HAL
open science

État des lieux de l'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité de Voiron : étude descriptive prospective

Laetitia Verilhac

To cite this version:

Laetitia Verilhac. État des lieux de l'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité de Voiron : étude descriptive prospective. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743934

HAL Id: dumas-00743934

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743934v1

Submitted on 22 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n’a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l’utilisation de ce document.

D’autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A LA MATERNITE DE VOIRON

Etude descriptive prospective

Mémoire soutenu le 29 Mai 2012

Par : VERILHAC Laetitia

Née le 28/09/1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A LA MATERNITE DE VOIRON

Etude descriptive prospective

Mémoire soutenu le 29 Mai 2012

Par : VERILHAC Laetitia

Née le 28/09/1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

Je remercie les membres du Jury :

Mme le Docteur Pascale HOFFMANN, MCU-PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble ;

Mr le Docteur Patrice BARO, PH en Psychiatrie au CHU de Grenoble ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine VASSORT, sage-femme enseignante cadre supérieure ;

Mme Delphine LAURENT, sage-femme au CHU de Grenoble ;

Mme Laurence COMBET-BLANC, sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes.

Je remercie plus particulièrement :

Mme Evelyne DOUILLET, infirmière puéricultrice et consultante en lactation au CH de Voiron et Mme Audrey ETIENNE, sage-femme et consultante en lactation au CH de Voiron, directrices de ce mémoire

pour m'avoir accompagnée dans l'élaboration de ce travail avec une grande disponibilité et de précieux conseils,

Mme Laurence COMBET-BLANC, sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes, guidante de ce mémoire

pour ses conseils, son aide précieuse et son soutien,

L'équipe soignante du CH de Voiron

pour leur aide dans la bonne réalisation de cette étude,

Les mamans et leur bébé

pour leur participation à cette étude.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS 1
I. INTRODUCTION 2
II. MATERIEL ET METHODE 4
1. Type d'étude : 4
2. Population : 4
3. Recueil des données : 4
4. Critères de jugement 5
5. Traitement des données et analyse statistique 7
III. RESULTATS 8
1. Caractéristiques de la population : 9
2. Taux d'allaitement : 9
3. Etat des lieux de la prise en charge en salle d'accouchement 10
4. Etat des lieux durant le séjour en maternité 11
5. Motifs de sevrage partiel 13
6. Motifs de sevrage total 14
7. Contact des professionnels à la sortie de la maternité : 15
IV. DISCUSSION 16
1. Limites et biais de l'étude 16
2. Discussion des résultats 17
a) Caractéristiques de la population : 17
b) Le taux d'allaitement 17
c) Préparation à la naissance : 19
d) Peau à peau : 19
e) Mises au sein à J0 J1 : 20
f) Manque de lait : 21
g) Observation des tétées 22
h) Décision personnelle : 23
i) Reprise du travail : 24
j) Contact des professionnels à la sortie 24
V. CONCLUSION 26
VI. BIBLIOGRAPHIE 28
ANNEXE 1 : AFFICHE EN SALLE D'ACCCOUCHEMENT 30

ANNEXE 2 : AFFICHE EN SUITES DE COUCHES 31
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE REMPLI PAR LES MERES 32
ANNEXE 4 : FICHE DE SUIVI EN SUITES DE COUCHES (recto) 34
ANNEXE 4 : FICHE DE SUIVI EN SUITES DE COUCHES (verso) 36
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE A UN MOIS 37
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE A TROIS MOIS 39

ABREVIATIONS

AM : Allaitement Maternel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Santé et Nutrition

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

CH : Centre Hospitalier

PAP : Peau à Peau

SA : Salle d'Accouchement

SF : Sage-Femme

I. INTRODUCTION

L'allaitement maternel (AM) satisfait à lui seul les besoins nutritionnels du nourrisson pendant les six premiers mois de sa vie, et, a de nombreux bénéfices sur la santé de l'enfant et de sa mère. [1 ; 2 ; 3 ; 4]

De nombreuses organisations, nationales et internationales, telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF), le troisième Programme National Nutrition et Santé (PNNS) 2010-2015, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandent un AM exclusif jusqu'à six mois. [1 ;3 ;5 ;6 ;7 ;8 ;9 ;10 ;11]

La prévalence et la durée de l'AM en France, malgré une augmentation ces dernières années, sont parmi les plus faibles d'Europe. [12]

En 2003, seulement 62,6% des femmes allaitent à la sortie de la maternité dont 56,3% d'allaitement exclusif et 6,3% d'allaitement partiel. La durée médiane d'AM était de deux mois et seulement 25% continuent encore à trois mois et plus. [13 ;14]

En 2010, selon l'enquête périnatale française, 68,7% des enfants sont allaités au sein dont 60,2% le sont totalement. [15]

En 2002, le taux d'initiation de l'AM est de 70% en Isère, ce qui classe le département parmi les plus élevés de France. [13]

La promotion de l'AM est un objectif de la politique de santé nationale depuis de nombreuses années. L'OMS et l'UNICEF font la promotion de l'AM avec la diffusion des « Dix conditions pour le succès de l'AM » [7 ;19] , dans le cadre de l' «Initiative Hôpital Amis des Bébés » (IHAB) lancée en 1992 [12 ;16 ;17] et revue en 2006. [16] L'IHAB est une démarche de qualité permettant d'intégrer les recommandations professionnelles dans la pratique quotidienne des maternités.

Sur le plan national, après le PNNS 2006-2010 qui visait à augmenter de 55% à 70% le taux d'AM exclusif à la naissance ainsi que la durée de l'AM [5] ; le PNNS 3 2010-2015 se fixe pour objectif de promouvoir l'AM afin d'augmenter le taux d'initiation et l'allaitement au long cours tout en ayant un regard objectif sur l'AM pour permettre un

véritable choix éclairé.[11] La HAS, a elle aussi, émit des recommandations techniques en juin 2006 pour favoriser l'AM. [6]

Au pôle femme-enfant de Voiron, il n'y a aucune donnée sur le taux d'AM à la sortie de la maternité, ni sur la durée des AM. Depuis 1996, une partie du personnel soignant de la maternité a bénéficié d'une formation par un organisme agrée pour l'AM. Mais les connaissances et les pratiques en matière d'AM évoluent rapidement.

Un questionnaire adressé au personnel, en avril 2009, a souligné le fait que le personnel soignant a besoin de remettre à jour ces connaissances et de trouver des réponses appropriées à certaines situations ou difficultés des mères allaitantes. Une évaluation des pratiques professionnelles sur l'accompagnement de l'AM a permis de commencer une réflexion sur les pratiques et de mettre en évidence des points faibles qui sont en cours d'amélioration (feuille d'évaluation des tétées, transmissions écrites..).

Depuis 2009, deux membres du pôle mère-enfant ont obtenu un diplôme de consultante en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultants).Courant 2011-2012, ces deux consultantes en lactation formeront le personnel soignant du pôle mère-enfant sur l'AM.

L'objectif principal de notre étude est de réaliser un état des lieux des pratiques d'accompagnement de l'AM au sein de la maternité de Voiron.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence les causes de sevrage précoce, partiel ou total des nouveau-nés, ceci dans un souci d'amélioration des pratiques professionnelles autour de l'AM.

Notre étude servira dans un second temps à évaluer l'impact de la formation dispensée.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, prospective et monocentrique à la maternité du centre hospitalier de Voiron entre le 8 février 2011 et le 7 avril 2011.

2. Population :

Nous avons inclus toutes les femmes ayant accouché à la maternité de Voiron et ayant initié un allaitement maternel à la naissance entre le 08/02/2011 et le 07/04/2011.

Nous avons exclu les mères ayant un nouveau-né transféré en néonatologie, les nouveau-nés nourris au lait artificiel et ayant reçu un don de colostrum, les mères ne parlant pas et/ou n'écrivant pas le français, les accouchements ambulatoires (séjour de moins de 24 heures), et les mères ne pouvant pas être contactées au téléphone.

3. Recueil des données :

Le recueil de données s'est fait de manière prospective.

En amont de l'étude, plusieurs réunions d'informations ont été réalisées afin de sensibiliser l'équipe soignante à l'étude et d'expliquer les modalités pratiques et des affiches explicatives ont été disposées en salle d'accouchement [Annexe 1] et en suites de couches. [Annexe 2]

Le consentement écrit des patientes a été recueilli. Deux documents ont été distribués par l'équipe soignante en salle d'accouchement et restitués au moment du dernier bain à l'auxiliaire de puériculture.

Le premier document sous la forme d'un questionnaire comportait 17 questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées. Ont été recueilli les données sociodémographiques, les conditions d'accueil du nouveau-né en salle de naissance et le mode d'allaitement à la sortie de la maternité. [Annexe 3]

Le second document nommé fiche de suivi en suites de couches comportait un tableau de suivi de l'allaitement à la maternité et la fiche de consentement au verso. [Annexe 4]

Ces deux documents ont été testés sur 12 patientes ayant accouché entre le 19/01/2011 et le 23/01/2011 au CH de Voiron. Suite au test, certaines questions ont été reformulées et le tableau de suivi a été modifié en fonction des remarques faites par les patientes et l'équipe soignante.

Ils ont été collectés une fois par semaine par l'enquêteur.

Le nombre de personnes allaitantes a été relevé chaque semaine sur les fiches de transmission des sages-femmes.

Une enquête téléphonique par questionnaire a été réalisée pour le suivi à un mois et à trois mois après la sortie de la maternité par le même enquêteur. Les tentatives de contact ont été répétées à cinq reprises à des dates et heures de la journée différentes avant abandon.

Le questionnaire à un mois comportait une première partie sur le mode d'allaitement actuel et une deuxième partie sur la survenue de difficultés d'allaitement, les motifs de sevrage partiel ou total du nouveau-né et la consultation avec un professionnel de santé. [Annexe 5]

Le questionnaire à trois mois comportait une première partie sur le mode d'allaitement actuel et une deuxième partie sur les motifs de sevrage partiel ou total du nouveau-né. [Annexe 6]

Les données ont été rendues anonymes à trois mois.

4. Critères de jugement

Les critères de jugement principaux sont les critères concernant le taux d'AM exclusif ou partiel, en salle de naissance, à la sortie de la maternité, à un mois et à trois mois de vie de l'enfant, les pratiques autour de l'AM à tous les stades de la prise en charge

(accueil du nouveau-né, séjour en maternité), les critères influençant l'initiation et la pérennisation de l'AM (les 10 conditions de l'OMS, critères IHAB)

L'AM exclusif est défini comme l'apport unique de lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau exception pour l'apport des vitamines (D et K). L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. [18]

L'accueil du nouveau-né est considéré comme conforme s'il réunit les critères suivants :

- un peau à peau (PAP) réalisé dans les deux heures de la naissance,
- une durée de PAP supérieure à 30 minutes,
- une première mise au sein réalisée dans les deux heures du post-partum immédiat,
- une première tétée réalisée au sein soit dans les deux heures du post-partum immédiat soit plus tard en maternité,
- l'habillage et les vitamines différés après la première tétée.

Le séjour à la maternité est considéré comme conforme s'il réunit les critères suivants :

- un nombre de mise au sein supérieur à huit tétées par jour pendant tout le séjour,
- une observation d'au moins une tétée par jour par l'équipe médicale,
- s'il y a utilisation d'un tire-lait, de complément de lait maternel ou artificiel, celle-ci doit être réalisée sur indication médicale
- si des compléments de lait sont donnés, ils le sont par une méthode alternative d'alimentation (tasse, cuillère, doigt, seringue)
- aucun séjour en pouponnière,
- peau à peau réalisé durant le séjour
- non utilisation de tétine/sucette.

Les critères de jugement secondaires sont le contact d'un professionnel de santé après la sortie de la maternité (critère IHAB) et les motifs de sevrage précoce, partiel, total des nouveau-nés.

Pour les motifs de sevrage, dans les problèmes de santé maternelle, nous avons classé la fatigue maternelle et les maladies. Dans les problèmes de santé du bébé, nous avons classé la perte de poids, la fatigue, les maladies.

A la maternité de Voiron, les sorties avant le troisième jour (J3) inclus sont considérées comme précoce.

Pour la description des caractéristiques sociodémographiques, nous avons classé dans la catégorie « col blanc » des professions : les employées, les cadres, les professions intermédiaires, les professions intellectuelles. Dans la catégorie « col bleu », nous avons classé les agricultrices, les ouvrières, les artisans. Dans la catégorie « autre », nous avons classé les mères au foyer, les étudiantes, les femmes à la recherche d'un emploi.

Dans le diagramme d'inclusion (figure 1), nous avons classé dans la catégorie « patientes manquantes », les questionnaires non remplis, non rendus et/ou non donnés.

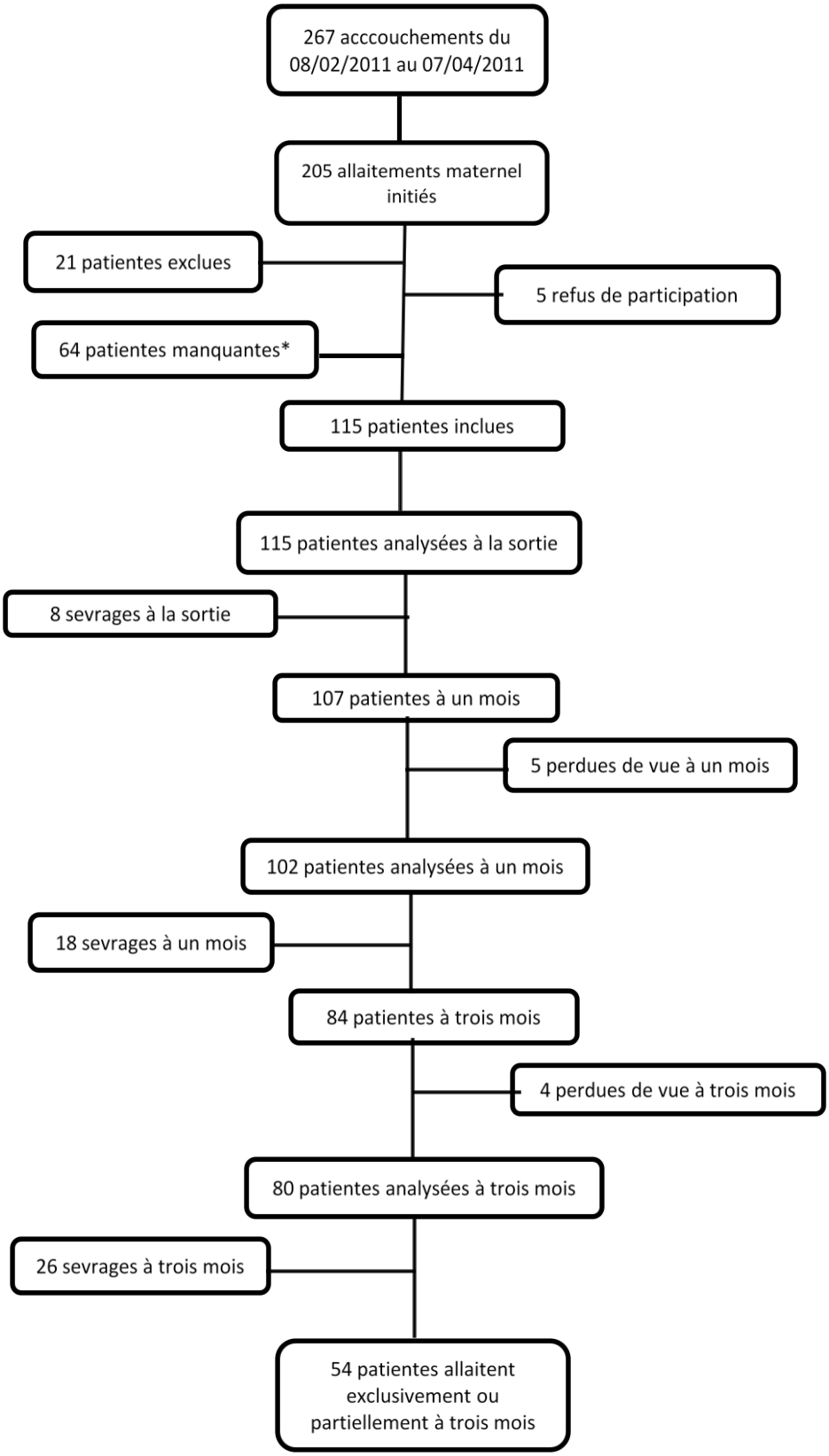
5. Traitement des données et analyse statistique

Le traitement des données et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel Statview.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion, les variables quantitatives par la moyenne, l'écart-type ou la médiane et l'espace interquartile. La durée de l'allaitement a été calculée à l'aide de méthodes d'analyse de survie.

III. RESULTATS

Figure 1 : diagramme d'inclusion



1. Caractéristiques de la population :

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques de la population

N=115	n	% = n/N
Age (dev standard)	30,3 ans (25-35)	
Vie maritale		
mariée	48	41,7%
vie en couple	59	**51,3%**
célibataire	8	7%
Nationalité		
française	112	**97,4%**
autre	3	2,6%
Profession		
col blanc	76	**66%**
col bleu	5	4,3%
autre	34	29,5%
Parité		
primipare	53	46%
multipare	62	**54%**
Antécédent d'AM	60	**96,7%**
Durée moyenne du premier AM		
<1mois	8	13,8%
1 mois-<3mois	12	20,7%
3mois-<6mois	24	**41,3%**
>6mois	14	24,1%
Préparation à la naissance	56	**48,7%**

L'âge moyen des mères est de 30,3 ans. Elles vivent majoritairement en couple (51,3%) et sont en très grande majorité françaises (97,4%). Les multipares sont 54% et 96,7% de celles-ci ont un antécédent d'allaitement. La plupart des multipares ayant déjà allaité l'ont fait pendant une période de trois à six mois (41,3%).

La préparation à la naissance a été suivie par 48,7% des mères.

2. Taux d'allaitement :

Durant la période de notre étude, il y a eu 267 accouchements, et 205 allaitements maternel ont été initiés à la naissance, d'où un taux d'allaitement maternel initié de **76,8%.**

A la sortie, **89%** des nouveau-nés sont allaités exclusivement, 4% le sont partiellement et **7%** sont alimentés artificiellement.

A un mois, **65%** des nouveau-nés sont allaités exclusivement, 17,5% le sont partiellement et **17,5%** sont alimentés artificiellement.

A trois mois, **52,5%** des nouveau-nés sont allaités exclusivement, 15% le sont partiellement et **32,5%** sont alimentés artificiellement.

3. Etat des lieux de la prise en charge en salle d'accouchement

Tableau II : Conformité de la prise en charge en salle de naissance

N = 115	n	(n/N %)
Peau à peau en SA	100	(87,7)*
Durée du PAP > 30 minutes	84	**(75)****
Première mise au sein dans les 2h du post-partum	91	(79)
Première tétée réalisée au sein soit dans les 2h du post-partum soit en maternité	102	**(89,5)***
Habillage différé après la première tétée	82	**(72)***
Apport vitamines différé après la première tétée	91	(82)***

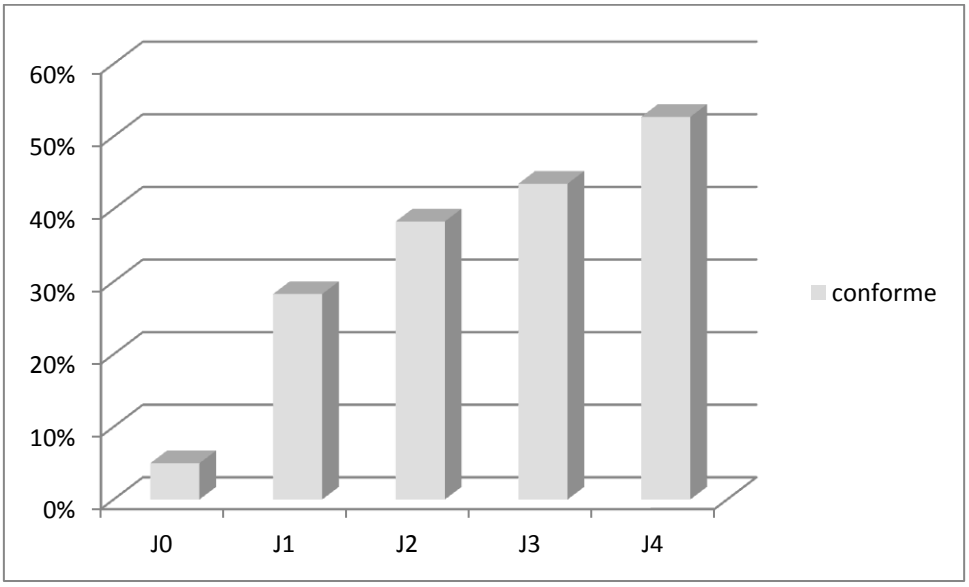
*1 donnée manquante
** 3 données manquantes
*** 4 données manquantes

La première tétée réalisée au sein est le critère ayant le taux de conformité le plus élevé (89,5%) et l'habillage du bébé après la tétée est le critère ayant le taux de conformité le moins élevé (72%).

L'accueil à la naissance est conforme dans 64,5% (69).

4. Etat des lieux durant le séjour en maternité

Figure 2 : Taux de conformité des mises au sein par jour.



Ce tableau représente les taux de conformité des mises au sein à J0, J1, J2, J3 et J4. Celles-ci sont conformes lorsqu'il y a huit tétées ou plus réalisées par jour.

A J0, le taux de conformité des mises au sein est le plus faible avec **5%** et à J4, le taux de conformité est le plus élevé avec **52,7%.**

A J0, **82,5%** (80) des nouveau-nés ont eu moins de six tétées, **12,5%** (12) ont eu entre six et huit tétées et **5%** (5) ont eu huit tétées ou plus. (18 données manquantes)

A J1, **35%** (37) des nouveau-nés ont eu moins de six tétées, **37%** (39) ont eu entre six et huit tétées et **28%** (30) ont eu huit tétées ou plus. (9 données manquantes)

Tableau III Administration des compléments de lait

	complément de lait maternel (N=7)	complément de lait artificiel (N=30)
avec indication médicale	6 (**86%**)	15 (**50%**)
avec méthode alternative	5 (71%)	18 (60%)
conformité administration	5 (**71%**)	12 (**40%**)

Deux bébés ont reçu au moins un complément de lait maternel, **25** bébés ont reçu au moins un complément de lait artificiel et **5** bébés ont reçu à la fois au moins un complément de lait maternel et artificiel.

Les compléments de lait maternel ont été donnés avec une indication médicale dans **86%** et ont été administrés conformément dans **71%.**

Les compléments de lait artificiel ont été donnés avec une indication médicale dans **50%** et ont été administrés conformément dans **40%.**

Tableau IV conformité de la prise en charge durant le séjour en maternité

N= 115	n	(n/N %)
Nombre de mises au sein>8 pendant tout le séjour	2	(**2**)*
Observation de la tétée une fois par jour	22	(**20**)**
Compléments absents ou donnés avec indication médicale et par méthode alternative d'alimentation	88	(**81**)**
Pas d'utilisation de tire-lait ou avec indication médicale	109	(**100**)**
Cohabitation 24h/24	96	(**87,2**)****
Peau à peau présent	68	(**61,2**)*****
Pas de sucette ni de tétine	71	(**66**)***

*19 données manquantes
** 6 données manquantes
*** 7 données manquantes
**** 5 données manquantes
***** 4 données manquantes

Les mises au sein sont conformes dans **5%**.

L'observation des tétées au moins une fois par jour est réalisée dans **20%**.

Le tire-lait a été utilisé de façon conforme chez **100%** des mamans.

Les tétines ou sucettes ont été utilisés chez **34%** des bébés.

La cohabitation mère-enfant est conforme dans **87,2%.**

Le peau à peau a été fait par **61,2%** des mères**.**

Les bouts de sein ont été utilisés par **11%** des mamans.

Les compléments ont été donnés de manière conforme, ou absente chez **81%**.

5. Motifs de sevrage partiel

Tableau V : motifs de sevrage partiel

	Sortie	Un mois	Trois mois
N	4	18	12
Crevasses			
Problème de santé maternel		12,5% (3)	
Problème de santé bébé	14,3% (1)	8,3% (2)	17,7% (3)
Manque de lait	**57,2%** (4)	**37,5%** (9)	**35,3%** (6)
Reprise du travail			**23,5%** (4)
Décision personnelle	**28,5%** (2)	**33,3%** (8)	
Tétées trop nombreuses			
Peur vis-à-vis ainé			23,5% (4)
Nounou			
Sorties		4,2% (1)	
Autre		4,2% (1)	

A la sortie, une maman a un motif de sevrage partiel et trois mamans ont deux motifs de sevrage.

A un mois, 13 mamans ont un motif de sevrage, quatre mamans en ont deux et une maman en a trois.

A trois mois, sept mamans ont un seul motif de sevrage et cinq mamans en ont deux.

La décision personnelle est la seconde cause de sevrage partiel la plus citée à la sortie (**28,5%**), à un mois (**33,3%**) et à trois mois (**23,5%**).

Le manque de lait est la cause de sevrage partiel la plus citée à la sortie (**57,2%**) et à un mois (**37,5%**).

La reprise du travail est la cause de sevrage partiel la plus citée à trois mois (**35,3%**).

6. Motifs de sevrage total

Tableau VI : motifs de sevrage total

	Sortie	Un mois	Trois mois
N	8*	18	26
Crevasses	**20%** (2)	12,1% (4)	
Problème de santé maternel	10% (1)	9,1% (3)	13% (4)
Problème de santé bébé	**30%** (3)	12,1% (4)	6,5% (2)
Manque de lait	10% (1)	**36,3%** (12)	**32,2%** (10)
Reprise du travail			**25,8%** (8)
Décision personnelle	20% (2)	12,1% (4)	19,3% (6)
Tétées trop nombreuses	10% (1)	9,1% (3)	3,2% (1)
Peur vis-à-vis ainé		3,1% (1)	
Nounou			
Sorties			
Autre		6,1% (2)	

* 1 perdue de vue (pas de contact téléphonique à 1 mois)

A la sortie, quatre mamans ont un motif de sevrage et trois mamans en ont deux.

A un mois, cinq mamans ont un motif de sevrage, 11 mamans en ont deux et deux mamans en ont trois.

A trois mois, 21 mamans ont un motif de sevrage et cinq mamans en ont deux.

A la sortie, les problèmes de santé du bébé sont la cause de sevrage total la plus citée par les mamans (**30%**) et les crevasses et la décision personnelle sont les causes les plus citées ensuite (**20%**).

A un mois et à trois mois, le manque de lait est la cause de sevrage total la plus citée par les mamans (**36,3%** et **32,2%**). La reprise du travail étant la cause la plus citée ensuite (**25,8%**).

7. Contact des professionnels à la sortie de la maternité :

Il y a eu 38 sorties précoces (sorties avant J4) : une sortie à J2 et 37 sorties à J3.

La patiente sortie à J2 n'a pas eu de contact avec un professionnel de santé. Les patientes sorties à J3 sont **46%** (17) à ne pas avoir eu de contact avec un professionnel de santé à la sortie de la maternité et pendant le premier mois.

Après leur sortie de la maternité et durant le premier mois, **49%** (53) des mamans ont contacté au moins un professionnel de santé.

Les sages-femmes libérales à **61%** (36) dont 39% (14) de mamans étant sorties précocement.

La PMI à **22%**(13) dont 23% (3) de mamans étant sorties précocement.

Les pédiatres à **10%** (6) dont 33% (2) de mamans étant sorties précocement.

Et autres professionnels de santé pour **7%** des mères (4) dont 25% (1) de mamans étant sorties précocement.

Quarante-huit mamans ont vu un professionnel de santé, quatre mamans en ont vu deux et une maman en a vu trois.

IV. DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

Dans notre étude, nous avons un biais d'information. En effet, ce sont les mères qui ont rempli elles-mêmes le tableau de suivi à la maternité durant leur séjour. Cela a pu entrainer une mauvaise compréhension de certains items tels que « observation des tétées » ou le « peau à peau » et ce, malgré un test effectué sur des mères avant cette étude. Il est également possible qu'il y ait eu des oublis d'information sur la fiche suivi de tétée.

Notre étude a un autre biais d'information. Les mères ont été contactées téléphoniquement à un mois et à trois mois et lorsqu'elles avaient sevré (partiellement ou totalement) leur enfant, le ou les motif(s) de sevrage ont été demandé. Pour les mères ayant sevré pour plusieurs raisons, nous ne savons pas quel est le motif principal et quels sont les secondaires.

Notre étude comporte un biais de sélection. Tout d'abord, nous avons 31% des mères qui allaitaient qui n'ont pas été incluses dans l'étude. Les mères étaient incluses par l'équipe soignante en salle de naissance. Ces mères n'ont pas eu l'information en salle de naissance ou alors elles sont parties de la maternité avec leur feuille. Pour éviter cela, plusieurs réunions d'information avaient été réalisées à l'intention de l'équipe soignante, des affiches ont été disposées dans le service [annexes 1 ;2] et les différents documents ont été imprimés sur des feuilles de couleur orange de façon à être plus voyants. Ce biais constitue aussi une limite de notre étude. De plus, nous avons exclu de l'étude les femmes ne parlant pas et n'écrivant pas le français, la population de notre étude n'est donc pas représentative de la population ayant accouchée à Voiron pendant notre étude.

Notre étude a été limitée dans le temps, car la formation en allaitement par les conseillères en lactation commençait en avril 2011. Notre période de recueil ne s'est donc étalée que sur deux mois.

2. Discussion des résultats

a) Caractéristiques de la population :

La moyenne d'âge des mères de notre étude est de 30,3 ans, 41,7% d'entre elles sont mariées et 7% sont célibataires. Elles sont à 97,4% de nationalité française. Et il y a plus de multipares (54%) que de primipares (46%).

D'après l'enquête périnatale de 2010 [15], en France, l'âge moyen des mères à l'accouchement et de 29,9 ans. Ce qui est assez proche de la moyenne des mères de notre étude. De même pour le pourcentage de femmes célibataires (7,2% en France). Et 43,4% des femmes accouchent pour la première fois.

Par contre, dans l'enquête périnatale de 2010, 13,4% des femmes sont de nationalité étrangère. Cette différence s'explique par le fait que nous avons exclus de l'étude les femmes ne parlant pas et n'écrivant pas le français.

Les caractéristiques de la population de notre étude sont proches de celles de la population générale concernant l'âge moyen à l'accouchement, la vie maritale et la parité. Nous pouvons dire que notre échantillon est représentatif.

b) Le taux d'allaitement

Le taux d'allaitement initié au CH de Voiron durant la période de notre étude est de 76,8%.Ce taux est supérieur aux taux national, régional et départemental. En effet, le taux d'allaitement maternel (exclusif et partiel) initié en 2004 en Isère était de 70%. [13] En Rhône-Alpes, ce taux initié était de 68,5%. [3] Et selon l'enquête périnatale de 2010, le taux d'allaitement initié en France est de 68,7% dont 60,2% d'allaitement maternel exclusif.

Dans notre échantillon, 89% des mères allaitent exclusivement leur enfant à la sortie et 4% allaitent partiellement.

A un mois, nous avons 65% des mères qui allaitent exclusivement et 17,5% allaitent partiellement. Le taux d'allaitement maternel à un mois en France, en 2004, était de 47% et en Rhône –Alpes, ce taux était de 51%. [3 ;13]

A trois mois, nous avons 52,5% des mères qui allaitent exclusivement et 15% allaitent partiellement. Le taux d'allaitement maternel à trois mois, en France, en 2004, était de 30% et en Rhône-Alpes, il était de 28%. [3 ;13]

Tout comme nous pouvions nous y attendre [13], le taux d'allaitement maternel de notre étude diminue dans le temps au profit de l'alimentation artificielle qui augmente (passant de 7% à la sortie à 32,5% à trois mois). Cependant, dans notre étude, l'AM reste le mode d'allaitement le plus utilisé pendant les trois premiers mois, contrairement aux données nationales. [13]

Dans notre étude, nous avions une population avec des critères plutôt favorables pour l'AM.

La population de notre étude a une profession col blanc à 66% (femmes qui ont un niveau d'études plus élevé). Selon une analyse multivariée, plus le niveau d'étude est élevé plus les mères sont susceptibles d'allaiter et plus la durée de l'AM est longue. [4 ;13 ;18]

De plus, notre population est à majorité multipare (54%) et 96,7% de ces multipares ont déjà allaité. Parmi elles, 41,3% ont allaité pendant une période allant de trois mois à six mois et 24,1% allaitaient encore à six mois et plus. Or, seulement 14% des enfants sont encore allaités à six mois en France. [13] Cette population est donc composée de multipares ayant une bonne expérience de l'AM.

Notre population a des caractéristiques comparables à la population générale telles que l'âge maternel, la vie commune. Ce sont aussi des critères favorables à l'AM .En effet, notre population est assez âgée (moyenne d'âge de 30,3 ans), et les mères âgées de plus de 25 ans sont susceptibles d'allaiter plus longtemps. [3 ;4 ;13] Notre population est en grande majorité mariée ou en couple. Des études démontrent que le fait d'être mariée favorise l'initiation à l'AM par le soutien du partenaire. [3 ;13]

La population de notre étude comporte donc plusieurs facteurs favorisant l'AM et cela peut expliquer en partie nos taux d'AM qui sont supérieurs aux taux nationaux.

c) *Préparation à la naissance :*

Les mères qui ont participé à au moins une séance de préparation à la naissance sont 48,7%. Cela peut s'expliquer par le fait que notre population est majoritairement multipare, et celles-ci participent moins aux séances au vu de leur expérience.

d) *Peau à peau :*

En salle de naissance, le critère « PAP en salle de naissance » est conforme chez 100 nouveau-nés et non conforme chez 14 nouveau-nés, et 32 nouveau-nés ont été habillé avant la tétée.

Dans une étude réalisée au CH de Voiron par le Réseau Périnatal Alpes-Isère en 2011, les sages-femmes et auxiliaires de puériculture déclarent que le PAP est proposé dans 100% des cas mais 29% citent des difficultés à la réalisation du PAP (lié à l'activité, manque de disponibilité). [20]

Pour illustrer cette difficulté à réaliser le PAP signalée par l'équipe soignante, dans notre étude, le critère « habits après les tétées » est le moins bien respecté en salle de naissance (72%).

De plus, dans 25%, ce PAP dure moins de 30 minutes. Cette durée, inférieure aux recommandations de l'OMS [19], peut expliquer que certains bébés aient été habillés avant la première tétée.

Le PAP en maternité a un taux de conformité parmi les plus faibles, il n'est fait que dans 61,2%. Nous pouvons émettre les hypothèses que les mères n'ont peut-être pas assez connaissance de cette pratique en maternité ? Ou l'équipe la propose-t-elle? Si non, est-ce par manque de disponibilité ou/et par manque de connaissances par rapport aux bénéfices de cette pratique? Hésite-t-elle à la mettre en pratique par pudeur vis à vis des visiteurs potentiels?

e) *Mises au sein à J0 J1 :*

Selon l'International Lactation Consultant Association (ILCA), nous avions retenu huit tétées par jour comme étant le minimum de tétées pour les nouveau-nés (stratégie n°8 ILCA) comme critère conforme de mises au sein. [23]

A J0, le nombre moyen de tétées n'est pas proche de cette conformité. En effet, les mises au sein à J0 sont conformes à 5%, et 95% des nouveau-nés ont été moins de huit fois dans la journée dont 82,5% de nouveau-nés ayant été moins de six fois par jour. A J1, le nombre moyen de tétées augmente passant à un taux de conformité à 28%, et 72% des nouveau-nés ont été moins de huit fois dans la journée dont 35% de nouveau-nés ayant été moins de six fois par jour.

Huit tétées minimum à J0 et à J1, ne semblent pas refléter une réalité du terrain. Par ailleurs, la littérature est assez divergente. Dans une étude prospective incluant 140 enfants, Yamauchi et Yamanouchi ont montré que la fréquence des tétées était en moyenne de 4,3 par jour variant de 0 à 11 pendant les 24 premières heures.[18] Un article paru dans les cahiers de l'allaitement n°1 s'intitulant « les premiers jours » préconisent un minimum de huit tétées efficaces qui devraient être considéré comme la norme. [22] En effet, il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée, la régularité des tétées, les nouveau-nés ne sont pas tous égaux face aux tétées. [18 ;22]

Nous pouvons aussi nous interroger s'il a été appris aux mères à reconnaitre les signes précoces qui montrent que le nouveau-né a besoin de téter, et à y répondre. Et s'il leur a été expliqué l'importance de mettre leur enfant au sein régulièrement et souvent afin de favoriser la lactation.

C'est pour cela que, devant toute cette divergence, l'AM à l'éveil et la proximité mère-enfant sont préconisés. [6 ;8 ;16 ;18]

Dans notre étude, la cohabitation est assez bien respectée, 87,2% des enfants ne sont pas allés en pouponnière durant leur séjour en maternité et sont donc restés à proximité de leur mère 24 heures sur 24.

f) Manque de lait :

Le manque de lait est la cause principale de sevrage partiel à la sortie (57,2%) ainsi qu'à un mois (37,5%). Il est aussi la cause principale de sevrage total à un mois (36,3%) et à trois mois (32,2%).

Selon un sondage de l'Institut des mamans en 2002, la cause de sevrage principale donnée par les mères est le manque de lait à 32,3%. [13]

Dans l'enquête périnatale française de 1995, le principal motif de sevrage évoqué, chez des femmes ayant arrêté d'allaiter avant 9 semaines, était l'insuffisance de lait (38%).

Jusqu'à 50% des mères pensent qu'elles n'ont pas assez de lait, c'est une cause significative de sevrage précoce. [13]

Les résultats de notre étude concordent donc avec les données de la littérature.

Ce manque de lait peut être dû à une incapacité pathophysiologique maternelle (ce qui rare), à une insuffisance de lait secondaire (conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement ou d'une inefficacité de transfert du lait par l'enfant) ou à une perception de manque de lait (notion subjective) par la mère. [18 ;23]

Pour évaluer une réelle insuffisance de lait et non une crainte maternelle ou une simple perception de manque de lait, il faudrait évaluer s'il existe une stagnation staturo-pondérale de l'enfant, ainsi que l'aspect et la quantité des selles et des urines.

Une mauvaise stimulation par introduction de compléments, une insuffisance des tétées, une succion inefficace peuvent expliquer le manque de lait. [18]

Nous pouvons faire le lien avec la partie que nous avons vu précédemment, les mises au sein à J0 et à J1 qui ne sont pas conformes, et qui ont donc pu entraîner une insuffisance de tétées chez ces mères-là à la maternité, et plus tard qui ont pu entraîner ce manque de lait.

Au niveau des compléments de lait, le taux de conformité des compléments de lait artificiel est de seulement 40% et ils ont été donnés par biberon dans 40% des cas.

« Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale » est la condition IHAB la plus difficile à appliquer et à maintenir. [9] Ce qui se révèle aussi l'être dans notre étude étant donné les taux de conformité des compléments de lait artificiel.

De plus, la majorité des études mettent en évidence une association négative entre l'utilisation de compléments et durée totale de l'AM. [9] Cela entraine une diminution des fréquences de tétées et donc un risque de diminution de production lactée. [1 ;6]

Les compléments de lait maternel sont donnés avec une indication médicale ou ne sont pas donnés dans 98% des cas, ce qui est assez conforme. Cela est notamment préconisé par l'IHAB.

L'usage de tétine, sucette et biberon n'est pas préconisé [6 ;8 ;16 ;18 ;21] cela constitue un facteur d'échec de l'AM. [18] Dans notre étude, 34% des enfants avaient eu une tétine ou une sucette.

Par ailleurs, les bouts de sein ont été utilisés par 11% des mamans. On ne peut pas affirmer qu'un séjour n'est pas conforme parce que la mère a utilisé un bout de sein dans la mesure où cette utilisation paraissait justifiée, encadrée et de courte durée. Mais il nous est impossible de savoir si les mères qui ont utilisé un bout de sein l'ont fait à bon escient.

g) Observation des tétées

L'observation des tétées, au moins une fois par jour est respectée dans seulement 20%.

Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'il y ait pu avoir un problème de définition par les mères (ne sachant pas ce qu'est exactement une observation d'une tétée) ou par l'équipe (qui dans la réalité du terrain installe la mère et l'enfant au sein et reste rarement tout le long de la tétée dû au manque de disponibilité), un manque de retranscription par la mère sur la fiche suivi en maternité est aussi possible.

L'observation d'une tétée permet d'aider la mère à s'installer confortablement, et à faire prendre le sein de manière adéquate pour une succion efficace tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon. [6 ;16 ;18 ;21] Une bonne position est un facteur déterminant de la réussite de la mise en œuvre et de la poursuite de l'AM. [18]

En effet, 85% des crevasses sont dues à une malposition [21] et les douleurs liées à une pathologie du mamelon/ des seins contribuent à un arrêt prématuré de l'AM. [6]

Nous pouvons souligner, que dans notre étude, les crevasses ont été citées dans 20% des causes d'arrêt total de l'AM à la sortie et dans 12,1% des causes d'arrêt total à un mois. A noter, qu'aucune mère n'a sevré partiellement à cause de crevasses. Vu les taux insuffisants d'observation des tétées, nous pouvons donc nous demander si les mères ayant rencontré des problèmes de crevasses ont bénéficié de suffisamment d'observation attentive des tétées pendant leur séjour à la maternité.

De plus, l'observation de la mise au sein aide la mère à faire prendre le sein de manière efficace pour une succion efficace. Une succion inefficace peut entrainer un manque de lait. Le manque de lait étant une cause principale de sevrage (cf partie sur le manque de lait), nous pouvons aussi nous demander si les mères ayant sevré à cause d'un manque de lait ont eu, elles aussi, une insuffisance d'observation des tétées à la maternité.

h) Décision personnelle :

C'est la seconde cause d'arrêt partiel à la sortie (28,5%) à un mois (33,3%) et à trois mois (23,5%) dans notre étude. C'est aussi la seconde cause d'arrêt total à la sortie (20%).

Selon une enquête publiée dans « allait'info n°2 », réalisée en 2004 dans la Loire [13], 10% des femmes décident de sevrer au cours du premier mois, 14% décident de sevrer entre un mois et trois mois.

De plus, cette cause d'arrêt de l'AM est volontaire, réfléchie par les mères. La qualité de l'accompagnement en maternité n'a pas ou peu d'influence. A priori ces mères-là ont allaité le temps qu'elles voulaient allaiter, et cette durée d'allaitement avait peut-être été déterminée avant ou pendant la grossesse. Ainsi, le rôle des soignants se situe peut-être plus en amont du séjour de la maternité avec la préparation à la naissance, les consultations etc.…Toute l'information que nous pourrons apporter à ces (futures) mères pourra les influencer, leur donner envie d'allaiter peut-être même longtemps .Le PNNS3 souligne le fait que les mères doivent pouvoir faire un choix éclairé vis-à-vis de l'AM. [11]

i) Reprise du travail :

Dans notre étude, la reprise du travail est citée comme principal motif de sevrage partiel à trois mois (35,3%) et comme second motif de sevrage total à trois mois (25,8%).Il n'est pas donné en motif de sevrage à la sortie ni à un mois.

Nos résultats se retrouvent dans différentes études, enquêtes. Dans le sondage de l'institut des mamans, en 2002, la reprise du travail comme cause de sevrage est donnée par 23,2% des mères. [13]

Deux études menées par l'INSERM en 1995, ont démontré que la reprise du travail est la cause la plus donnée de sevrage à 48%.

Selon une enquête réalisée par l'INPES/BVA en 2010 [4], seulement 24% des mères continuent à allaiter après la reprise du travail.

Cela peut s'expliquer en partie par le fait que le congé maternité en France est de 10 semaines et donc les mères profitent de ce congé pour allaiter et ne sèvrent donc pas à un mois pour reprise du travail. Par ailleurs, le Pr Turck dans son rapport réalisé en juin 2010 souhaite un allongement des congés maternité (passant de 10 semaines à 14 semaines) pour permettre aux femmes d'allaiter plus longtemps. [3]

Pourtant le code du travail français inclut différents articles pour l'allaitement sur le lieu de travail, avec possibilités de temps de pause durant les heures de travail, réduction journalière du temps de travail, lieu approprié pour tirer le lait… [4 ;18] mais cela est peu connu par les employeurs et par les mères.

Il serait souhaitable d'indiquer aux mères leurs droits et les informer de la faisabilité de continuer l'AM avec la reprise du travail. En parallèle, il faudrait informer les employeurs du code du travail et des bénéfices de l'AM (les mères qui allaitent, s'absentent moins du fait que les enfants sont moins malades par exemple).

j) Contact des professionnels à la sortie

A un mois, 49% des mères ont contacté un professionnel de santé. Les SF libérales sont les professionnelles majoritairement contactées (61%). Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il y a eu beaucoup de sorties précoces (40) et que les SF doivent dans ce

cas contacter une SF libérale, celle que connaissait la femme pendant la grossesse ou bien à défaut la SF du secteur, pour qu'elle puisse prendre le relais à la sortie.

Toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'AM avant six mois. [18]

La patiente sortie à J2 n'a pas vu de professionnel de santé à la sortie de la maternité. Or, à Voiron, les femmes ne peuvent sortir à J2 que si elles ont un rendez-vous avec un professionnel de santé (sage-femme libérale ou PMI). Nous pouvons nous demander si la patiente n'a pas considéré cette visite dans le cadre de l'allaitement mais dans le cadre d'un suivi de couches.

V. CONCLUSION

Notre étude s'est intéressée à la prise en charge de l'allaitement maternel au sein de la maternité de Voiron.

Elle a eu comme objectif principal de réaliser un état des lieux des pratiques d'accompagnement de l'AM et comme objectif secondaire de mettre en évidence les causes de sevrage précoce, partiel ou total des nouveau-nés.

Nos résultats ont montré que les taux d'AM obtenus dans notre population sont supérieurs aux taux nationaux, régionaux et départementaux, que ce soit pour le taux d'AM initié, à un mois et à trois mois.

D'une manière générale, l'accueil du nouveau-né en salle de naissance est conforme aux conditions de l'IHAB. L'habillage différé après la tétée étant le moins bien respecté.

Plusieurs critères, sont par contre à améliorer en maternité, tels que l'observation des tétées au moins une fois par jour, le nombre de mises au sein à J0 et à J1, le peau à peau, et les compléments de lait artificiel donnés sur indication médicale et l'absence d'utilisation de la tétine et sucette.

Nous avons vu que ces différents critères peuvent entraîner des complications notamment le manque de lait ou les crevasses. Ces dernières étant données comme motif principal ou secondaire de sevrage précoce, partiel, total par les mères.

Dans un souci constant d'amélioration des pratiques professionnelles, il serait donc intéressant que les conseillères en lactation, durant leur formation à l'équipe soignante, soulignent l'importance de différer l'habillage du nouveau-né après la première mise au sein, de l'observation des tétées au moins une fois par jour pour une bonne position au sein du nouveau-né et une bonne efficacité de la tétée, de faire comprendre aux mères la physiologie de la lactation et à reconnaitre quand l'enfant manifeste son envie de téter, de donner des compléments de lait artificiel seulement sur indication médicale, d'expliquer aux mères les bienfaits du peau à peau et l'incidence des tétines et sucettes sur l'allaitement.

De plus, pour que la reprise du travail ne soit une cause importante de sevrage à trois mois, il faudrait que, lors de cette formation par les conseillères en lactation, l'accent soit mis sur l'information des femmes sur leurs droits et sur la conduite en pratique d'un allaitement après la reprise du travail.

D'autre part, la moitié des mères contacte un professionnel de santé après leur sortie de la maternité, ceci est aussi à améliorer par la formation, par l'information aux mères des réseaux d'associations dédiées à l'allaitement, de l'existence de consultations d'allaitement en PMI, de sages-femmes libérales, de pédiatres.

Une seconde étude sera réalisée afin d'évaluer l'impact de la formation sur l'allaitement maternel dispensée par les conseillères en lactation.

VI. BIBLIOGRAPHIE

[1] Organisation Mondiale de la Santé. *La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant*. 54ème assemblée mondiale de la santé. 18 mai 2001. Résolution WHA 54.2.

[2] Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, Société Française de Pédiatrie. *Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*. Fascicule PNNS 2005. 72p.

[3] Rapport du Pr Turck. *Plan d'action : allaitement maternel*. Juin 2010. 40p.

[4] *Les bénéfices santé de l'allaitement*. La santé de l'homme n°408. Juillet-Août 2010. 38p.

[5] Ministère des solidarités, de la santé. *Actions et mesures*. 2ème programme PNNS 2006-2010. Sept 2006. 51p.

[6] Haute Autorité de Santé. *Favoriser l'allaitement maternel, processus et évaluation*. HAS. Juin 2006. 51p.

[7] *Dossier spécial allaitement maternel*. Les cahiers de la puéricultrice n°206. Avril 2007. Pages 9 à 25.

[8] G. Gremmo-Feser. *Comment bien démarrer l'allaitement maternel ?* Conférence du 15/03/2006. 34ème journée de périnatalité. Réseau de périnatalité de Franche-Comté. 2006.

[9] G.Gremmo-Feser. *À propos des données médicales de l'IHAB : Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ?* Conférence du 28/11/2007. 1ère journée nationale sur l'IHAB. Paris. 2007.

[10] *L'allaitement en chiffres*. CERDAM. 2004.

[11] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. *Le programme National Nutrition et Santé 2011-2015*. Fascicule PNNS 2011. Juillet 2011. 63p.

[12] Project on promotion of breastfeeding in Europe. *Protection promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation.* European commission, directorate public health and risk assessment. Luxembourg 2004. 16p.

[13] L'allaitement maternel en chiffres. Association Information pour l'Allaitement. 2004.

[14] M. Bonnet, L. Foix L'Hélias, B. Blondel. *Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité, la situation en France en 2003*. Archives de pédiatrie, 2008. Vol 15 n°9. p1407-1415.

[15] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. *Enquête périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Mai 2011. 132p.

[16] M.L. Marchand, M. Pilliot, K. Löfgren. *Initiative hôpital ami des bébés : une démarche de qualité actuelle et méconnue*. Médecine et enfance. Vol 26, n°10. Décembre 2006. p 586.

[17] OMS et UNICEF, *L'initiative hôpital amis des bébés, 2ème partie : exécution au niveau des hôpitaux*. Directives de l'UNICEF. Genève. OMS et UNICEF. 1992.

[18] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de la vie de l'enfant*. ANAES. Mai 2002. 177p.

[19] OMS, département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Genève. OMS. 1999

[20] C. Martin, M. Fourny, M. Labajos, C. Cans, T. Debillon. *Soins au nouveau-né en salle de naissance, évaluation d'un protocole de réseau.* Réseau Périnatal Alpes Isère. 2011.

[21] C. Bodeven-Charles. *Les premiers jours*. Congrès La Lèche Ligue France. 16 et 17 octobre 1999.

[22] N. Cibaud Le Turdu. *Allaitement et insuffisance de lait, prise en charge en médecine générale*. Université Joseph Fourier, faculté de médecine de Grenoble. 2011.

[23] International Lactation Consultant Association. *Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement maternel exclusif. ILCA*. Juin 2005. 30p.

ANNEXE 1 : AFFICHE EN SALLE D'ACCCOUCHEMENT

A l'équipe de la salle d'accouchement

Je réalise un mémoire sur l'allaitement maternel à la maternité de Voiron. Pour cela, j'aurai besoin de l'aide de l'équipe.

Pour chaque maman qui accouche et qui souhaite allaiter au sein parlant le français : lui remettre un questionnaire ainsi qu'un tableau de recueil en salle d'accouchement. Puis compléter l'encadré situé en fin de questionnaire.

Merci de votre collaboration

Laetitia VERILHAC ESF M1

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, Audrey Etienne et Evelyne Douillet pourront y répondre.

ANNEXE 2 : AFFICHE EN SUITES DE COUCHES

A l'équipe de suites de couches

Je réalise un mémoire sur l'allaitement maternel à la maternité de Voiron. Pour cela, j'aurai besoin de l'aide de l'équipe.

Un questionnaire ainsi qu'un tableau de recueil ont été remis, en salle d'accouchement, à toutes les mères allaitantes parlant le français.

Ce tableau de recueil se substitue à la fiche de suivi du nombre de tétée. Elle doit être complétée quotidiennement par la maman.

Le jour de la sortie : récupérer les questionnaires et le tableau de recueil au moment de la dernière pesée et les déposer dans la corbeille prévue à cet effet.

Merci de votre collaboration.

Laetitia VERILHAC ESF M1

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, Audrey Etienne et Evelyne Douillet pourront y répondre.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE REMPLI PAR LES MERES

Etiquette maman

Votre Age :

Etes-vous ❒mariée ❒ vie maritale ❒ séparée ❒célibataire

Votre nationalité : ❒Française ❒autre :…….

Votre profession : ❒ Agricultrice ❒Artisan ❒Profession libérale ❒Employée ❒Ouvrière
❒ Etudiante ❒Mère au foyer ❒A la recherche d'un emploi

Combien avez-vous d'enfants ?

Les avez-vous allaités au sein ?

Le 1er enfant : ❒Oui ❒non Si oui, combien de temps ?

Le 2ème enfant : ❒Oui ❒non Si oui, combien de temps ?

Le 3ème enfant : ❒Oui ❒non Si oui, combien de temps ?

Le 4ème enfant : ❒Oui ❒non Si oui, combien de temps ?

Autres enfants :……

Pour cette grossesse :

- Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance dédiée à l'allaitement maternel ?
❒Oui ❒non
- Grossesse gémellaire ❒Oui ❒non

Pour cette naissance,

- Vous avez accouché : ❒Par les voies naturelles
❒Avec l'aide de forceps ou d'une ventouse
❒Par césarienne
- Si votre enfant est né par césarienne, celle-ci était-elle programmée ? ❒Oui ❒non
- Avez-vous bénéficié d'une technique pour soulager la douleur des contractions?
❒Oui ❒non

Si oui, était-ce ❒Une péridurale
❒Une injection de Nubain (dans les fesses)
❒Une anesthésie générale
Autres : ……

A la naissance, votre bébé

- Pesait: g
- A-été positionné en peau à peau nu contre vous ? ❒Oui ❒non

(Mère et enfant nus ventre contre ventre)

Si oui, cela c'est déroulé :

❒Dés la naissance

❒Dans les 2 1ères heures de vie

❒ Après votre retour en chambre

Ce peau à peau a duré, environ :

❒Moins de 30 mn

❒Entre 30 mn et 1h

❒Entre 1 et 2h

❒Plus de 2h

- La 1ère mise au sein a eu lieu

❒Dés l'accouchement

❒Dans les 2 premières heures de vie

❒ Après votre retour en chambre

- La 1ère fois que votre bébé a pris du lait, c'était

❒Au sein

❒A la tasse

❒Au biberon

- Votre enfant a été pesé et habillé

❒Avant la 1ere tétée

❒Après la 1ère tétée

- Votre bébé a reçu ses vitamines

❒Avant la 1ere tétée

❒Après la 1ère tétée

Le jour de votre sortie, votre enfant est nourri:

❒ Exclusivement au sein

❒ Au sein et au biberon

❒ Exclusivement au biberon

<u>Pour la sage-femme ou l'A.P. donnant le questionnaire en salle de naissance :</u>

APGAR : *Terme de l'accouchement :* *LG prélevé ❒Oui ❒non*

ANNEXE 4 : FICHE DE SUIVI EN SUITES DE COUCHES (recto)

Etiquette bébé	J0= jour de la naissance		1er jour		2ème jour		3ème jour		4ème jour		5ème jour		6ème jour	
	8h-20h	20h-8h	8h-20h	20h-8h	8h-20h	20h-8h	8h-20h	20h-8h	8h-20h	20h-8h	8h-20h	20h-8h	8h-20h	20h-8h
Mise au sein Un bâtonnet I pour chaque mise au sein														
Couches mouillées Un bâtonnet I pour chaque couche contenant de l'urine (une couche mouillée est lourde)														
Selles **M** = méconium (selles noires et collantes) **V** = verte (selles des jours suivants) **J** = jaune														
Observation de la mise au sein Un bâtonnet I à chaque fois qu'un professionnel a observé la tétée														
Poids du bébé En grammes														
En cas de besoin														
Utilisation de dispositifs **T** pour Tire-lait **B** pour bout de sein														
Complément de lait **M** si lait maternel +Quantité en ml **A** si lait artificiel + Quantité en ml														
Moyen utilisé pour complément **T** = tasse **S** = seringue **B** = biberon														
Séjour en pouponnière Un bâtonnet I pour tout séjour en pouponnière d'au moins 1heure														
Peau à peau Un bâtonnet I pour chaque moment passer en peau à peau														
Tétine ou sucette Un bâtonnet I à chaque fois qu'une tétine ou sucette est proposée au bébé														

ANNEXE 4 : FICHE DE SUIVI EN SUITES DE COUCHES (recto suite)

Cette fiche est à compléter quotidiennement.

Merci de bien vouloir **remettre à l'auxiliaire de puériculture ou à la sage-femme** le **questionnaire** ainsi que **cette fiche de recueil le jour de la sortie** (au moment de la dernière pesée).

Merci de votre participation

ANNEXE 4 : FICHE DE SUIVI EN SUITES DE COUCHES (verso)

Etudiante sage-femme, j'ai choisi comme thème de mémoire de fin d'étude l'allaitement maternel.

Pour cela, je réalise une enquête auprès de toutes les jeunes mères ayant accouchées à la maternité de Voiron et allaitant leur bébé au sein.

C'est pourquoi, je sollicite votre participation. Cette enquête se fait sous la forme de 3 questionnaires courts à compléter à différents moments :

- un 1er questionnaire écrit et un tableau de recueil à remettre le jour de votre sortie de la maternité
- un questionnaire téléphonique un mois après la naissance
- un 3éme, 3 mois après la naissance

Si vous acceptez de participer à mon étude, merci de remplir la partie suivante :

Je soussignée,

consent à ce que l'on me contacte téléphoniquement à 1 mois et à 3 mois de vie de mon enfant dans le cadre de cette étude et accepte que les données recueillies soient traitées informatiquement et de manière anonyme.

Mon numéro de téléphone :

Fait à :

Le :

Signature :

Si vous souhaitez connaître les résultats de mon enquête, merci d'indiquer votre adresse mail.

En vous remerciant par avance de votre participation.

Cordialement,

Laetitia VERILHAC

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE A UN MOIS

SUIVI A 1 MOIS

1) Comment votre enfant est-il nourri ?

- Si AM exclusif -> nombre de tétées/jour :

  Sein ❐

  Sein + bib ❐

  Bib ❐

  Si bib -> motifs ?

- Si AM partiel -> majoritaire (> 80% LM) ❐

  Moyen (20 -80 % LM) ❐

  Faible (< 20% LM) ❐

  Motifs ?

- Si AA -> Motifs du sevrage ? décision personnelle
- Manque de lait
- Manque de soutien
- Fatigue mat
- Douleur des seins
- Mauvaise prise de poids bébé
- Tétées trop nombreuses
- Pressions de l'entourage
- Reprise travail
- Peur de délaisser les ainés
- Problème de santé enfant
- Problème de santé mat
- autre

Accompagnement sevrage ? Si oui par qui ?

Date du sevrage ? <15 j /15-21j /> 21 j

2) Avez-vous été en contact avec un professionnel de santé formé à l'allaitement depuis la sortie de la maternité ?

Si oui, avec qui ?

3) Vous a-t-on donné, à la sortie de la maternité, un répertoire avec les professionnels de santé formés à l'allaitement ou des associations dédiées à l'allaitement ?

   Si oui, l'avez-vous utilisé ?

4) Avez-vous rencontré des difficultés lors de votre allaitement ?

Si oui, lesquelles ?

5) Avez-vous pu bénéficier d'une aide extérieure pour les résoudre ?

Qui ?

De quelle manière cette aide vous a été apportée ?

ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE A TROIS MOIS

SUIVI A 3 MOIS

Comment votre enfant est-il nourri ?

- Si AM exclusif -> nombre de tétées/jour :
  - Sein ❐
  - Sein + bib ❐
  - Bib ❐

  Si bib -> motifs ?

- Si AM partiel -> majoritaire (> 80% LM) ❐
  - Moyen (20 -80 % LM) ❐
  - Faible (< 20% LM) ❐

  Motifs ?

- Si AA -> Motifs du sevrage ? décision personnelle
- Manque de lait
- Manque de soutien
- Fatigue mat
- Douleur des seins
- Mauvaise prise de poids bébé
- Tétées trop nombreuses
- Pressions de l'entourage
- Reprise travail
- Peur de délaisser les ainés
- Problème de santé enfant
- Problème de santé mat
- autre

Accompagnement sevrage ? Si oui par qui ?

Date du sevrage ? <15 j /15-<1 mois /1mois-<2mois

RESUME

***Objectifs* :** Faire un état des lieux de l'accompagnement de l'allaitement maternel (AM) à la maternité de Voiron, mettre en évidence les causes de sevrage partiel, total des nouveau-nés.

Matériel et méthodes : Etude prospective à visée descriptive à la maternité de Voiron entre le 08/02/2011 et le 07/04/2011. Le recueil des données a été réalisé au moyen d'un questionnaire et d'une fiche de suivi en maternité, suivi d'une enquête téléphonique à un mois et à trois mois de vie de l'enfant.

Résultats : Dans notre étude, le taux d'AM initié à l'accouchement est de 76,8%. Les taux d'AM à la sortie de la maternité, à un mois et à trois mois, respectivement 65% et 52,5%, sont supérieurs aux taux nationaux. L'accueil en salle de naissance est satisfaisant. La prise en charge en maternité, notamment le nombre de mises au sein à J0, l'observation des tétées au moins une fois par jour et les compléments de lait artificiel donnés sur indication médicale, est à améliorer.

Le manque de lait est un des motifs de sevrage partiel et total le plus donné par les mères, ainsi que la décision personnelle et la reprise du travail et les crevasses.

Conclusion : Notre étude a permis de pointer des critères de prise en charge peu conformes, ce qui permettra aux conseillères en lactation d'initier des actions correctrices dans un souci d'amélioration des pratiques professionnelles autour de l'AM.

MOTS-CLES : Allaitement maternel, sevrage, accompagnement, initiative hôpital ami des bébés.