



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Problématique de la mise immédiate au sein par les agents de santé et les accouchées dans deux centres de santé de la commune VI à Bamako

Présenté par

Mme Alima DIOURTE

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département de Santé

Spécialité Politiques nutritionnelles

Le 11/03/ 2015

Devant le jury composé de :

Docteur François-Marie LAHAYE **Président**

Directeur du Département Santé

Professeur Etienne DAKO **Directeur**

Professeur à l'Université de Moncton (Canada)

Professeur Luc TAPPY **Examineur**

Professeur à l'université de Lausanne (Suisse)

Promotion 2013 - 2015

Remerciements

Mes remerciements vont à l'endroit de :

- 🇲🇱 Le président du jury : Dr. François-Marie LAHAYE, directeur du département santé
- 🇲🇱 Mon directeur de mémoire : Professeur Etienne DAKO
- 🇲🇱 L'examineur : Professeur Luc TAPPY

- 🇲🇱 L'université Senghor :
 - ✓ Le rectorat ;
 - ✓ Mme Alice MOUNIR, assistante du département santé
 - ✓ Tous les directeurs de département et leurs assistantes
 - ✓ Tous les professeurs, particulièrement : M. Francis DELPEUCH ; M. Salamon ROGER ;
Mme Bassent DEVAULT; M. Christophe RAPP et M. Pierre MORNAND
 - ✓ Tout le personnel
 - ✓ Tous les étudiants de la promotion 2013 – 2015

- 🇲🇱 La direction nationale de la santé du Mali
 - ✓ Tout le personnel de la division nutrition
 - ✓ Dr Modibo TRAORE

- 🇲🇱 Les deux centres de collectes de données
 - ✓ Le CSRéf de la commune VI
 - ✓ L'ANIASCO de Niamakoro
 - ✓ Les médecins chefs de ces centres
 - ✓ Le personnel de la maternité de ces centres

- 🇲🇱 Toutes les familles DIOURTE du Mali
 - ✓ Particulièrement celles de Bamako

- 🇲🇱 Tous ceux qui ont participé de loin ou de près à ce travail.

Dédicace

Je dédie ce présent travail à

👤 Mes parents :

- ✓ Mon père Massa DIOURTE : Tu es le meilleur père du monde, je te dois ma réussite et je suis fière d'être ta fille.
- ✓ Ma mère Dado BAH : Tu es la lumière qui a guidé mes pas, tu es une excellente mère.

Puisse le tout puissant vous accordez une longue vie afin que vous profitiez du succès de vos enfants !

👤 Mon mari : Saidou DIALLO, je te remercie pour ton soutien et ton amour.

Puisse le bon Dieu nous accorder le bonheur du foyer !

👤 Mes enfants :

- ✓ Hamadi Morai DIALLO : Que ce présent travail soit pour toi un exemple de succès.
- ✓ Ibrahim DIALLO : Que ce sacrifice qu'est la séparation d'une mère de ses enfants, soit une inspiration de courage pour toi.
- ✓ Inna Dado DIALLO : Que ta naissance pendant cette étude soit une source d'excellence et de bonheur pour toi.

Puisse le miséricordieux vous donner une longue vie dans la santé et la prospérité !

👤 Ma sœur : Aïchiatou DIOURTE, je te remercie d'être une mère pour tes neveux.

Vous avez tous contribué à ce succès !

Résumé

Introduction: La mise immédiate au sein est le premier pilier et le principal indicateur de l'allaitement maternel exclusif. Elle est aussi un indicateur de la surveillance nutritionnelle des enfants. Ses avantages sont attribuables à ceux du colostrum et à la prévention de l'hémorragie dans le post partum immédiate. Ainsi cette étude a pour objectif général d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques de la mise immédiate au sein dans le district sanitaire de la commune VI à Bamako.

Méthodologie: L'étude est descriptive et transversale à visée évaluative. Elle a concerné 200 accouchées et 25 agents de santé dans le CSRéf de la commune VI et l'ANIASCO de Niamakoro à Bamako. La procédure de collectes de données s'est faite à base de fiche d'enquête avec des questions ouvertes. Puis les données ont été saisies et analysées sur SPSS et Excel.

Résultats : les accouchements normaux ont représenté 72,5% qui sont l'idéal pour faire la mise immédiate au sein. Chez les accouchées 47,5% ne connaissent pas le colostrum, 53% n'ont pas allaité le bébé à la naissance. 86,5% ont donné d'autres aliments avant la première tétée, avec 67,1% de jus de datte comme premier aliment consommé par le nouveau-né. Chez les agents de santé, seulement 24% connaissent exactement leur rôle dans la réussite de la mise immédiate au sein ; alors que 44% ont une expérience professionnelle de plus de dix ans.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier les insuffisances autour de la mise immédiate au sein tant chez les accouchées que chez les agents de santé. L'appréciation des difficultés liées à cette pratique ont permis une proposition de stratégie en projet professionnel. Toute fois, une des recommandations de l'étude a été effective avec l'intégration de la mise immédiate au sein dans les registres de suivi de l'enfant comme indicateur de surveillance nutritionnelle par la direction nationale de la santé du Mali/ division nutrition qui supervisait l'étude. Au terme de l'étude, toutes les hypothèses ont été confirmées, et tous les objectifs ont été atteints

Mots clés : Allaitement maternel, colostrum, malnutrition chez les enfants de 0-5ans

Abstract

Introduction: The immediate initiation of breastfeeding is the first pillar and the main indicator of exclusive breastfeeding. It is also an indicator of nutritional surveillance of children. Its advantages are attributable to those in colostrum and in the prevention of bleeding in the immediate post-partum. Thus this study overall objective is to assess the knowledge, attitudes and practices of the immediate implementation within the health district of the town VI in Bamako.

Methodology: The study is descriptive and evaluative referred to cross. It involved 200 delivered and 25 health workers in the CSRéf Town VI and ANIASCO of Niamakoro in Bamako. The data collection procedure was made basic survey sheet with open questions. Then the data were entered and analyzed using SPSS and Excel.

Results: normal deliveries accounted for 72.5%, which are ideal for the immediate setting in. Among birth 47.5% do not know colostrum, 53% did not breastfeed the baby at birth. 86.5% gave other food before the first feed, with 67.1% of date juice as first food consumed by the infant. Among health workers, only 24% know their exact role in the success of the immediate setting in; while 44% have professional experience of over ten years.

Conclusion: This study identified deficiencies around the immediate initiation of breastfeeding in both birth than among health workers. The appreciation of the difficulties associated with this practice allowed a proposed strategy for professional project. Any time one of the recommendations of the study was effective with the integration of the immediate initiation of breastfeeding in child tracking registers as nutritional surveillance indicator by the National Directorate of Health of Mali / nutrition division oversaw the study. At the end of the study, all hypotheses were confirmed, and all the objectives have been achieved.

Keywords: Breastfeeding, colostrum, malnutrition among children 0-5ans

Liste des acronymes

AM : Allaitement Maternel

AME : Allaitement Maternel Exclusif

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

L'OMS : Organisation Mondiale de la Santé

L'UNICEF : Fondation des Nations Unies pour l'Enfance

CSCom : Centre de Santé communautaire qui est le premier échelon de la pyramide sanitaire au Mali.

ANIASCO : Association de Santé Communautaire de Niamakoro

CSRéf : Centre de Santé de Référence qui représente le deuxième échelon de la pyramide sanitaire au Mali.

OMD : Objectif Millénaire pour le Développement

ATCD : Antécédents

TA : tension artérielle

T° : température

DNS : Direction nationale de la santé

DN : Division Nutrition

PSNAN : Plan Stratégique National de l'Alimentation et de la Nutrition

PIB : Produit Intérieur Brut

Liste des tableaux et figures

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques des accouchées enquêtées	18
Tableau 2 : les connaissances sur les techniques de l'allaitement maternel	19
Tableau 3 : Connaissances, attitudes et pratiques sur le colostrum	21
Tableau 4 : Répartition des agents selon leur caractère socioprofessionnel.....	24
Tableau 5 : Répartition des agents selon les généralités et CAP sur l'AME	25
Figure 1: Le sein pendant la grossesse et après l'accouchement [9].....	5
Figure 2: cadre conceptuel.....	11
Figure 3: carte sanitaire de la commune VI.....	15
Figure 4: comparaison du niveau de connaissance des accouchées sur les techniques de l'AM.....	20
Figure 5: comparaison entre les différents types d'aliments donnés aux nouveau-nés avant le colostrum	22
Figure 6: Répartition selon les raisons ou les avantages liés aux aliments donnés avant le colostrum	23
Figure 7: Formation reçue	Figure 8: le temps écoulé depuis la dernière formation..... 26

Table des matières

Remerciements.....	ii
Dédicace.....	iii
Résumé.....	iv
Abstract.....	v
Liste des acronymes.....	vi
Liste des tableaux et figures.....	vii
Table des matières.....	viii
I- Introduction :	1
1 – Problématique.....	2
2- Contexte et justification.....	3
II- Revue de la littérature	4
1- Définitions des concepts :.....	4
2- Cadre théorique.....	5
1- Anatomie du sein :.....	5
2- Différence entre la composition du lait maternel et celle de la vache :.....	5
3- Avantages de l'allaitement maternel.....	6
4 - Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.....	7
5 - Quelques règles d'or pour une bonne mise en route de l'allaitement.....	8
6 - Les problèmes éventuellement associés à l'allaitement maternel.....	9
3- Cadre conceptuel:.....	11
4- Situation de la mise au sein après la naissance à travers le monde :.....	12
5- Questions de recherches.....	13
6- les hypothèses.....	13
7- Objectifs.....	14
III- Méthode du travail	14
1 - Cadre de l'étude.....	14
2- Type et durée de l'étude.....	15
3- Echantillonnage.....	15
4- Critères d'inclusion.....	16
5- Critères d'exclusion.....	16
6- Validation du questionnaire.....	16
7- Pré-test.....	16
8- Considération éthique.....	16
9- Procédure de collecte et d'analyse des données.....	16

IV- Résultats.....	17
1- Accouchées.....	17
2- Agents de santé.....	23
V- Commentaires et discussions :.....	26
VI- Recommandations et conclusion	30
1 – Recommandations.....	30
2- Conclusion.....	31
VII- Perspectives : Proposition de projet professionnel.....	32
Références Bibliographiques :.....	33
Annexe1 : Présentation de la République du Mali :	b
Annexe 2 : Questionnaire sur l'allaitement maternel : AM.....	d

I- Introduction :

L'alimentation est essentielle à la survie. Elle l'est aussi pour la croissance physique, le développement psychique, la santé et les performances de l'individu. La nutrition commence dès les premiers stades du développement du fœtus, se poursuit de la naissance à la vieillesse en passant par la petite enfance et l'âge adulte. Il est reconnu que la période dite « d'importance critique » de l'enfance est vitale pour favoriser, sa santé, sa bonne croissance, son développement intellectuel et cognitif. Cette période s'étend de la naissance à au moins deux ans et au plus à cinq ans. A cette période, la nutrition joue le principal rôle et par conséquent l'allaitement maternel (AM) commençant immédiatement après la naissance [1].

Le lait maternel est le premier aliment naturel, idéal, gratuit et disponible pour le nouveau-né. Il contient les calories et les nutriments nécessaires pendant les six premiers mois de sa vie. Il contient également les immunoglobulines¹ et les anticorps pour améliorer son immunité et sa protection contre les maladies courantes telles que la diarrhée et la pneumonie. L'allaitement maternel exclusif (AME) doit commencer par la mise immédiate au sein avec la prise du colostrum considéré comme le premier vaccin naturel [2]. Les avantages de l'AME pour la mère sont la santé, la contraception et l'économie des dépenses liées à l'alimentation du nourrisson. Et pour le nouveau-né ses avantages vont au-delà de l'enfance. L'AME permet d'éviter à l'âge adulte, certaines maladies non transmissibles (telles que les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité) [3].

La manière dont la mère nourrit son enfant et la durée de l'allaitement dépendent de plusieurs facteurs tels que le milieu environnemental (urbain ou rural) ; le statut socio-économique (statut matrimonial et/ou le statut financier), l'éducation reçue, la situation professionnelle et la pression exercée par le milieu familial. Cette dernière est importante dans l'attitude de la mère surtout l'influence du père du bébé tel qu'il perçoit l'allaitement maternel exclusif et aussi l'influence de ses parents et amis. Les opinions, les attitudes et les pratiques relatives à l'allaitement maternel exclusif sont d'une part d'ordre socioculturel et d'autre part, elles dépendent des prestations sanitaires [4]. Il sera vain de vouloir encourager l'AM en général et en particulier la mise immédiate au sein, hors d'un service de santé. Très souvent, ne serait-ce qu'involontairement, les services de santé contribuent à un recul de la promotion de l'AM soit parce qu'ils n'aident pas et n'encouragent pas les accouchées à allaiter leurs nouveau-nés dès la naissance, soit parce qu'ils séparent les accouchées de leurs nouveaux au moment de la naissance. Les services de santé dispensés de façon inappropriée et les agents de santé ne sont pas

¹ Immunoglobulines : ce sont des composants du sang avec une activité protectrice de l'organisme.

les seuls responsables du faible taux d'AME, mais ce taux pourrait nettement être amélioré quand la pratique commence dès la maternité.

Les agents de santé doivent aider, accompagner et encourager les femmes, qui accouchent par voie basse et même par césarienne d'un enfant bien portant, à faire téter leur Nouveau-né dans les trente minutes qui suivent la naissance. Ils doivent également leur indiquer comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson [4]. La consommation d'autres liquides tels que les jus de dattes sauvages, les décoctions par le Nouveau-né avant le colostrum est à éviter pour le bien être de l'enfant.

Le but de notre travail est d'analyser, la pratique de la mise immédiate au sein. Ce travail prévoit également une évaluation des opinions et des perceptions sur le concept de la mise immédiate au sein.

I.1 – Problématique

La mortalité infantile et néo-natale est élevée dans les pays en voie de développement comme le Mali, la plupart de ces nouveau-nés meurent à domicile faute de soins adéquats ou de l'éloignement des centres de soins spécialisés [1]. La mise au sein dans les trente minutes qui suivent la naissance, suivie d'un AME, pourront considérablement augmenter leur chance de survie, pendant la petite enfance. Ils ont aussi une influence biologique et affective sur la santé de la mère et de l'enfant. Les agents de santé doivent appliquer le quatrième point des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » [4]. Les insuffisances dans cette pratique réduisent les avantages tels que la montée laiteuse, l'involution utérine (qui permet la réduction de l'hémorragie du post partum²) pour les accouchées. Ainsi cette pratique doit faire partie des gestes quotidiens des sages - femmes et les autres agents de la santé maternelle. Au Mali le protocole national indique six heures de surveillance post natale. Cette surveillance consiste à contrôler chaque 15 minute les constantes (TA, T°, Pouls et l'hémorragie), afin de réduire la mortalité maternelle tout en sachant que selon l'OMS la première cause de la mortalité maternelle est l'hémorragie. Cette surveillance doit commencer par l'assurance que le Nouveau-né a bien le réflexe de téter. En appliquant bien la pratique de la mise immédiate au sein, la surveillance sera bien faite.

Dans les pays en développement, globalement 36 % des bébés de moins de 5 mois sont exclusivement nourris au sein, 60 % de ceux âgés de 6 à 8 mois sont nourris au sein et reçoivent une alimentation complémentaire et 55 % de 20 à 23 mois continuent l'allaitement. Parmi les nouveau-nés, 43 % sont

² Post partum : Après l'accouchement

allaités pour la première fois dans l'heure qui suit la naissance [5]. Au Mali plus précisément 33 % des bébés ont suivi l'allaitement exclusif [6]. Ces chiffres indiquent qu'il reste encore beaucoup d'efforts à fournir dans ce domaine. Le ministère de la santé à travers la division nutrition organise et célèbre la semaine mondiale de l'AM pendant laquelle la promotion de l'allaitement est faite; cette promotion doit prendre en compte tous les aspects de l'allaitement tels que la mise immédiate au sein, l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et le complément alimentaire en plus du lait maternel. Elle doit être spécifique pour chaque pays car le problème de l'AM ne se pose pas au Mali, c'est plutôt son exclusivité jusqu'à six mois qui est un problème.

I.2- Contexte et justification

La situation sanitaire de la population du Mali reste préoccupante malgré l'augmentation de la part des dépenses récurrentes de la santé. Les dépenses totales consacrées à la santé dans le budget de l'Etat ne représentaient, en 2012 que 5,8% du PIB malgré les efforts déployés par le secteur de la santé et une amélioration des principaux indicateurs de résultats et d'impact [7].

Pays sahélien enclavé³, le Mali a un revenu par habitant ne dépassant pas les 280 dollars US, Cette situation de pauvreté fait que le pays reste encore confronter au problème de l'insécurité alimentaire sous diverses formes. Bien que la production céréalière nationale permette de couvrir les besoins des populations nationales, il n'en demeure pas moins qu'une bonne partie des enfants de moins de 5 ans n'a pas encore accès aux aliments de base pour satisfaire leurs besoins alimentaires et nutritionnels de base [7]. D'où l'importance de favoriser l'AM dès la maternité.

Selon les statistiques de l'OMS, 63% de décès annuels dans le monde sont dus aux maladies non transmissibles et 80% se font dans les pays en voie de développement. La prévention primaire de ces maladies passe par la sensibilisation pour le changement de comportement dans les habitudes alimentaires dans la plus part des cas. Il est possible de réduire leur incidence par une bonne alimentation de la naissance à l'âge adulte en passant par la petite enfance. Ainsi, l'OMS recommande l'AME qui commence par la mise immédiate au sein pour le nouveau-né afin qu'il bénéficie du colostrum.

L'AME pourrait sauver des centaines de milliers d'enfants de moins de cinq ans parmi les trois millions qui meurent chaque année en Afrique de l'Ouest et du Centre. L'allaitement au sein immédiatement à la naissance et pendant les six premiers mois de la vie est la meilleure source d'alimentation pour un

³ Enclavé : pas de débouché sur la mer (continental)

enfant. Cette pratique a le potentiel d'éviter 13 % des décès d'enfants de moins de cinq ans. L'AM dès la naissance pourrait empêcher la survenue de décès évitables. Cela représente plus de 500.000 d'enfants chaque année. Ce chiffre augmente quand on associe toutes les conditions suivantes : si chaque enfant était mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, si on ne lui donnait que du lait maternel pendant les six premiers mois et si l'AM était maintenu jusqu'à l'âge de deux ans, on sauverait près de 800 000 vies d'enfants chaque année [8].

Pour cette raison, nous avons initié cette étude transversale sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de la mise immédiate au sein en vue d'évaluer les progrès accomplis dans le domaine de l'AME au Mali. Elle s'inscrit dans cette optique, mais permettra également de servir de base à l'analyse de l'évolution de la situation de la mise immédiate au sein au Mali.

II- Revue de la littérature

II.1- Définitions des concepts :

Allaitement maternel: c'est le mode d'alimentation du nourrisson par le lait de sa mère ou par le sein.

Allaitement maternel exclusif : est défini comme l'allaitement maternel sur une période définie (selon l'OMS jusqu'à six mois) durant laquelle, le lait maternel est uniquement donné au bébé, et lui suffit pour satisfaire ses besoins nutritionnels pendant ce temps.

Allaitement optimal : est l'ensemble des pratiques et conditions qui permettent au bébé et à sa mère de tirer le meilleur profit du temps d'allaitement au sein [9].

La mise immédiate au sein : l'enfant est directement mis au sein dans les trente premières minutes après l'accouchement et ne consomme rien d'autre avant le colostrum.

Colostrum : c'est le premier lait produit par le sein vers la fin de la grossesse et secrété après l'accouchement sous forme de liquide pâteux jaunâtre [2].

La nutrition : Est l'ensemble des processus d'absorption et d'utilisation des aliments, indispensable à l'organisme pour assurer son entretien et ses besoins en énergie [9].

La malnutrition : le terme malnutrition se rapporte à plusieurs maladies, chacune ayant une cause précise liée à une insuffisance d'un ou de plusieurs nutriments et caractérisée par un déséquilibre nutritionnel entre l'approvisionnement en nutriment et en énergie d'une part et des besoins de l'organisme pour assurer la croissance, le maintien de l'état des diverses fonctions d'autre part [3].

II.2- Cadre théorique

II.2.1- Anatomie du sein :

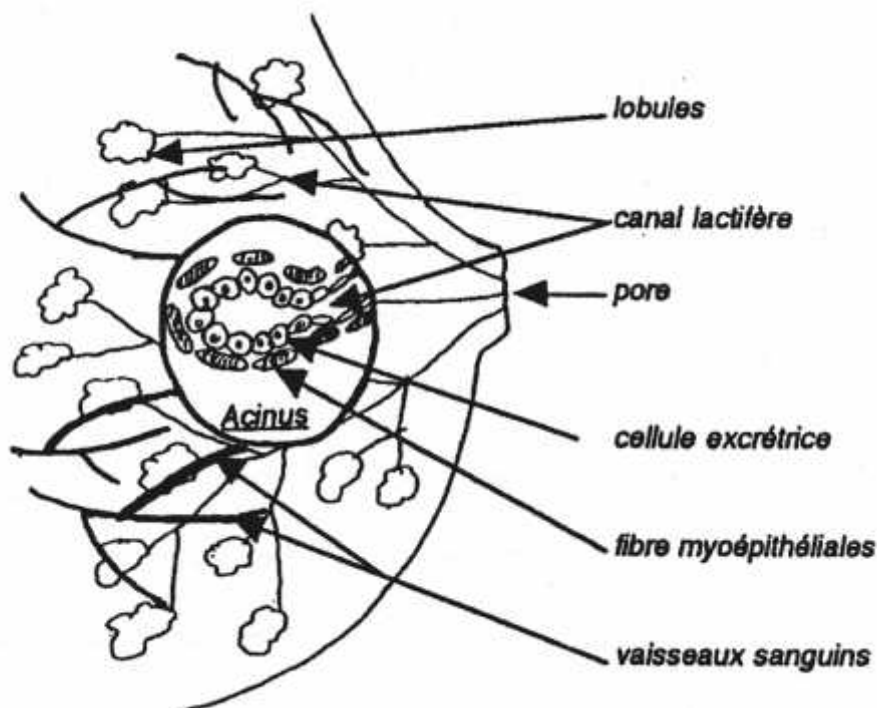


Figure 1: Le sein pendant la grossesse et après l'accouchement [9].

II.2.2- Différence entre la composition du lait maternel et celle du lait de la vache :

Le meilleur lait pour bébé est le lait de sa mère. Cette certitude est prouvée depuis longtemps et les raisons de cette supériorité du lait maternel se trouvent dans sa composition adaptée à l'organisme du bébé.

Le lait maternel est très différent du lait de vache. Il est exactement adapté aux besoins du bébé. En apport énergétique les deux laits fournissent la même valeur sur le plan calorifique : Un litre de lait apporte en moyenne 670 Kcal. Mais le lait de vache contient trois fois plus de protéines que le lait maternel. C'est dire que le nourrisson alimenté avec du lait de vache non modifié devra éliminer les deux tiers des protéines qu'il reçoit. Les protéines du lait de vache sont des molécules étrangères pour l'organisme humain. La conséquence immunologique est la fréquence de l'intolérance aux protéines du lait de vache touchant 1% des nourrissons dans sa forme sévère (diarrhée majeure, choc allergique...)

et 5 à 7 % dans sa forme bénigne⁴ (troubles digestifs, hypotrophie, éruption...) Le lait de mère est adapté à la physiologie du bébé et contient des protéines telles que la méthionine, la taurine ou la tyrosine, qui répondent à l'immaturation enzymatique de l'enfant.

Le principal sucre du lait maternel est le lactose qui, grâce à la lactase, enzyme présente dans les cellules intestinales. Alors que le lait de vache en contient moins. Le lait maternel comprend en outre de nombreux oligosaccharides⁵, dont seuls certains sont connus pour l'instant. Leur rôle est encore incompris, mais il est probable qu'ils favorisent le développement intestinal d'une flore microbienne qui protège la muqueuse intestinale contre les agressions bactériennes.

Si la richesse en graisses des deux laits est sensiblement identique, il n'en est pas de même pour la proportion en acides gras insaturés. Un litre de lait maternel apporte 2 à 9 fois plus d'acides gras insaturés qu'un lait de vache industriel demi écrémé. Ces acides gras insaturés sont essentiels pour les synthèses cérébrales et non fabriqués l'organisme humain.

Le lait de vache contient trois fois plus de calcium que le lait maternel, mais il est très mal métabolisé par le nourrisson pour des raisons biochimiques diverses. Le lait de vache apporte trois fois plus de sodium que le lait maternel et l'on sait les risques d'hypertension artérielle que cela peut entraîner chez l'adulte. Le lait de vache apporte deux fois moins de fer que le lait maternel, ce dernier étant déjà à la limite inférieure aux besoins. Par rapport au lait de vache, les teneurs en vitamines sont à des taux plus élevés dans le lait maternel, sauf pour l'acide folique (identique) et pour la vitamine K (plus faible dans le lait maternel). Le taux de vitamine C est juste suffisant si la mère ne fume pas. Pour la vitamine D, la situation n'est pas claire mais il est préférable d'en rajouter quelle que soit l'alimentation de l'enfant. Le lait maternel est par ailleurs très riche en vitamine E, puissant agent antioxydant [10].

II.2.3- Avantages de l'allaitement maternel

Le lait maternel permet une meilleure relation mère- enfant. Sa digestion par le bébé est plus facile. Il assure une meilleure défense immunologique grâce aux anticorps qu'il contient ; protégeant ainsi le bébé contre les allergies et les infections respiratoires (les causes principales de mortalité infantile), alimentaires (la diarrhée) et corporelle (l'eczéma). Il a un bon impact sur l'acuité visuelle et le quotient intellectuel du bébé. Il permet également pour la mère de découvrir ou de savoir si son enfant n'a pas de malformations à la naissance et s'il est en bonne santé. Il est économique, gratuit et ne demande pas une préparation spéciale, surtout dans les zones où se posent des problèmes d'accès à l'eau

⁴ Bénigne : non sévère, indulgente

⁵ Oligosaccharides : encore appelé oligoholoside, c'est un micro molécule chimique formé d'un nombre N d'oses en liaison.

potable et les conditions d'hygiène ne sont pas présentes. Certaines femmes prennent du plaisir en allaitant le bébé ; l'AM permet aussi, la diminution des infections du post-partum ; la prévention de l'hémorragie du post partum (rétraction utérine) ; l'aménorrhée⁶ (chez les accouchées qui nourrissent exclusivement les bébés au sein), des tétées fréquentes offrent une protection supérieure à 98% contre la grossesse pendant les six premiers mois d'allaitement maternel, d'où le rôle contraceptif. Il diminue le risque d'ostéoporose, de cancer du sein et de l'ovaire en pré ménopause. Économiquement il permet la réduction des dépenses liées à l'alimentation du nouveau-né (biberons, lait, eau, électricité, bois charbon etc.) ; la santé du bébé est garantie (moins de dépenses). L'AM développe l'harmonie (union) dans la famille et permet la réduction des risques de crime et de violence dans la société [10].

La première mise au sein : Elle doit être immédiate, peu de temps après l'accouchement. C'est l'occasion pour la nouvelle maman d'être en contact physique avec son bébé pour la première fois. Elle permet d'éviter l'hypothermie du nouveau-né. Les réflexes de foussements et de succion du bébé sont à leur maximum pendant les deux heures qui suivent la naissance. Après la sixième heure, ces réflexes diminuent progressivement pour ne réapparaître vraiment efficacement qu'après la quarante-huitième heure ; ainsi la première mise au sein permet de faciliter le démarrage de l'allaitement maternel grâce au réflexe de succion. Le colostrum est également riche en sels minéraux, en protéines évitant la déshydratation du nourrisson [9].

II.2.4 - Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements disposant d'une maternité et assurant des soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique
- 4. Aider les accouchées à commencer d'allaiter leurs enfants dans la demi-heure suivant la naissance**
5. Indiquer aux accouchées comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leurs enfants

⁶ Aménorrhée : absence de règle menstruelle

6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'association de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser aux accouchées dès la sortie de l'hôpital ou de la clinique [3].

II.2.5 - Quelques règles d'or pour une bonne mise en route de l'allaitement

La proximité physique maman-bébé favorise la mise en route de l'allaitement. Garder le bébé auprès de sa mère autant que le besoin se fait ressentir et laisser le s'imprégner avec délices de l'odeur, voix et le bercement de sa mère.

Allaitement à la demande : Le lait maternel est le plus digeste des laits et il n'y a aucun espace minimum à respecter entre les deux tétées. Dès que le bébé semble chercher et farfouille avec sa tête, proposer lui le sein. Donner dix à douze tétées, les premiers jours est un gage sacré de succès et permet à la maman de profiter de ce moment pour se reposer. Allaitement à la demande permet également au nouveau-né de peaufiner sa technique de succion, c'est également le meilleur moyen d'éviter les engorgements.

Essayer de mettre le bébé au sein dans les trente premières minutes qui suivent l'accouchement ; c'est un moment privilégié où tous les sens du nouveau-né sont en éveil et où il est particulièrement réceptif⁷. Adapter une bonne position : être bien assise ou couchée sans aucune tension dans les bras ou le dos. Pour le bébé la tête doit faire face au sein (il ne doit pas avoir à tourner la tête) et son ventre contre le vôtre. Il doit ouvrir grand la bouche et «Engloutir une partie de l'aréole ». Ceci est essentiel, car les terminaisons nerveuses qui commandent l'éjection du lait sont à la périphérie de l'aréole et en aucun cas sur le mamelon. Une bonne position de la mère et de l'enfant est la meilleure prévention contre les crevasses et les engorgements.

⁷ Réceptif : susceptible de recevoir des influences ou répondant aux stimulations.

Le stress, une fatigue importante, une contrariété peuvent venir perturber la lactation car, la prolactine⁸ est secrétée uniquement quand le bébé tète. De ce fait, plus les tétées sont fréquentes, plus le taux de prolactine restera élevé et plus la sécrétion lactée sera régulière. Il est également recommandé aux femmes allaitantes d'avoir une alimentation équilibrée et ne pas observer de régime sans avis médical.

L'allaitement est régi par la loi de l'offre et de la demande. Plus le bébé tète, plus il aura de lait. Dès qu'il reçoit autre chose que le lait maternel, la lactation diminue et c'est précisément pourquoi beaucoup de accouchées disent qu'elles n'avaient pas assez de lait. Si le bébé semble ne pas prendre assez de lait, vérifier sa position pour être sûre qu'il stimule correctement le sein et mettre tout le mamelon pour relancer la lactation. Eviter les tétines (biberon ou sucette) : la technique de succion du sein est totalement différente de celle du biberon. Il sera difficile pour le bébé de maîtriser les deux techniques. Encore moins, de passer les techniques l'une après l'autre.

Avoir dans son entourage une personne de confiance qui a eu une expérience réussie de l'allaitement de ses enfants, (renseignez-vous auprès de votre maternité, centre de SMI). Essayer de se renseigner avant l'accouchement afin d'aborder les premières semaines de vie de votre bébé en toute sécurité [9].

II.2.6 - Les problèmes éventuellement associés à l'allaitement maternel

Beaucoup de femmes refusent ou cessent d'allaiter par ce qu'elles éprouvent des difficultés qui leurs semblent insurmontables. Il appartient donc à l'infirmier (ière) de leur indiquer à l'avance les remèdes et les solutions à ces difficultés afin de leur permettre d'offrir à leur enfant le mode d'alimentation souhaité.

Les douleurs au mamelon : Elles sont courantes en début de l'allaitement mais elles disparaissent dès que le réflexe d'éjection est bien établi. En changeant régulièrement de position d'allaitement, on soumet différentes parties du mamelon à la succion et on permet aux seins de se vider plus complètement. Les douleurs sont plus fortes pendant les premières minutes de la tétée, la mère doit en être informée. Car elle risque de se décourager et d'interrompre trop tôt la tétée, parfois même avant que le réflexe d'éjection ne soit déclenché.

L'engorgement : C'est une réaction inflammatoire avec un œdème et une vasodilatation. Les seins sont tendus par l'inflammation et non par un excès de lait. De façon exceptionnelle, l'œdème peut comprimer les canaux galactophores et empêcher alors l'excrétion du lait.

⁸ Prolactine : c'est une hormone secrétée par l'hypophyse qui déclenche et maintient la production du lait maternel.

Les crevasses : Il s'agit d'un problème fréquent en post-partum. La douleur ressentie transforme la tétée en calvaire. Cette pathologie est induite par une mauvaise position du bébé au sein (à 90%)

Les problèmes de succion : Ils sont souvent transitoires, dus en général à une immaturité neurologique transitoire. Soit le bébé tète ses lèvres, soit le frein de la langue est trop court, soit le bébé rétracte sa langue ou soit le bébé est hypotonique ou hypertonique.

La confusion sein / tétine : La façon dont le bébé fait fonctionner sa langue et ses mâchoires pour téter au sein et au biberon est totalement différente. Ce problème peut survenir si la maman utilise des bouts des seins en silicone ou si l'enfant reçoit des biberons de complément.

Les mamelons rétractés : L'allaitement est toujours possible pour une femme présentant ces particularités anatomiques (28 à 35% des femmes). Cependant, il pourra poser des problèmes spécifiques alors il faut plus de soutien, d'information et de persévérance de la part de la mère.

La fatigue et/ou l'énerverment : Peuvent provoquer une diminution de la production lactée [9].

Il est à noter aussi, pendant l'AM, les risques de contaminations d'une femme vivant avec le VIH et qui n'est pas suivie. Mais ce n'est pas une contre-indication absolue, si elle opte pour l'allaitement malgré les informations sur le risque, surtout que l'AME réduit la transmission si il est bien mené, car c'est en donnant d'autres aliments pendant l'allaitement qui va irriter les parois intestinales et va favoriser la transmission.



Une bonne position assise



Une bonne position allongée pendant l'AM

Source : <http://www.elles.ma/bebe/allaitement/les-bonnes-positions-pour-allaiter/>

II.3- Cadre conceptuel:

Le cadre conceptuel standard de l'Unicef sur la survie de l'enfant a inspiré la création du cadre sur la figure 2

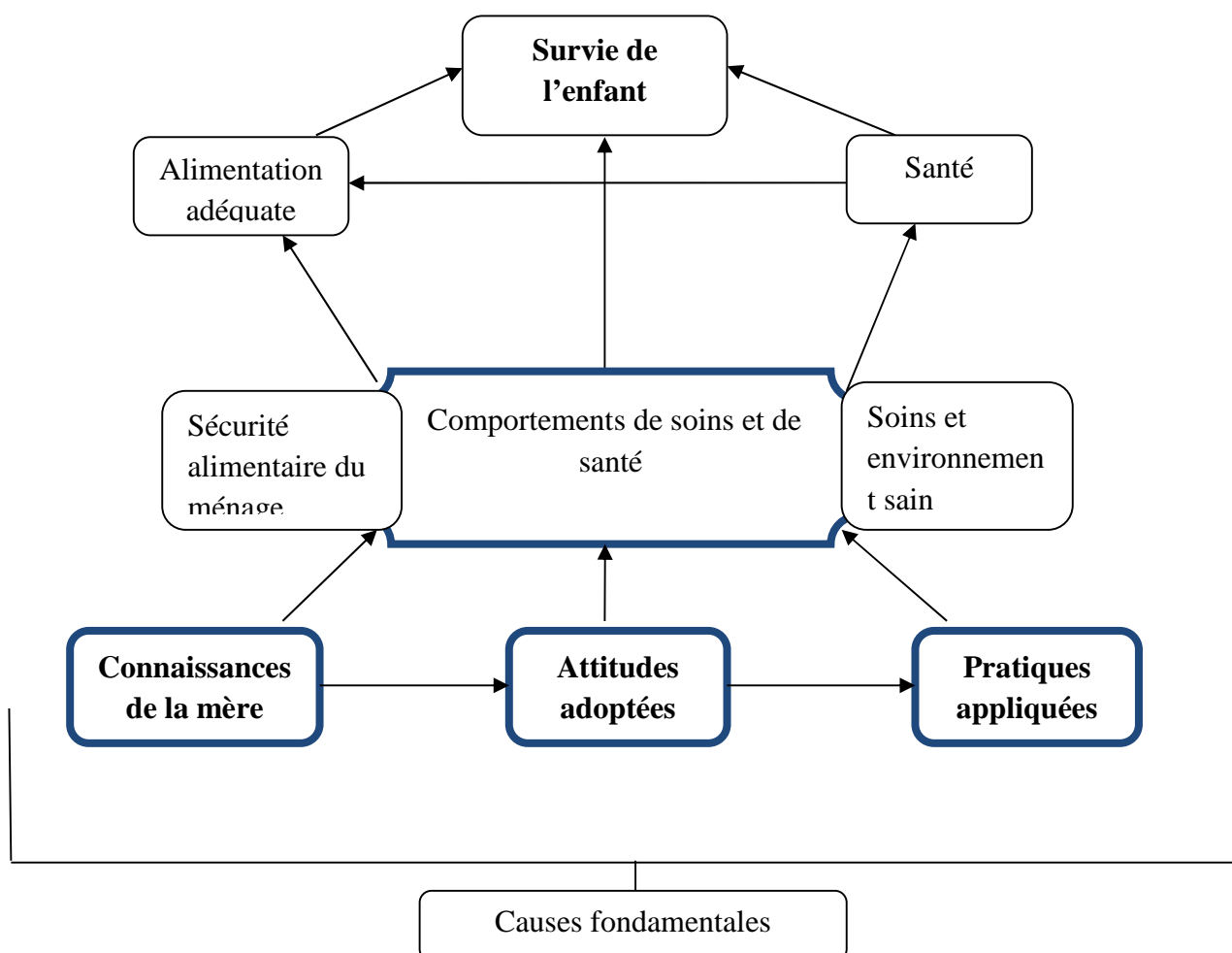


Figure 2: cadre conceptuel

Dans ce modèle, l'explication du cadre conceptuel de l'UNICEF reste la même sauf que l'accent est mis sur l'AM considéré comme la plaque tournante dans la santé et l'alimentation du nourrisson. Les perceptions de la femme par rapport à l'AM c'est-à-dire ses connaissances, ses attitudes et ses pratiques ont un impact sur l'alimentation du nourrisson qui conditionne la survie de l'enfant. Alors c'est un cycle autour de l'allaitement maternel. Si la femme a une bonne connaissance, elle va adopter une bonne attitude et appliquera par conséquent une bonne pratique de l'AM, qui est la première alimentation du nourrisson. Ainsi, les CAP en association, ont un lien avec l'AM mais, aussi directement les uns avec l'AM. En effet une bonne connaissance influence directement l'AM, tout comme une bonne attitude et une pratique.

II.4- Situation de la mise au sein après la naissance à travers le monde :

L'UNICEF a collecté des données sur l'allaitement dans le monde entier. Les bénéficiaires de l'AM concernent tous les enfants du monde, mais ceux qui vivent dans des pays peu développés bénéficient d'une attention particulière de la part des agences internationales. Dans ces régions, l'AM demeure parfois une question prioritaire. Pour l'Inde, le taux d'AME des nourrissons de moins de 4 mois est de 55,2%, pour l'Indonésie de 51,9%, et de 67,1% pour la Chine. Pour 104 pays, les taux d'allaitement des nourrissons âgés de 20 à 23 mois sont connus. Il est de 16,9% pour le Brésil, de 68,9% pour l'Inde et de 65,4 % pour l'Indonésie [1]. Au niveau mondial, moins de 40% des nourrissons de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein. Des conseils et un soutien adéquat en matière d'allaitement pour les accouchées et les familles sont essentiels pour mettre en place et maintenir de bonnes pratiques en matière d'allaitement maternel [3]. L'AM reste encore très diversement pratiqué en France. Plus de deux tiers des nourrissons (69 %) sont allaités à la maternité (60 % de façon exclusive, et 9 % en association avec des formules lactées), mais ils ne sont plus que la moitié (54 %) à être allaités un mois plus tard, dont seulement 35 % de façon exclusive [11].

Depuis 1970, chaque quatre ans se fait un grand nombre d'enquêtes démographiques et de santé dans les pays africains. Ces enquêtes évaluent les pratiques de l'allaitement au niveau national à partir d'échantillons représentatifs de la population avec une méthodologie standardisée. Dans les 34 pays d'Afrique où des enquêtes démographiques et de santé ont été réalisées, plus de 95% de nourrissons sont allaités. Cette universalité apparente cache toutefois d'importantes différences, en particulier suivant les régions. L'initiation précoce de l'AM à la naissance est peu fréquente en Afrique de l'Ouest car le colostrum n'est pas traditionnellement donné au nouveau-né. Le taux d'initiation pendant les premières 24 heures y est beaucoup plus bas 51% que dans les autres régions en Afrique de l'Est (86%) et en Afrique Centrale et du Sud (83%). Cette tendance au déclin de l'AM s'observe surtout dans les grandes villes des pays du tiers monde. En Côte-d'Ivoire des enquêtes réalisées dans certains quartiers d'Abidjan ont révélé que 90% des mères donnaient en plus du lait maternel, du lait artificiel à des nourrissons de moins de 4 mois. Au Burkina-Faso, on a constaté un pourcentage élevé de l'allaitement maternel (88,6%) et une durée moyenne de l'allaitement estimée à 13,8 mois avec un taux d'allaitement mixte estimé à 8.8%. Au Cameroun en 2004, on a relevé un taux d'AME jusqu' à six mois de 24% avec une durée médiane de l'allaitement de 18 mois. Au Maroc on a observé une baisse du taux de l'AME jusqu'à six mois qui est passé de 51% en 1952 à 31% en 2004[5]. En 2005, seulement 43 % des bébés égyptiens étaient allaités par leur mère dans l'heure suivant leur naissance, en nette diminution par rapport au pourcentage de 57 % atteint en 2000[12]. Ces enquêtes n'ont pas concerné le

Mali, mais néanmoins il a été constaté que l'allaitement est une pratique quasi universelle au Mali et durant une période assez longue. En effet, 96 % des enfants de moins de six mois sont allaités au sein. De plus, 89 % des enfants de 12-15 mois le sont encore. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois, n'est pas bien suivie. Il y a des controverses liées à sa pratique (de la mise immédiate au sein, à l'exclusivité de l'allaitement jusqu'à six mois). Ainsi, dans le groupe d'âges 0-5 mois, seulement un enfant sur trois (33 %) a été exclusivement allaité au sein. Dans 67 % des cas, ces enfants ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau seulement (28 %), aliments de complément (20 %), des jus et autres liquides non lactés (8 %) et autre lait (6 %) sur le plan national [6].

L'analyse de la revue de la littérature et des données spécifiques pour le Mali, nous a permis de formuler les questions de recherches et les hypothèses comme suit :

II.5- Questions de recherches

- ✓ Quelles sont les connaissances, les attitudes et les pratiques des agents de santé et les accouchés à la maternité du CSRéf de la commune VI et du CSCCom ANIASCO de Bamako, face à la mise immédiate au sein?
- ✓ La pratique de la mise immédiate au sein est-elle bien appliquée au CSRéf de la commune VI et au CSCCom ANIASCO de Bamako ?

II.6- les hypothèses

- ✓ Les agents de santé et les accouchées à la maternité du CSRéf de la commune VI et au CSCCom ANIASCO de Bamako n'ont pas une bonne connaissance sur la mise immédiate au sein.
- ✓ La pratique de la mise immédiate au sein n'est pas bien observée par les agents à la maternité du CSRéf de la commune VI et au CSCCom ANIASCO de Bamako.

II.7- Objectifs

II.7.1-Objectif Général :

- Evaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques de la mise immédiate au sein dans le district sanitaire de la commune VI à Bamako /Mali.

II.7.2-Objectifs Spécifiques :

- Identifier les insuffisances dans la pratique de la mise immédiate au sein par les accouchées / les agents de santé au CSRéf de la commune VI et à l'ANIASCO à Bamako en dix semaines.
- Apprécier les difficultés liées à la pratique de la mise immédiate au sein par les accouchées / les agents de santé au CSRéf de la commune VI et à l'ANIASCO à Bamako en dix semaines.
- Déduire les perceptions des accouchées sur le colostrum au CSRéf de la commune VI et à l'ANIASCO à Bamako en dix semaines.

III- Méthode du travail

III.1 - Cadre de l'étude

L'étude a été menée au Mali sous la supervision de la Direction Nationale de la santé / Division Nutrition et a concerné le CSRéf de la commune VI et le CSCCom de Niamakoro (ANIASCO).

Le choix de la commune VI est relatif à son étendue et sa population. C'est la plus vaste des communes du district avec 94Km², composée de dix quartiers et trois cités de logements sociaux ; pour une population estimée à 567 057 habitant en 2008, avec un taux d'accroissement rapide, favorisé par la situation des logements sociaux. La couverture socio sanitaire de la commune est assurée par un centre de santé de référence, un service social, 11 CSCCom 35 structures sanitaires privées, 1 structure mutualiste, 2 structures parapubliques, 16 tradithérapeutes et 32 officines ^[10].

Le choix des deux centres de l'étude a été fait sur les critères suivants :

- Accès facile
- Représentativité de l'échantillon avec deux catégories de centres de santé (l'un est le premier niveau de référence de la commune VI : CSRéf ; et l'autre est le premier échelon de la base du pyramide sanitaire du pays : CSCCom)

- Fonctionnalité et affluence des dits centres.
- Existence du paquet minimum d'activité.
- Centres labélisés en la promotion de l'AME

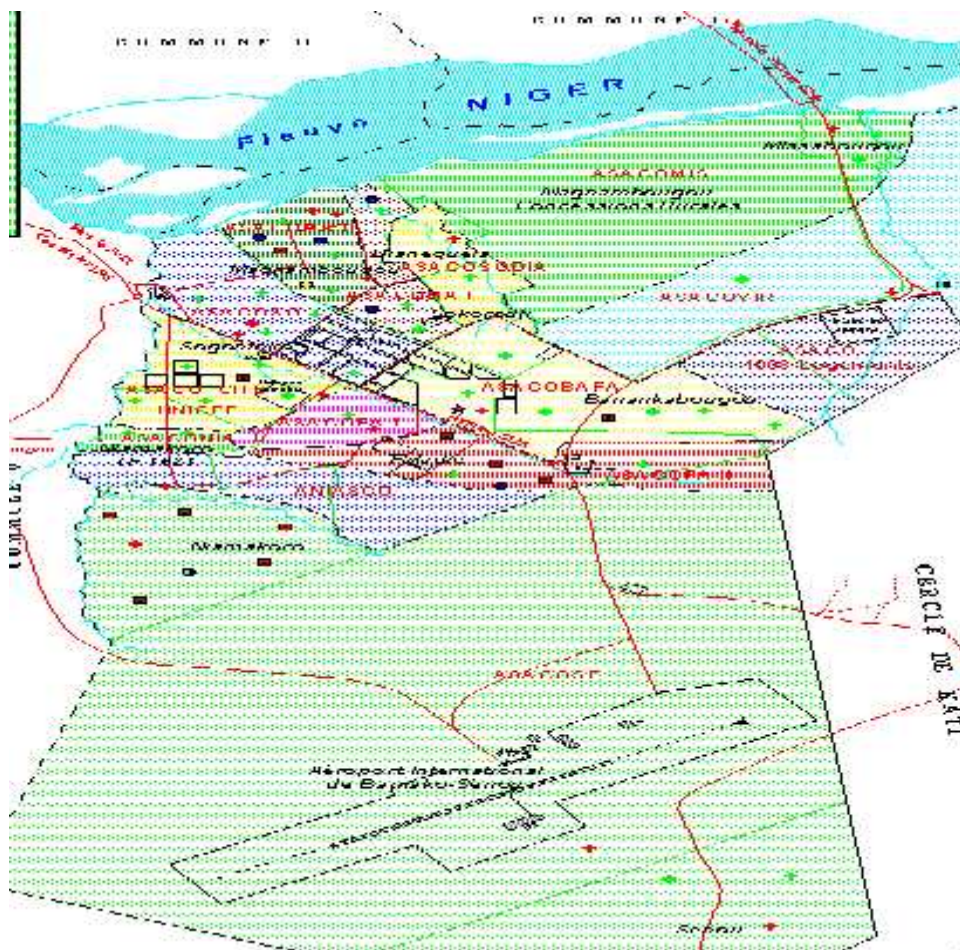


Figure 3: carte sanitaire de la commune VI [10].

III.2- Type et durée de l'étude

L'étude est de type transversal à visée évaluative. L'enquête s'est déroulée en trois semaines. Nous avons fait une enquête exhaustive auprès des accouchées et du personnel de santé des centres retenus dans le cadre de notre étude.

III.3- Echantillonnage

La sélection de l'échantillon a été aléatoire, de 200 accouchées (100 accouchées par centre) et de 25 professionnels de la maternité composés de sages-femmes et d'infirmières obstétriciennes (15 au CSRéf et 10 au CSCCom) ayant consentis à participer à l'étude.

III.4- Critères d'inclusion

- ✓ Tous nouveau-nés entre 0 - 7 jours en bonne santé rencontrés pendant la période d'enquête dans les centres.
- ✓ Toutes accouchées se portant bien après l'accouchement

III.5- Critères d'exclusion

- ✓ Tous nouveau-nés avec souffrance néo-natale ou faisant l'objet d'une hospitalisation.
- ✓ Tous nouveau-nés avec malformations empêchant l'allaitement au sein
- ✓ Tout accouchement prématuré ou avortement
- ✓ Toute accouchée ayant une pathologie en post partum immédiate nécessitant une hospitalisation (hors mis les césariennes simples).

III.6- Validation du questionnaire

Le questionnaire a été corrigé par les encadreurs principalement, le chargé de l'éducation et de la promotion alimentaire et validé par la division nutrition de la Direction Nationale de la Santé

III.7- Pré-test

Il a été fait sur une population cible identique à la population d'étude dans une structure ayant les mêmes caractéristiques que les centres de l'étude. Ce qui nous a permis de corriger et de mieux orienter nos questions.

III.8- Considération éthique

La fiche d'enquête était anonyme et remplissait les conditions d'éthique. Dans les centres de l'étude les médecins chefs ont été approchés avec le protocole du mémoire et la fiche d'enquête. Ils l'ont approuvé avant d'autoriser le début de l'enquête. La procédure de l'interview a commencé par la mise en confiance de l'enquêtée par le secret professionnel et l'explication de l'intérêt de ce travail. Les questionnaires ont été validés par le comité d'éthique de la DNS.

III.9- Procédure de collecte et d'analyse des données

Ce travail a été fait en trois étapes qui sont successivement : la collecte des données, la saisie et l'analyse des résultats, enfin la rédaction du mémoire. Les femmes ont été interrogées après l'accouchement et les professionnelles pendant leurs activités. Ensuite les résultats obtenus, sont saisis par encodage sur SPSS20 et Excel puis analysés et discutés.

IV- Résultats

La partie identification du questionnaire n'a été analysée car elle ressortait dans la méthodologie utilisée.

IV.1- Accouchées

Les résultats suivants sont ceux de l'enquête des 200 accouchées globalement, mais il est à noter que l'échantillon était divisé à part égale entre les deux centres. Aussi le résultat sur l'ethnie n'a pas été pris en compte à cause de son non pertinence sur le sujet.

Tableau 1:Caractéristiques sociodémographiques des accouchées enquêtées :

Ce tableau résume les résultats bruts de l'enquête des 200 accouchées selon leur profil sociodémographique

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs	Pourcentages
Tranches d'âge		
15 à 19 ans	43	21,5
20 à 24 ans	62	31,0
25 à 29 ans	43	21,5
30 à 34 ans	33	16,5
35 à 39 ans	13	6,5
40 à 44 ans	5	2,5
45 à 49 ans	1	0,5
Total	200	100,0
Statut matrimonial		
Mariée	191	95,5
Célibataire	8	4,0
Divorcée	1	0,5
Total	200	100,0
Niveau d'instruction		
Aucun niveau	134	67,0
Primaire	26	13,0
Secondaire	33	16,5
Universitaire	7	3,5
Total	200	100,0
Profession		
Ménagère	142	71,0
Elève/Etudiante	26	13,0
Vendeuse/Commerçante	5	2,5
Artisan	14	7,0
Autres	13	6,5
Total	200	100,0
ATCD obstétricaux		
Primipare	67	33,5
Paucipare	39	19,5
Multipare	62	31,0
Grande multipare	32	16,0
Total	200	100,0
Type d'accouchement		
Césarienne	55	27,5
Normal	145	72,5
Total	200	100,0

Il en ressort de la lecture de ce tableau qu'on retrouve plus souvent des jeunes accouchées (31% sont dans la tranche d'âge de 20 à 24ans) contre 0.5% dans la tranche 45 à 49 ans. Il montre que les ménagères ont une représentativité de 71%. La profession « Autres », signifie les professions minoritaires (comptable ; économiste ; infirmière ; enseignante ; inspecteur de finance ; juriste ;

policrière ; superviseur ; technicienne de bâtiment). La majorité des accouchées enquêtées sont mariées (95.5%), toute fois 4% sont célibataires. La lecture de ce tableau montre également le niveau de scolarisation de l'échantillon (67% des accouchées sont non scolarisées), elle permet de noter aussi, dans les antécédents obstétricaux, le niveau de la parité c'est-à-dire le nombre de grossesse des enquêtées (33% sont primipares). Enfin ce tableau montre la fréquence des accouchements normaux (72.5%).

Tableau 2: les connaissances sur les techniques de l'allaitement maternel

Ce tableau fait ressortir les connaissances des accouchées enquêtées sur les quatre indicateurs d'une bonne technique de l'AM.

Techniques de l'AM	Effectifs	Pourcentages
Les positions des accouchées		
Oui	186	93,0
Non	14	7,0
Total	200	100,0
Les positions de l'enfant		
Oui	154	77,0
Non	46	23,0
Total	200	100,0
La bonne prise du sein		
Oui	178	89,0
Non	22	11,0
Total	200	100,0
Alternance du sein		
Oui	15	7,5
Non	185	92,5
Total	200	100,0

La lecture du tableau 2, note une bonne connaissance des accouchées sur les positions à adoptées pendant l'AM (93 %), et celle de l'enfant (77%), contre une faible connaissance du rythme de l'alternance du sein (7,5%). Toute fois une bonne prise du sein par le bébé a été observée (89%).

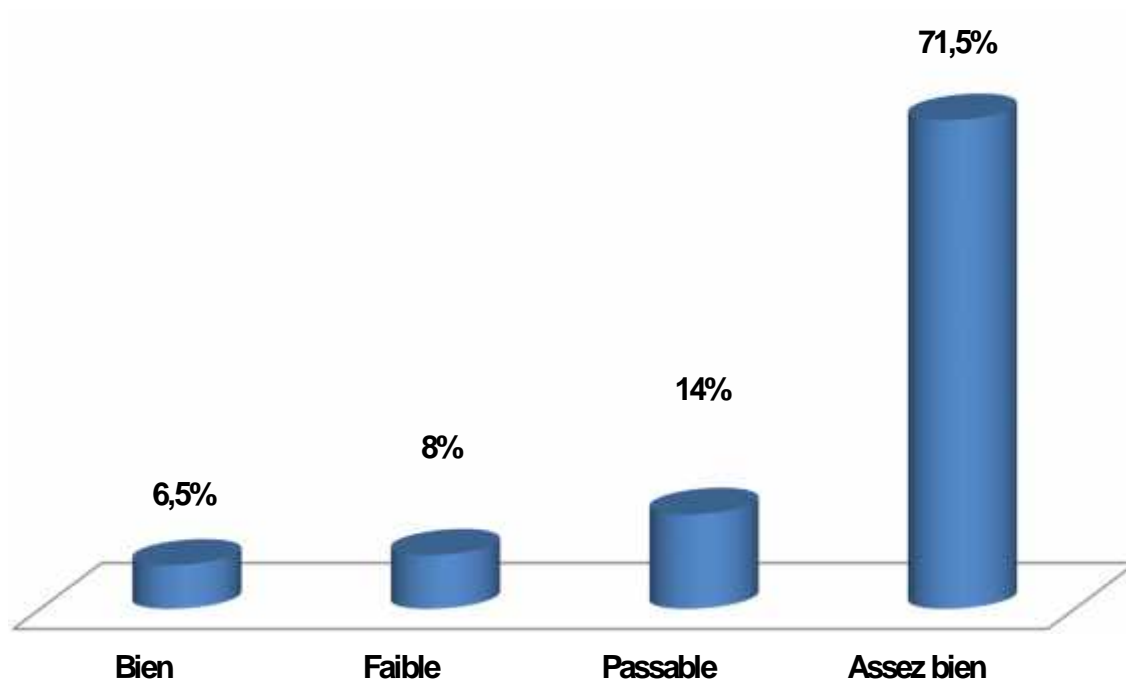


Figure 4: comparaison du niveau de connaissance des accouchées sur les techniques de l'AM

En résumé du tableau 2, et avec la disparité de connaissance entre les quatre indicateurs ; la figure 3 traduit l'appréciation du niveau de connaissance global des accouchées sur bonnes techniques de l'AM, avec 71,5% qui ont une assez bonne connaissance.

Tableau3: Connaissances, attitudes et pratiques sur le colostrum

Ce tableau est le résumé des connaissances, des attitudes et des pratiques sur le colostrum certains de ses résultats sont le fruit d'une observation directe sans questionnement.

CAP sur le colostrum	Effectifs	Pourcentages
Connaissance sur le colostrum		
Oui	105	52,5
Non	95	47,5
Total	200	100,0
Appréciation du colostrum		
Aucun avantage	21	20
Bon pour le bébé	38	36
Contient de la vitamine	3	2,9
Etablit l'affection entre mère et enfant	3	2,9
Evite les maladies du bébé	3	2,9
Favorise la croissance	3	2,9
Aucune appréciation	20	19,0
Lutte contre la diarrhée	2	1,9
Nettoie le ventre du bébé	1	1,0
Rend fort le bébé	7	6,6
Mauvais et sale	4	3,9
Total	105	100,0
Allaitement à la naissance		
Oui	94	47,0
Non	106	53,0
Total	200	100,0
Temps avant la première tétée		
Dans les 30 minutes	39	41,5
Autour d'une heure	55	58,5
Total	94	100,0
Aide reçue par quelqu'un		
Oui	38	19,0
Non	162	81,0
Total	200	100,0
Personnes ressources		
Infirmière	3	7,9
Parent	33	86,8
sage-femme	2	5,3
Total	38	100,0
Consommation d'autres aliments avant la première tétée		
Oui	173	86,5
Non	27	13,5
Total	200	100,0

Les résultats de ce tableau montrent que 52.5% des accouchées connaissent le colostrum parmi les quelles, 37,1% lui donnent comme avantage d'être bon pour le bébé ; contre 3,9% qui le trouvent

mauvais et sale. Ce tableau dénote aussi, le faible taux de mise immédiate au sein (47%) parmi lequel, le temps entre la naissance et l'allaitement tourne autour d'une heure (58,5%). En plus, seuls 19% des accouchées ont pas reçu de l'aide pour la première tétée, parmi lesquels 86.8% l'ont reçue de leurs parents. Ce tableau montre enfin que 86% des nouveau-nés ont reçu d'autres aliments avant le colostrum.

Les variétés d'aliments et les raisons de les avoir donnés sont récapitulées sur les figures 4 et figure 5.

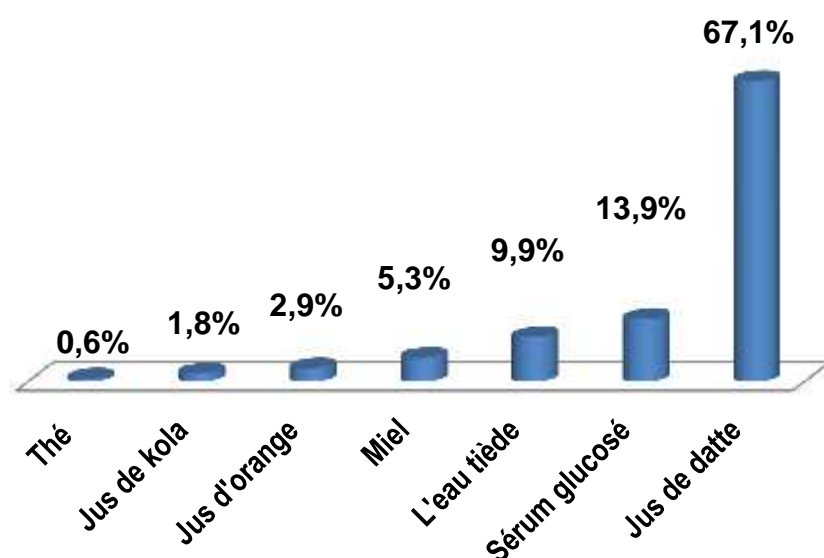


Figure 5: comparaison entre les différents types d'aliments donnés aux nouveau-nés avant le colostrum

Cette figure montre que plus de la moitié des nouveau-nés (67,1%) ont consommé du jus de dattes avant la première tétée.

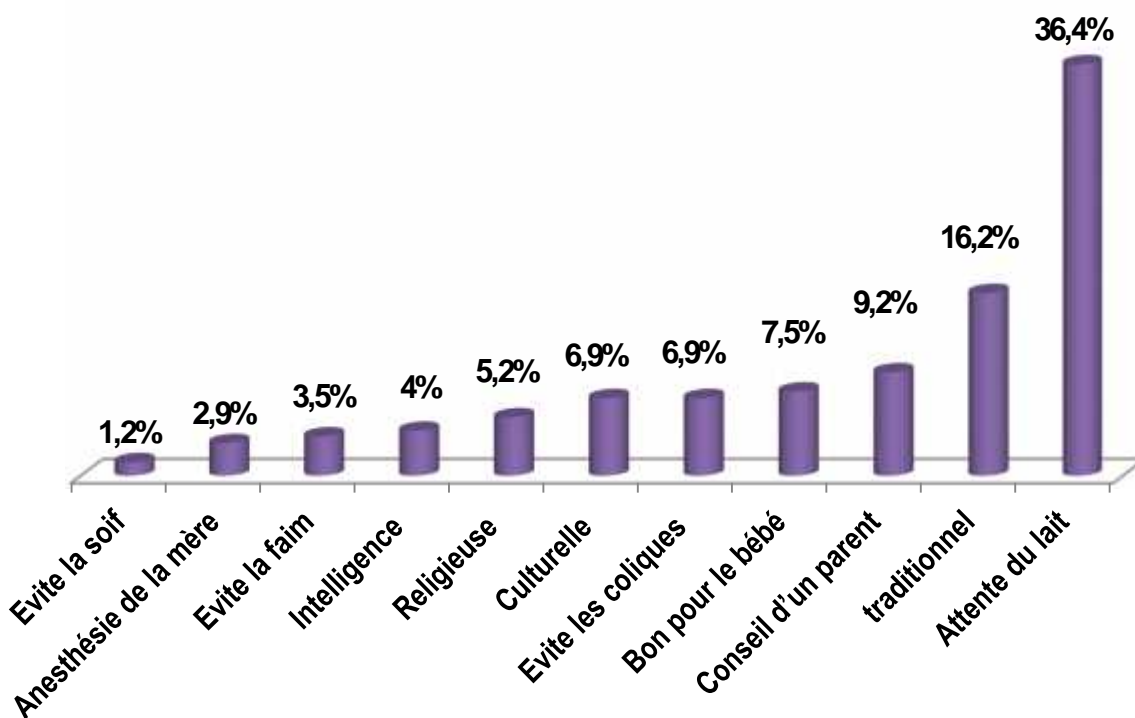


Figure 6: Répartition selon les raisons ou les avantages liés aux aliments donnés avant le colostrum

Cette figure compare les raisons qui ont poussées les accouchées à donner d'autres aliments avant de donner la première tétée et il en ressort que 36,4% le font en attendant la montée laiteuse et 16,2% le font traditionnellement.

IV.2- Agents de santé

Ce sont les résultats globaux des 25 agents de santé, avec 15 au CSRéf et 10 au CSCom. Toutes les questions pour les agents de santé n'ont pas été prise en compte seuls ceux jugés pertinents ont fait l'objet d'analyse.

Tableau 4: Répartition des agents selon leur caractère socioprofessionnel

Ce tableau retrace les caractères socioprofessionnels des agents de santé enquêtés.

Caractères socio- professionnels des agents	Effectifs	Pourcentages
Tranche d'âges		
20 à 29 ans	4	16,0
30 à 39 ans	9	36,0
40 à 49 ans	4	16,0
50 à 59 ans	8	32,0
Total	25	100,0
Profession		
Infirmière	9	36,0
Sage-femme	16	64,0
Total	25	100,0
Expériences professionnelles		
Moins de 5 ans	4	16,0
5 à 10 ans	10	40,0
Plus de 10 ans	11	44,0
Total	25	100,0
Services dans les régions		
Oui	20	80,0
Non	5	20,0
Total	25	100,0
Niveau d'échelon de la pyramide sanitaire		
CSCOM	10	40,0
CSRéf	10	40,0
Hôpital régional	5	20,0
Total	25	100,0

La lecture de ce tableau, fait ressortir un vieillissement des agents (32%) sont dans la tranche d'âge comprise entre 50 et 59 ans ; avec 64% de sages – femmes et une expérience professionnelle de plus de dix ans (44%). Ce tableau montre aussi que 80% des agents ont, au cours de leurs expériences professionnelles servi dans les régions ; avec comme lieu de service les hôpitaux régionaux (20%) le CSCOM et le CSRéf sont à 40% chacun.

Tableau 5: Répartition des agents selon les CAP sur l'AME

Ce tableau traduit les niveaux de connaissances, des attitudes et des pratiques sur l'AME en général chez les agents de santé enquêtés.

Généralités et CAP sur l'AME	Effectifs	Pourcentages
Période du counseling		
après l'accouchement	8	32,0
en CPN et CPON	1	4,0
en CPON	2	8,0
lors des CPN	4	16,0
lors des CPN et dans les suites de couche	10	40,0
Total	25	100,0
Types de rôle évoqués par les agents		
Aider et accompagner la maman à faire téter son bébé	6	24,0
Conseiller et assister la femme dans la pratique de l'allaitement	7	28,0
Expliquer aux accouchées les bienfaits du colostrum	5	20,0
IEC; information sensibilisation	3	12,0
Mettre le nouveau-né au sein dès la naissance	4	16,0
Total	25	100,0
Aide à toutes les accouchées		
Oui	11	44,0
Non	14	56,0
Total	25	100,0
Raisons de n'avoir pas aidé à la mise au sein immédiate		
à cause de l'anesthésie	8	57,2
Surcharge du travail	1	7,1
en cas de mère séropositive	4	28,5
Indiqué pour les accouchements normaux seulement	1	7,1
Total	14	100,0

Les résultats de ce tableau montrent que 40% des agents font le counseling sur l'allaitement maternel exclusif lors des consultations prénatales et dans les suites de couche et 24 % des agents, seulement savent leur rôle dans la pratique de la mise au sein immédiate après la naissance. Aussi, 56% des agents de santé n'aident pas toutes les accouchées, et 57,1% affirment qu'après une césarienne à cause de l'anesthésie ; elles ne font pas la mise immédiate au sein.

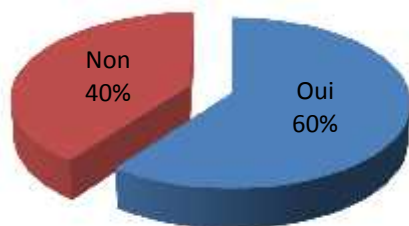


Figure 7: Formation reçue

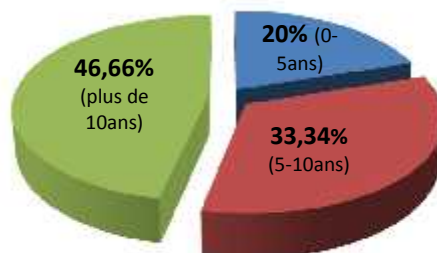


Figure 8: le temps écoulé depuis la dernière formation

Ces figures donnent les résultats sur un éventuel besoin de formation continue sur l'AME. Ainsi 60% des agents ont suivi une formation sur l'allaitement maternel exclusif (figure7) et les 46,66% des formations reçues remontent à plus de 5ans (figure8).

V- Commentaires et discussions :

❖ Pour ce qui est des caractères sociodémographiques

Tel constaté dans les résultats du tableau 1, dans la population étudiée on retrouve le plus souvent des jeunes mamans (31%). Aussi le plus souvent les accouchées enquêtées sont mariées (95%), toute fois les 4% des accouchées célibataires ne sont pas négligeables car c'est un facteur défavorisant de l'AME; et très généralement, elles représentent les grossesses indésirées, ainsi les accouchées célibataires pourraient refuser de donner le sein à leur bébé au risque de perdre la forme des seins. 71% sont ménagères qui devraient être l'idéal pour mieux allaiter exclusivement les bébés vu que leur seule occupation est le ménage. Le taux de non scolarisation est de 67%, le niveau secondaire représente 16,5% impliquant qu'il faut plus d'efforts de la part des agents de santé dans la sensibilisation et l'éducation des pratiques de l'AME en général et la mise au sein immédiate après la naissance, afin d'ébranler toutes les attitudes et les pratiques socioculturelles négatives. Concernant la parité, les primipares sont les plus représentées (33,5%) ce qui est en concordance avec la tranche d'âge la plus représentée. En plus, les primipares n'ont pas d'expériences ni assez de connaissances par rapport à l'accouchement et tout ce qui s'en suit. Ainsi elles ont besoin d'assistance et d'accompagnement à toutes les étapes de la grossesse à l'accouchement. Enfin le taux élevé des accouchements normaux par voie basse (72,5%) est l'indication absolue de faire la mise au sein

immédiate même si tout l'échantillon a été choisi avec les indications de la mise immédiate après la naissance.

Ces résultats sont proches de ceux d'une étude similaire au Mali, effectuée en 2010 par Mariko [10], qui a montré une tranche d'âge prédominante de 20 – 29 ans (50,5%), 28,3% de primipares ; 90,3% des mariées et 8,3% de célibataires. Il a également trouvé 52% de ménagères, le taux de non scolarisées à 32%. Ces résultats sont également proches de ceux d'une autre étude réalisée au Mali par Keita [13], dans laquelle les femmes non scolarisées représentaient 43%, et un niveau supérieur 4%. Les ménagères étaient les plus représentées dans cette étude avec 67%, et avec un taux de l'allaitement exclusif de 64 %.

❖ **En ce qui concerne les techniques de l'allaitement maternel**

La majorité des accouchées ont une assez bonne connaissance (71,5%), cependant il y a 8% qui ont une faible connaissance sur les techniques de l'AM. Surtout que cette appréciation est globale, alors que dans les réponses spécifiques des quatre indicateurs il y avait une disparité : les accouchées donnent une bonne réponse sur trois mauvaises réponses ou vis versa. Cette appréciation des techniques de l'allaitement est primordiale pour l'évaluation de la pratique de l'AME. Et elle peut être déterminante pour la continuité ou le maintien de l'allaitement. Par exemple si la maman ne connaît pas la bonne prise du sein par le bébé, le bébé ne pourra pas bien sucer, il se fatigue rapidement et il a faim quelques minutes après. Finalement il pourrait y avoir une augmentation des fréquences des tétées, pouvant entraîner chez la maman de la fatigue ou des douleurs.

❖ **Concernant les CAP sur le colostrum**

La méconnaissance du colostrum par les accouchées (47%) traduit que ces accouchées ne prêtent pas d'attention et ne font pas de différence concernant leur lait. Néanmoins 53% le connaissent; mais là aussi avec une méconnaissance de ses avantages (24% ne donnent aucun avantage au colostrum et 20% n'ont aucune appréciation du colostrum). En plus il y a 3,9% des accouchées enquêtées qui connaissent le colostrum mais qui disent que de par sa coloration jaunâtre ; c'est mauvais et sale donc ; elles le jettent avant de donner le sein à son bébé, ce qui montre une mauvaise perception sur le colostrum. Quant à la mise immédiate au sein, 53% des enquêtées ne l'ont pas fait; parmi celle qui affirment avoir donné le sein après la naissance seul 41,5%, l'avaient fait dans les trente minutes qui ont suivi la naissance, comme le recommande le protocole national. Ce résultat est proche de celui d'une étude effectuée au Mali en 2010 par Fosto [15], qui avait trouvé 23,8% de mise immédiate au sein et de celui de Traoré [16], en 2010 qui a trouvé 39,4%. Les accouchées ont donné autres aliments à leur

nouveau-né avant le colostrum dans 86,5% des cas. L'aliment le plus donné est le jus de datte dans 67,1% des cas, dont les deux causes principales sont : l'attente de la montée laiteuse (36,4%) et la raison traditionnelle (16,2%). Ces résultats peuvent trouver leur justification dans la revue de la littérature sur l'allaitement maternel en Afrique qui montre que le colostrum n'est pas bien perçu dans certaines régions de l'Afrique de façon traditionnelle.

❖ **Par rapport aux résultats sur les agents de santé**

L'âge moyen est compris entre 30 et 39 ans dans 36% parmi les enquêtées toute fois nous constatons un vieillissement des agents (32% entre 50 et 59ans) qui nécessite une formation continue de ces agents, en confirmation avec le fait que les résultats montrent que 60% des agents ont reçu une formation sur l'AME, parmi lesquels 46,66% en ont eu il y a plus de cinq ans. La majorité des enquêtées étaient des sages - femmes des enquêtées (64%) qui devrait être un atout pour avoir les bonnes réponses à cause de leur niveau d'étude; 44% des agents enquêtés ont une expérience professionnelle de plus de dix ans et 80% ont fait un temps de service dans les régions. Les postes de santé régionaux, occupés par les agents de santé, était le CSCom (le premier niveau de la pyramide sanitaire) et le CSRéf (le deuxième échelon de la pyramide sanitaire) avec 40% chacun. Ce ci appui un peu l'imprégnation des services de soins en matière de l'AM en milieu rural parce qu'ils sont les plus proches de la communauté et les plus fréquentés. Quant à la connaissance des agents, seuls 24% connaissent réellement leur rôle dans la pratique de la mise immédiate au sein. Cela aussi montre qu'ils ne savent pas que la mise au sein immédiate est indépendante du type d'accouchement et qu'elle dépend seulement de l'état de santé de la mère et de l'enfant. Même après une césarienne simple, la mise immédiate au sein doit être faite.

Ces résultats permettent d'analyser et de planifier des stratégies d'interventions pour un changement positif à long terme. Ainsi, nous proposons un projet professionnel dans cette perspective.

❖ **En somme d'une façon générale** : nous pouvons déduire à partir des résultats pertinents que :

Les connaissances sur le colostrum ne sont pas bonnes. Ce qui pourrait être dû aux opinions traditionnelles ; car pour certaines accouchées, le colostrum de par sa coloration jaunâtre n'est pas bon ou est sale ce qui traduit son rejet. D'autres ne prêtent pas attention au colostrum donc ne le connaissent même pas. Il y en a aussi qui ignorent les avantages du colostrum. Beaucoup ne savent pas que le colostrum doit être le premier aliment à être consommé par le nouveau-né car il est le plus adapté pour être digéré par le nouveau-né, il facilite et rétablit le transit chez le bébé ; il permet aussi l'évacuation du méconium. Ainsi par méconnaissance 53% des nouveaux nés de l'étude n'ont pas été

allaités dès la naissance et n'ont probablement pas bénéficié du colostrum. En ce sens ils ont plutôt consommé d'autres aliments pour leur première alimentation. Cette étude a permis de noter que les dattes sont significatives au Mali à tel point qu'elles sont les plus utilisées dans la première alimentation du nouveau-né. Ce phénomène pourrait avoir son explication dans les perceptions traditionnelles, culturelles et religieuses transmises de génération en génération jusqu'à un niveau où d'autres le font sans raisons. Les méconnaissances vont loin car la plus part des accouchées ne savent pas que c'est la fréquence des tétées qui favorise la montée laiteuse, (36,6% donnent autres choses en attendant la montée laiteuse). Elles trouvent toujours une alternative pour calmer la faim du bébé à la place du sein en donnant : eau ; sérum glucosé, jus de kola ; miel ; jus d'orange etc. qui sont mauvais pour le nouveau-né qui est encore fragile et de là pourrait commencer un début de malnutrition chronique chez l'enfant.

Les attitudes face à la mise au sein immédiate après la naissance ne font pas l'unanimité pour des raisons diverses; soit parce que l'accouchée donne un autre aliment avant la première tétée, soit elle trouve qu'elle doit être plus propre c'est-à-dire rentrer à la maison pour pouvoir donner le sein à l'enfant ou soit les agents de santé séparent pendant longtemps les nouveaux nés de leurs mères et ne jouent pas leur rôle d'aide pendant cette période.

Les pratiques de la mise au sein immédiate après la naissance ne se font pas correctement. Ceci peut être dû à plusieurs raisons : premièrement les agents de santé qui doivent donner les informations nécessaires à la femme enceinte avant le terme de sa grossesse afin qu'elle sache les inconvénients de la mauvaise pratique de l'allaitement. C'est aussi au cours des consultations prénatales que la future maman doit apprendre toutes les bonnes pratiques de l'allaitement maternel, mais il n'y a que 40% des agents de santé enquêtés qui le font. Aussi ils doivent aider et accompagner les accouchées dans la première tétée, mais ils sont plus de la moitié (56%) à ne pas le faire, pour des raisons qui ne sont pas toujours pertinentes, ou c'est probablement par la négligence de la part des agents de santé. Secondairement, les accouchées elles-mêmes qui par la douleur du travail d'accouchement ou par peur de la succion du sein par le bébé (surtout chez les primipares) oublient tous les conseils et informations reçus au cours de la grossesse ; tout cela fait que cette pratique rencontre beaucoup de difficultés dans sa réalisation. Et tertièmement les proches de l'accouchée : son mari sa belle famille, ses amis... qui donnent leur perception de la pratique de la mise au sein immédiate et si cette perception n'est pas bonne, elle influence sur celle de l'accouchée et l'empêche de donner le sein immédiatement après la naissance.

❖ **Les limites de l'étude** : ce sont :

- La durée de l'étude
- La quasi inexistence des données spécifiques sur la mise immédiate au sein.
- L'échantillon et le lieu qui ne permettent pas une extrapolation sur tout le district de Bamako
- La transcription en langue locale (Bambara) des questions et les réponses en Français

VI- Recommandations et conclusion

VI.1 – Recommandations

Au terme de cette étude, et en réponse à la problématique du sujet, au vu de nos résultats, nous recommandons:

 Aux autorités des centres de santé où l'étude a été faite

- ❖ De veiller à l'application des recommandations nationales.
- ❖ De mener une supervision interne de ses agents

 Aux agents de santé

- ❖ D'assurer pleinement leur rôle dans la promotion de l'AME en général et en particulier la mise immédiate au sein.
- ❖ D'être plus rigoureux dans l'application des recommandations.

 Aux mères

- ❖ De s'informer sur l'AME
- ❖ De bien pratiquer l'AME et le commençant par la mise immédiate au sein.

 A la DNS/DN

- ❖ D'intégrer la mise au sein immédiate dans les indicateurs de surveillance nutritionnel des enfants.
- ❖ De développer des politiques et des stratégies efficaces et efficientes à long terme dans le PSNAN
- ❖ De faire la formation continue des agents de santé sur les nouvelles directives de l'AME
- ❖ De promouvoir l'AM en tenant compte de la spécificité du pays car le Mali n'a jamais connue de problème d'AM mais plutôt son exclusivité qui doit commencer dans les trente minutes qui suivent la naissance.

VI.2- Conclusion

En sommes, cette étude a permis de s'imprégner de la situation actuelle de la mise au sein immédiate et d'identifier les insuffisances dans la pratique de la mise immédiate au sein qui sont : la méconnaissance du colostrum par certaines accouchées ; la consommation d'autres aliments avant le colostrum par plus de la moitié des accouchées enquêtées ; la méconnaissance du processus de la lactation (l'attente de la montée laiteuse a été l'une des raisons la plus fréquente de donner d'autres aliments avant la première tétée, alors que c'est en faisant téter que la montée laiteuse se fait). Cette étude a permis également d'apprécier les difficultés ou les freins dans la pratique de la mise immédiate au sein qui sont : les facteurs socioculturels (la religion, la culture, la tradition et l'habitude) ; la non maîtrise de leur rôle dans cette pratique par les agents de santé. Les avantages de la mise au sein immédiate systématique sont attribuables à ceux du colostrum et à la prévention de l'hémorragie du post partum immédiate qui pourrait contribuer à l'atteinte des OMD 4 (Réduire la mortalité infantile) et OMD 5 (Améliorer la santé maternelle). En fin, cette étude a permis d'avoir une idée sur les perceptions sur le colostrum. Et une proposition de projet, découlant de toute la problématique du sujet, afin de permettre l'adoption systématique de la mise au sein immédiate. En effet, tous les objectifs de l'étude ont été atteints et toutes les hypothèses ont été confirmées. L'étude a vu une de ses recommandations appliquée, car la direction nationale de la santé/division nutrition a intégré la mise au sein immédiate après la naissance comme indicateur de la surveillance nutritionnelle des enfants pendant l'étude. Ce qui a répondu à la recommandation 1 ci-dessus faite à la DNS/DN.

VII- Perspectives : Proposition de projet professionnel

Thème de ce projet : Adoption systématique de la mise immédiate au sein dans tous les centres de santé au Mali.

Objectif: Renforcer la pratique de l'allaitement maternel exclusif au Mali

Cibles: les agents de la santé maternelle

Axes stratégiques:

1. Formation sur l'AME: elle sera donnée aux agents de santé pour leur permettre de bien cerner les enjeux et leur rôle dans la mise en pratique au sein immédiate à la naissance.
2. Sensibilisation : elle se fera parallèlement à la formation des agents de santé et concernera tout la population adulte en général (accouchées, pères et entourage) afin que celle-ci interpelle si nécessaire les agents de santé face à leur responsabilité.
3. Suivi-évaluation : pour cela il faut non seulement, intégrer la mise immédiate au sein dans les indicateurs de surveillance nutritionnelle des enfants mais aussi dans les indicateurs d'accouchements normaux. Ce qui permettra d'avoir des données épidémiologiques pour la mise immédiate au sein.

Ainsi pour mieux évaluer la faisabilité du projet, nous avons décidé de mettre l'accent sur : ses forces, ses faiblesses, ses opportunités et les menaces qui peuvent peser sur le projet.

- ❖ **Force** : il y a une détermination du ministère de la santé et celui de l'enfance dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif au Mali
- ❖ **Faiblesses** : il y a la non application des normes et un manque de suivi-évaluation
- ❖ **Opportunité** : il y a des partenaires.
- ❖ **Menaces** : il y a trois types de menaces dont
 - a) une insuffisance du personnel soignant qualifié surtout de la santé maternelle et infantile dans le pays ;
 - b) le vieillissement des agents, qui nécessite des formations continues et constantes
 - c) les considérations de la tradition et de la culture.

Références Bibliographiques :

1. OMS; UNICEF: « L'allaitement maternel : Un but gagnant pour la vie » (OMS et UNICEF) [Internet]. Intellivoire. [cité 29 déc 2014]. Disponible sur: <http://intellivoire.net/lallaitement-maternel-but-gagnant-vie-oms-unicef/>
2. KONE. M: connaissances, attitudes et pratiques sur l'allaitement maternel chez les mères consultant dans le service de pédiatrie dans le CHU Gabriel TOURE en 2009 09M533.pdf 113 pages [Thèse]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2009/med/pdf/09M533.pdf>
3. OMS | Allaitement: L'allaitement maternel exclusif [Internet]. WHO. [cité 23 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/>
4. OMS; FISE: Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: Rôle spécial des services liés à la maternité; déclaration conjointe de l'OMS et du FISE/ OMS FISE. Genève OMS 1989. 32pages
5. NGARAMBE. A: Appreciation-niveau-connaissance-femmes-enceintes-allaitement-maternel-gitwe du 29 juin au 15 août 2006, 33 pages [Internet]. Mémoire Online. [cité 29 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.memoireonline.com/12/08/1781/Appreciation-niveau-connaissance-femmes-enceintes-allaitement-maternel-gitwe.html>
6. Enquête Démographique et de Santé du Mali: EDSM V: 2012-2013: Rapport préliminaire, INFO-STAT; Cellule de planification et de la statistique CPS; Ministère de la santé; institut national de la statistique INSTAT; Ministère de l'économie, des finances et du budget et ICF international 43 pages . [cité 7 août 2014]. Disponible sur: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR33/PR33.pdf>
7. OMS | Mali: Mali: Statistiques [Internet]. WHO. [cité 23 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/countries/mli/fr/>
8. UNICEF: La Semaine mondiale de l'allaitement maternel: l'allaitement maternel juste après la naissance peut sauver la vie des nourrissons 2007 [Internet]. [cité 23 déc 2014]. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/nutrition/index_40463.html
9. TOGOLA. M: Evaluation finale du programme de nutrition communautaire dans les CSCom de FARABA(Koulikoro) de Monimpébougou (Ségou), de Niamakoro et de Sébénikoro (District de Bamako), 2010, 114 pages 10M221.pdf [Thèse]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M221.pdf>
10. MARIKO. O: Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur l'allaitement maternel exclusif dans le quartier de Sogoniko en commune VI du district de Bamako. 2010 119 pages 10M380.pdf [Thèse]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M380.pdf>
11. Epifane: Epidémiologie en France sur l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie: 16 janvier et 15 avril 2012. [Internet]. Le Monde.fr. [cité 23 déc 2014]. Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2012/09/18/la-pratique-de-l-allaitement-varie-fortement-en-fonction-du-niveau-social-de-meres_1761653_3224.html

12. DIALLO. F: problématique de l'allaitement maternel au Mali, cas à la PMI de Bamako 2004, 60 pages 05P12.pdf [Thèse]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2005/pharma/pdf/05P12.pdf>
13. FOTSO MEFO. P: connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière de nutrition et de santé chez les enfants de 6 à 59 mois dans le cercle de Bougouni, 2010, 92 pages 10M194.pdf [Thèse]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M194.pdf>
14. TRAORE. B: Mode d'alimentations et statut nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans le district sanitaire de Yanfolila, 2010, 134 pages 10M481.pdf [Thèse]. [cité 4 août 2014]. Disponible sur: <http://www.keneya.net/fmpos/theses/2010/med/pdf/10M481.pdf>

Annexes

Annexe1 : Présentation de la République du Mali :

Le Mali est un vaste pays continental situé en Afrique de l'Ouest. Avec 1 241 238 km², il partage 7 200 km de frontières avec 7 autres pays qui sont : l'Algérie au Nord, le Niger et le Burkina-Faso à l'Est, la Côte d'Ivoire et la Guinée au Sud, le Sénégal et la Mauritanie à l'Ouest. Sa population est estimée à 15 968 882 habitants avec une densité de 12,8 habitants au km² en 2013 et un taux d'accroissement de 3,23% en 2014. Cette population assez jeune 47,8% ont moins de 15 ans est essentiellement rurale 64% en 2012⁹.

Le Mali compte huit régions administratives (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal) plus le District de Bamako qui est la capitale. Chaque région est divisée en cercles et les cercles sont subdivisés en communes. Il ya au total 703 communes dont 684 communes rurales et 19 communes urbaines (y compris les 6 communes de Bamako).

L'économie malienne a souffert de la crise. Le PIB malien a enregistré en 2012 un recul de 1,2%, après une année 2011 dont la croissance avait déjà été assez faible 2,1%. Les secteurs secondaires -2,2% et tertiaire -8.8% sont particulièrement affectés. La baisse du PIB est cependant moins forte que prévue, notamment grâce à la bonne tenue des secteurs agricole (coton, riz, céréales sèches sous l'effet de conditions climatiques favorables) et minier (activités aurifères). Il faut noter que l'agriculture représente 38,8 % parmi les principaux secteurs d'activités dans le PIB, l'industrie 21,9 % et les services 39,3 % [13].

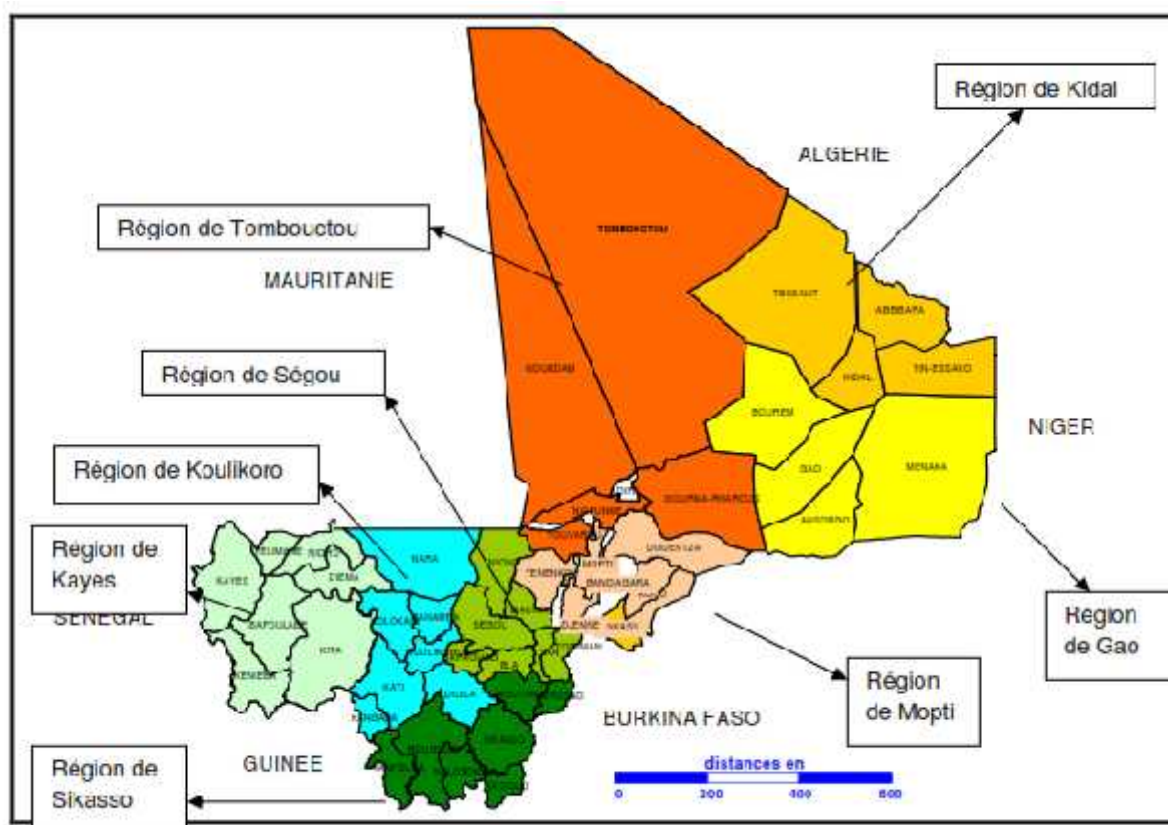
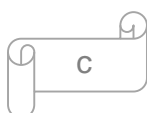


Image : la carte administrative du Mali. **Source**: Enquête démographique et de santé du Mali, EDMS IV, CPS/Santé, DNSI, Macro International, décembre 2007, 497 p.

⁹ Source de l'information : EDMSIV

Le Mali, pays dont la population qui jusque là, est encore essentiellement rurale, connaît une urbanisation croissante. La population urbaine, estimée à 3,3 millions d'habitants en 2006 soit moins d'un tiers de la population totale devrait atteindre les 12 millions en 2025, soit environ la moitié de la population totale. Cette urbanisation, souvent anarchique, engendre plusieurs conséquences : diminution des espaces verts, occupation des berges et des bas fonds avec des problèmes d'insalubrités et des risques d'inondation, une augmentation importante du volume des déchets dont beaucoup ne sont pas traités, entraînant une prolifération des dépotoirs sauvages, une aggravation des problèmes d'assainissement. Les pollutions atmosphériques sont également en développement, notamment dans la capitale Bamako, en raison de la consommation de bois pour la cuisson et des énergies fossiles pour l'industrie et les véhicules motorisés ¹⁰

¹⁰ Measure DHS, MACRO International Inc, Calverton, USA. Demographic and health surveys. Disponible sur: [http : //www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)



Annexe 2 : Questionnaire sur l'allaitement maternel : AM

« Etude CAP sur la mise au sein immédiate après la naissance »

Identification

Région de Commune Aire de santé de.....

Début de l'enquête /___/___/___ Numéro de la fiche d'enquête /___/ Date de l'enquête/___/___/___

A- Pour l'accouchée

Age /___/___/ Ethnie..... Profession.....

Statut matrimonial : Mariée Célibataire Divorcée Union libre

Niveau d'instruction : Aucun Primaire Secondaire Universitaire

Niveau d'instruction (conjoint) : Aucun Primaire Secondaire Universitaire

Antécédents obstétricaux : G.....P.....V.....D.....

Type d'accouchement..... Sexe du nouveau-né : M F

Connaissez-vous les bonnes techniques de l'allaitement maternel c'est-à-dire :

Les positions de la mère ? OUI NON Les positions de l'enfant ? OUI NON

La bonne prise du sein par le bébé ? OUI NON

Vider un sein avant de passer à l'autre ? OUI NON

Connaissez-vous le premier lait juste après l'accouchement (colostrum) ? OUI NON

Si oui,

L'enfant a-t-il été allaité dès sa naissance ? OUI NON

Si oui quel a été le délai ? 30mn 1heure Autres

Avez-vous donné d'autre(s) aliments(s) avant le début de la première tétée ? OUI NON

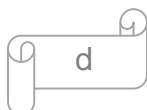
Si oui : - Quels sont ses aliments ?

Quelles sont les raisons ?

- Avez-vous été aidé par quelqu'un pour la première tétée ? OUI NON

Si oui ; par qui ?

Merci d'avoir répondu à nos questions !!!



B- Pour les agents de santé

Age/_____/ Profession

Expériences professionnel

Avez-vous servi dans les régions ? OUI NON

Si oui à quel niveau du pyramide sanitaire ?

Avez-vous reçu une formation sur l'AME ? OUI NON

Si oui quand ?

Connaissez-vous les recommandations de l'OMS sur l'AME ? OUI NON

Appliquez-vous ces recommandations ? OUI NON

Quand faites-vous le counseling sur l'AME ?

Connaissez-vous votre rôle dans la pratique de la mise au sein immédiate après la naissance ? OUI
NON

Si oui quel est votre rôle ?

Aidez-vous la nouvelle maman à donner la première tétée ? OUI NON

Si oui le faites-vous pour tous les types d'accouchements ? OUI NON

Si non pourquoi ?

Merci d'avoir répondu à nos questions

