que, dans notre étude, certaines femmes ont eu l'avantage de citer des rôles spécifiques du colostrum, toutes les femmes africaines notamment béninoises doivent être instruites sur les rôles de ce lait. Le rôle de l'instruction dans l'amélioration des indicateurs de la santé maternelle n'est plus à démontrer. Notre enquête a révélé que les accouchées de niveau d'étude ($p=0,000$) universitaire avaient une meilleure qualité de connaissance sur la mise au sein précoce par comparaison à la qualité de la connaissance des accouchées de niveau inférieur. Aussi l'âge ($p=0,01$) et la situation matrimoniale ($p=0,000$) étaient des facteurs associés à la connaissance des accouchées sur la mise au sein précoce. Les adolescentes et jeunes représente une part importante des accouchées de notre série. Elles n'avaient pas d'expérience matière de l'accouchement et de l'allaitement.



Une bonne éducation nutritionnelle de la femme enceinte au cours des CPN devra permettre d'avoir une bonne attitude chez les accouchées sans aucune expérience. Selon Kedir Y. et coll, la résidence en zone urbaine est un facteur d'initiation précoce de l'allaitement.[12]

Connaissance des professionnels de santé sur la mise au sein précoce

Sur les 117 professionnels enquêtés, 93,16% (n=109) ont déclaré avoir entendu parler de la mise au sein précoce et avaient une meilleure connaissance de la définition de la mise au sein précoce et du colostrum. La majorité des agents de notre étude connaissaient donc la définition de la mise au sein précoce. La qualité de la connaissance des professionnels de santé sur la mise au sein précoce tout critère de jugement confondu était de 60,8%. Très peu d'études ont évalué les connaissances du personnel sur la définition de la mise au sein précoce. Toutefois, les études de Mariko au Mali en 2009, de Gamgné au Cameroun en 2009 et de Boumédine et Tchénar en Algérie en 2017 ont rapporté que le personnel sait généralement qu'il faut allaiter les nouveau-nés dans la première heure après la naissance [1, 10, 11]. Le système sanitaire de ces pays de l'Afrique connaîtrait un plan de formation et de sensibilisation sur la mise au sein précoce.

Facteurs associés à la mise au sein précoce

Les principaux facteurs limitant la pratique de la mise au sein précoce dans notre série étaient : défaut de connaissance sur la mise au sein précoce (48,72%), le manque de counseling sur la mise au sein précoce lors des consultations prénatales (41,03%), l'état maternel précaire (5,98%), l'état néonatal précaire (3,42%) et l'utilisation de certains médicaments (0,85%) sur la grossesse contre indiquant l'allaitement. Dans sa série Maria Monberg Feenstra et coll avaient retrouvé les mêmes facteurs dans leur série en 2018 après une enquête auprès de 1347 mères. Les problèmes les plus importants étaient l'incapacité du nourrisson à prendre le sein (40%) et les mères ayant des mamelons douloureux, blessés et fissurés (38%). La douleur survenait souvent lors de problèmes d'allaitement. Les facteurs associés aux problèmes étaient la primiparité, une faible auto-efficacité et une moindre connaissance autoévaluée de l'allaitement. Les mères peu ou peu scolarisées ont déclaré des problèmes d'allaitement moins fréquents.



[13]. Aubrey R Maonga et coll ont retrouvé l'âge de la mère, les considérations culturelles, les méconnaissances des avantages de l'allaitement maternel précoce dans leur enquête portant sur les facteurs affectant l'allaitement maternel exclusif chez les femmes en Tanzani en 2016. [14].

Notre série a montré qu'il existait une association entre la connaissance des professionnels de santé sur la mise au sein précoce et la qualification, le poste de travail et l'ancienneté au poste. Les infirmières avaient une meilleure connaissance de la mise au sein précoce par rapport aux autres agents de santé. En effet, le CHU-MEL est un hôpital mère-enfant et les infirmières sont majoritaires dans les secteurs de la néonatalogie et de la pédiatrie. Elles sont alors mieux outillées sur l'allaitement que les autres professionnels qui ne sont pas exposés quotidiennement aux questions de l'allaitement. Les staffs quotidiens rappelant les performances en matière de la mise au sein précoce, les séances d'éducation nutritionnelle intégrant l'allaitement maternel de qualité sont des stratégies à renforcer au CHU-MEL

Formation continue et qualité de la pratique de la mise au sein précoce

La formation des professionnels avait renforcé la pratique de la MSP en améliorant non seulement en fréquence mais surtout en qualité en passant de 9,4% à 35,4% le score de qualité et des performances allant de 17,6% à 89,8% dans notre série. La force des interventions en santé et surtout la formation continue sur l'amélioration des indicateurs de la santé de la mère et du nouveau-né est démontrée par plusieurs études. Chenran Wang et coll en Chine en 2022 ont montré à travers leur étude intitulée « Efficacité de la mise en œuvre précoce des soins essentiels aux nouveau-nés dans quatre comtés de l'ouest de la Chine » la progression de l'indicateur initiation précoce de l'allaitement (dans les 60 minutes suivant la naissance) en passant de 80,35% en 2017 à 90,84 % en 2022.[15]

CONCLUSION

La pratique de la mise au sein précoce à la maternité du CHU-MEL de Cotonou était peu fréquente et de faible qualité. Les causes maternelles et



néonatales étaient l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le traitement contre indiquant l'allaitement, l'état maternel et néonatal précaire. La qualification, le poste de travail l'ancienneté au poste du soignant le défaut de counseling, le manque du renforcement

CONFLIT D'INTERET

Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêt

REFERENCES

1. Boumedine, H. et Tchenar S. L'allaitement maternel exclusif à six mois. Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine, université ABOU BEKR BELKAIDTLEMCEM, Algérie, 2017, 45 p.
2. OMS. Allaitement au sein exclusif. Disponible sur le site www.who.int Consulté le 20 décembre 2022
3. OMS. Démarrage précoce de l'allaitement maternel. Disponible sur le site www.who.int. Consulté le 20 décembre 2022
4. INSAE. Etude démographique et de la santé au Bénin : EDSB V 2017-2018, rapport, Bénin, 2018, 74 p.
5. Agbo Monlemey G. J., Facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères : cas des centres labélisés « hôpitaux amis des bébés » de Cotonou. Mémoire de licence en nutrition, Université d'Abomey-Calavi, Faculté des Sciences et de la Santé, Bénin, 2014, 63 p.
6. Moussa H, Connaissances, Attitudes, Pratiques des parents vis-à-vis de l'allaitement exclusif au sein à Cotonou (Bénin). Mémoire de fin de formation pour l'obtention du diplôme d'Etat en Assistance sociale, Université Nationale du Bénin, Ecole Nationale des Assistants Sociaux, Bénin, 1998, 70 p.
7. Srivastava S. Gupta Bhatnagar A, Dutta S. Effet d'un contact peau à peau très précoce sur le succès de l'allaitement et la prévention de l'hypothermie précoce chez les nouveau-nés. Santé publique indienne J. 2014 Jan-Mar;58(1):22-6.doi: 10.4103/0019-557X.128160.
8. Menezes MAS, Gurgel R, Azevedo Bittencourt SD, Pacheco VE, Rosana Cipolotti R, do Carmo Leal M. Structure des établissements



- de santé et caractéristiques maternelles liées aux soins néonataux essentiels au Brésil: une étude transversale. *BMJ Open*. 2018 ;8(12): e021431.doi: 10.1136/bmjopen-2017-021431
9. Li CM, Li R, Ashley CG, Smiley JM, Cohen JH, Dee DL. Associations de formation et de politiques du personnel hospitalier avec des pratiques d'allaitement maternel précoce *J Hum Lact*. 2014;30(1):88-96. doi: 10.1177/0890334413484551. EPUB 2013 Avr 19
 10. Gamgné, KB, Etude des connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement maternel à l'hôpital provincial et à la PMI de Bafoussan, Camérout. Thèse de doctorat en Médecine, Institut Supérieur des Sciences et de la Santé de Bangangté, Camérout, 2008.
 11. Mariko O. Etude sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif dans le quartier de Sogoniko en commune VI du district de Bamako, Université de Bamako, Mali, 2014.
 12. Ahmed KY, Page A, Arora A, Ogbo FA. Tendances et déterminants de l'initiation précoce de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif en Éthiopie de 2000 à 2016. *Int Allaitement J*. 2019 Sep 11;14:40. doi : 10.1186/s13006-019-0234-9. eCollection 2019.
 13. Feenstra MM, Kirkeby MJ, Thygesen M, Danbjorg DB, Kronborg H. Problèmes d'allaitement maternel précoce : une étude à méthode mixte des expériences des mères. *Sexe Reprod Healthc*. 2018 ;16:167-174. doi: 10.1016/j.srhc.2018.04.003. EPUB 2018 Avr 6.
 14. Maonga AR, Mahande MJ, Damian DJ, Msuya SE. Facteurs affectant l'allaitement maternel exclusif chez les femmes dans le district de Muheza Tanga Nord-Est de la Tanzanie: une étude communautaire à méthode mixte. *Santé maternelle et infantile J*. 2016 ;20(1):77-87.doi: 10.1007/s10995-015-1805-z.)
 15. Wang C, Lin Y, Zhang H, Yang G, Tang K, Tian X, Huang X, Xu T. Efficacité de la mise en œuvre précoce des soins essentiels aux nouveau-nés dans quatre comtés de l'ouest de la Chine. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1185. doi : 10.1186/s12913-022-08570-6.)



Tableau I: Connaissances des accouchées sur la mise au sein précoce

Mise au sein précoce	Qualité de la connaissance sur la mise au sein précoce							
	N	Avant la formation		Après la formation				
		Bonne %	Mauvaise N	%	N	Bonne %	Mauvaise n	%
Définition et importance	118	48,5	125	8,6	148	61	95	39
Avantages	20	8,4	223	91,6	18	7,2	225	92,8
Rôle du colostrum	1	0,4	242	99,6	7	2,8	236	97,2
Valeur de la qualité globale sur la MSP	46	18,9	197	81,1	57	23,9	185	76,1

MSP : mise au sein précoce

Tableau II : Facteurs associés à la connaissance de la mise au sein précoce chez les accouchées

Connaissance globale sur MSP	P			
	Variabiles et modalités	Mauvaise n (%)	Bonne n (%)	Total
Age (en années)				0,01*
≤ 24		83(47,98)	90(52,02)	173
[25-36]		87(33,85)	170(66,15)	257
>36		19(35,19)	37(64,81)	56
Situation matrimoniale				0,000*
Célibataire		84(100,00)	0(0,00)	84
Marié		0(0,00)	402(100,00)	402
Ethnie				0,08
Adja		21(43,75)	27(56,25)	48



Mina	43(46,74)	49(53,26)	92
Fon/Goun et Mahi	91(33,58)	180(66,42)	271
Dendi/Bariba	10(40,00)	15(60,00)	25
Yoruba et Nagot	24(48,98)	25(51,02)	49
Religion			0,107
Chrétienne	156(37,68)	258(62,32)	414
Musulmane	27(49,09)	28(50,91)	55
Animiste	2(20,00)	8(80,00)	10
Autres	4(66,67)	2(33,33)	6
Niveau d'instruction			0,000*
Primaire	59(45,04)	72(54,96)	131
Secondaire	83(43,92)	106(56,08)	189
Universitaire	20(21,51)	73(78,49)	93
Non scolarisée	27(37,50)	45(62,50)	72
Profession			0,08
Fonctionnaire	50(37,04)	85(62,96)	135
Commerçante	94(41,96)	130(58,04)	224
Etudiante/Elève	7(20,00)	28(80,00)	35
Ménagère	38(41,76)	53(58,24)	91
Nombre de CPN			0,83
< 4	3(42,86)	4(57,14)	7
≥ 4	186(38,91)	292(61,09)	478

Tableau III : Connaissance des professionnels de la santé sur la mise au sein précoce

Mise au sein précoce		Connaissances sur MSP (MSP)					
		Bonne		Mauvaise		Total	
	MSP	N	%	N	%	N	%
Définition	MSP	109	93,2	8	6,8	117	100
colostrum							
Rôles du colostrum		42	35,7	75	64,3	117	100
Avantages MSP		70	59,5	47	40,5	117	100
Lieu de la pratique MSP		111	94,9	6	5,1	117	100



Procédés MSP	5	4,3	112	95,7	117	100
Fréquence MSP	29	34	88	66	117	100
Conditions pratique MSP	84	71,8	33	28,2	117	100
Qualité de la connaissance MSP	71	60,8	46	39,2	-	-

Tableau IV : Facteurs associés à la connaissance des professionnels de santé sur la mise au sein précoce du CHU-MEL

Connaissance globale sur MSP			P
Variables	Mauvaise	Bonne	Total
	n (%)	n (%)	
Age (années)			0,10
< 25	21(29,17)	51(70,83)	72
[25-40[6(18,18)	27(81,82)	33
≥ 40	6(50,00)	6(50,00)	12
Qualification			0,000
			*
Sage-femme	16(48,45)	17(51,55)	33
Médecin spécialiste	6(50,00)	6(50,00)	12
Médecin en DES	7(53,85)	6(46,15)	13
Aide-soignant	9(50,00)	9(50,00)	18
Médecin en formation	1(10,00)	9(90,00)	10
Infirmier(ère)	5(16,13)	26(83,87)	31
Poste actuel			0,04*
Salle d'accouchement	6(27,27)	16(72,73)	22
Salle de CPN	7(70,00)	3(30,00)	10
Salle de dilatation	0(0,00)	4(100,00)	4
Salle d'hospitalisation	3(21,43)	11(78,57)	14
Service de néonatalogie	1(20,00)	4(80,00)	5
Pédiatrie	14(31,11)	31(68,89)	45
Soins intensifs	2(11,76)	15(88,24)	17
Ancienneté au poste (années)			0,02*
< 5	31(26,96)	84(73,04)	115
[5-10[2(100,00)	0(0,00)	2



Salle de CPN	7(70,00)	3(30,00)	10
Salle de dilatation	0(0,00)	4(100,00)	4
Salle d'hospitalisation	3(21,43)	11(78,57)	14
Service de néonatalogie	1(20,00)	4(80,00)	5
Pédiatrie	14(31,11)	31(68,89)	45
Soins intensifs	2(11,76)	15(88,24)	17
Ancienneté au poste (années)			0,02*
< 5	31(26,96)	84(73,04)	115
[5-10[2(100,00)	0(0,00)	2

Tableau V : Evolution de la qualité de la pratique de la mise au sein précoce des professionnels de santé avant et après la formation

Pratique de la MSP	N	Qualité de la pratique sur la mise au sein précoce							
		Avant la formation				Après la formation			
		Bonne		Mauvaise		Bonne		Mauvaise	
		%	n	%	N	%	N	%	
Pratique counseling	15	9	152	91	61	36,5	56	64,5	
Conditions vérifiées	136	81,4	31	18,6	165	98,8	2	1,2	
Position nouveau-né	6	3,6	161	96,4	61	36,5	106	63,5	
Gestes maternels	4	2,4	163	97,6	10	6	157	94	
Durée de la tétée	1	0,6	166	99,4	0	0,00	167	100	
Score global	23	19,4	94	80,6	41	35,4	76	64,6	
qualité									