



HAL
open science

L'allaitement maternel: vers une homogénéité des pratiques au CHU de Caen en 2012

Agathe Maisse

► **To cite this version:**

Agathe Maisse. L'allaitement maternel: vers une homogénéité des pratiques au CHU de Caen en 2012. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00872961

HAL Id: dumas-00872961

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00872961>

Submitted on 14 Oct 2013

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.

FEMMES

Bibliothèque universitaire Santé

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

adresse
tél.
courriel

Bibliothèque universitaire Santé
campus 5-CHU • Avenue de la Côte de Nacre • BP 5186 • 14032 CAEN CEDEX
02 31 06 82 06 • Fax 02 31 06 82 07
bibliotheque.sante@unicaen.fr

internet scd.unicaen.fr/

Ecole de Sages-femmes de Caen.

**L'allaitement maternel : Vers une homogénéité des
pratiques au CHU de Caen en 2012.**

Mémoire présenté et soutenu par

Agathe Maisse

Née le 21 octobre 1989

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme

Promotion 2009/2013

Ecole de Sages-femmes de Caen.

**L'allaitement maternel : Vers une homogénéité des
pratiques au CHU de Caen en 2012.**

Mémoire présenté et soutenu par

Agathe Maise

Née le 21 octobre 1989

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme

Promotion 2009/2013

*« Si un nouveau vaccin permettant d'éviter la mort d'un million
d'enfants ou plus par an, était disponible, et si de plus il était
bon marché, sûr,*

*administrable oralement et ne nécessitait pas de maintien de la
chaîne du froid, son utilisation deviendrait une priorité de santé
publique.*

*L'allaitement peut faire tout cela, et davantage encore,
mais il a besoin de sa propre chaîne de chaleur pour le
soutenir*

*– ce qui veut dire un accompagnement compétent des mères
afin de renforcer leur confiance en elles, leur montrer comment
faire, et les protéger contre les pratiques néfastes. Si cette
chaîne de chaleur est perdue culturellement, ou défectueuse,
alors les services de santé ont la responsabilité de la réparer. »*

The Lancet.

(A warm chain for breastfeeding. Lancet 1994;344: p1239-41)

**Merci à Madame Anne-Françoise Assimingé, sage-femme,
pour avoir accepté de diriger ce mémoire.**

**Merci à Madame Isabelle Goupille, sage-femme enseignante,
pour ses recommandations et toute l'aide apportée
quant à l'élaboration de ce travail.**

**Merci à ma famille et mes proches
pour votre soutien et vos encouragements.**

**Et un grand merci à Ted
d'être à mes côtés tous les jours.**

SOMMAIRE

INTRODUCTION.p1

PREMIERE PARTIE.

I/ L'allaitement d'hier à aujourd'hui. p2

I-1/ L'allaitement : un peu d'histoire.....p2

I-1-1/ Dans l'antiquité, Ere gréco-romaine..... p2

I-1-2/ Du moyen âge au XIXème siècle.....p3

I-1-3/ Une révolution du corps médical. p4

I-1-4/ Le retour de l'allaitement maternel..... p6

I-2/ L'Allaitement, aujourd'hui en France..... P7

I-2-1/ Les chiffres de l'allaitement maternel en France..... p7

I-2-2/ Disparités territoriales de l'allaitement maternel..... p8

I-2-3/ L'allaitement en Europe..... p9

II/ Recommandations actuelles et moyens mis en œuvre..... p10

II-1/ Pourquoi développer ces stratégies ? p10

II-1-1/ Pour la santé de la mère et de l'enfant..... p10

II-1-2/ Pour l'aspect économique..... p11

II-2/ Recommandations actuelles et moyens mis en œuvre..... p12

II-2-1/ Recommandations..... p12

II-2-2/ Moyens mis en œuvre..... p13

II-2-2-1/ Le Code International de Commercialisation
des substituts du lait.....p13

II-2-2-2/ Dix conditions pour un allaitement réussi p14

II-2-2-3/ La Déclaration d'Innocenti p14

II-2-2-4/ L'initiative conjointe OMS /UNICEF Hôpital ami des bébés.....p15

II-2-2-5/ Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson
et du jeune enfantp15

**II-3/ Le choix d'une politique en faveur de l'allaitement maternel
au CHU de Caen**..... p16

III Co naitre	p17
----------------------------	-----

DEUXIEME PARTIE.

I/ Matériel et méthode	p19
I-1/ L’objectif de l’étude	p19
I-2/ La population étudiée	p19
I-3/ La méthode	p19
I-3-1/ L’élaboration du questionnaire.....	p19
I-3-2/ Test du questionnaire.....	p19
I-3-3/ Distribution du questionnaire.....	p20
II/ Les résultats	p20
II-1/ Caractéristiques de la population	p20
- l’âge.....	p20
- le niveau d’études.....	p20
- le choix d’alimentation	p21
II-2/ Sources d’informations recueillies pendant la grossesse	p21
II-3/ La naissance	p22
II-3-1/ L’accouchement.....	p22
- La voie d’accouchement	p23
- Poids des nouveau-nés.....	p23
II-3-2/ Mise en place de l’allaitement dans les deux premières heures....	p24
II-4/ Le séjour en suite de naissance	p25
II-4-1/ L’environnement du couple.....	p25
II-4-2/ La mise en place de l’allaitement.....	p26
II-4-2-1/ l’allaitement à la demande.....	p26
II-4-2-2/ Ecouter les besoins de l’enfant.....	p28
II-4-2-3/ Les tétines.....	p29
II-4-3/ Les difficultés de l’allaitement.....	p30
II-4-3-1/ Les difficultés rencontrées par les mères.....	p30
II-4-3-2/ Les compléments.....	p31
II-4-3-3/ Et après ?.....	p32

II-4-4/ L'équipe.....	p33
II-4-4-1/ L'accompagnement.....	p33
II-4-4-2/ Par qui ?.....	p34
II-4-4-3/ La satisfaction	p34

TROISIEME PARTIE.

I/ Critiques de la démarche.....	p37
I-1/ Les limites	p37
I-2/ Les atouts	p37
II/ Analyse et discussion.....	p37
II-1/ Les caractéristiques de la population.....	p37
II-2/ Une évolution positive des pratiques.....	p39
II-2-1/ La naissance.....	p39
II-2-2/ Les suites de naissance.....	p40
- Environnement sécurisant pour l'enfant.....	p40
- L'allaitement maternel en pratique.....	p40
- Difficultés à l'allaitement.....	p42
- Les compléments.....	p43
- L'équipe.....	p44
II-3/ les progrès qu'ils restent à faire.....	p45
II-3-1/ La naissance.....	p45
II-3-2/ Les suites de naissance.....	p46
- Environnement sécurisant pour l'enfant.....	p46
- L'allaitement maternel en pratique.....	p46
- Difficultés à l'allaitement.....	p47
- L'équipe.....	p48
CONCLUSION.....	p51
BIBLIOGRAPHIE.....	p52
ANNEXES.....	p56

L'OMS préconise l'allaitement maternel exclusif pour le nourrisson pendant les six premiers mois de vie. Le lait maternel reste le mieux adapté au nouveau-né pour sa santé (avantages nutritionnels et immunitaires.). La tendance du taux d'allaitement maternel est à la hausse en France. Les femmes allaitent plus et plus longtemps. Néanmoins, même si l'initiation et la durée de l'allaitement maternel augmentent, comparées aux autres pays européens, la situation française est loin d'être satisfaisante. L'allaitement maternel est aussi une question de santé publique car il présente de réels bénéfices, scientifiquement démontrés, à court, moyen et long termes pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère. C'est pourquoi notre pays souhaite développer une politique de promotion et de soutien de l'allaitement maternel.

Le rôle des professionnels de santé est donc de favoriser l'allaitement maternel, et d'accompagner au mieux la femme dans son projet. La maternité du CHU de Caen participe à cette politique, en organisant des consultations d'allaitement, en formant son personnel... . Mais les conseils et les informations apportés par le personnel soignant sont-ils homogènes et en accord avec les recommandations actuelles? C'est la question que je me suis posée en choisissant le thème de mon travail de recherche.

Afin d'étayer la problématique et de répondre à cette question, j'ai réalisé une étude, dans les services de suite de naissance, auprès de femmes primipares afin d'évaluer leurs connaissances sur l'allaitement et sa pratique, par le biais des informations données par l'équipe.

Après avoir retracé l'historique de l'allaitement maternel et ses bénéfices en termes de santé pour la mère, l'enfant et la nation, j'exposerai, dans une seconde partie les résultats de l'étude. Enfin, au terme de ce mémoire, j'analyserai les principaux résultats et les comparerai aux données existantes, particulièrement celles de 2002 afin d'évaluer l'évolution de nos pratiques et d'éventuellement les réajuster.

I/ L'allaitement d'hier à aujourd'hui.

A travers les siècles, l'allaitement a connu des tournants majeurs dus à l'évolution des sociétés notamment avec la révolution industrielle (début du XIXème siècle). L'allaitement est une histoire « de mode » imposée par les femmes puis par le corps médical au fur et à mesure des découvertes scientifiques.

I-1/ L'allaitement : un peu d'histoire.

L'allaitement a toujours existé, depuis la création des hommes jusqu'à aujourd'hui.

I-1-1/ Dans l'antiquité, ère gréco-romaine.

Les mythes de l'antiquité font référence à l'allaitement maternel : Héra, femme de Zeus, nourrit l'univers créant la voie lactée. Clytemnestre, Andromaque ou encore Jocaste ont donné le sein. Eurélide évoque dans ses pièces, à plusieurs reprises, le contact corps à corps de la mère et de son enfant et l'odeur si particulière de l'aréole du sein.

Chez les grecs, les vertus du lait maternel sont reconnues par les membres du corps médical tel Hippocrate. Les mères donnent le sein. Mais tous les autres soins de puériculture sont dispensés par les servantes. On retrouve aussi des ancêtres de nos associations actuelles d'allaitement: chaque année les mères se regroupaient pour honorer les Kouratophois, divinités nourricières, ce culte permettait aux mères d'échanger des conseils, des remèdes ... leur expérience.

En Egypte, le papyrus Ebers (1500 av JC) est l'un des plus anciens traités médicaux qui nous soit parvenu. On y décrit notamment le traitement des crevasses, des abcès du sein ou d'une baisse de la lactation. (1)

Dans le nouveau testament, la Vierge Marie, n'a pas subi les règles de la reproduction, décrites comme la malédiction du péché originel : aménorrhée primaire, elle est restée vierge et n'a pas enfanté dans la douleur. Pourtant, Marie allaite Jésus. L'allaitement maternel est exclu de la malédiction du péché originel, il est décrit comme une bénédiction, riche en symbolique : dévouement de la mère pour son enfant, lien intime du couple mère enfant. Le lait de Marie a aussi une valeur spirituelle. La Vierge allaitant Jésus symbolise l'image du Chrétien se nourrissant de la parole de Dieu.(2)

A l'inverse des grecs, les romaines ne donnent pas le sein. Ce sont des nourrices, esclaves qui s'occupent d'allaiter l'enfant et de dispenser les soins. L'allaitement n'est plus prodigué par la mère pour plusieurs raisons possibles : d'une part, par l'effet contraceptif de l'allaitement maternel, pour hâter une nouvelle naissance, d'autre part on pensait à l'époque que le lait se fabriquait à partir du sang du placenta, le lait pouvait donc, comme le sang, transmettre certaines caractéristiques. Ainsi la lignée paternelle était privilégiée. De plus, les romains se méfiaient du lien mère enfant qu'entraîne l'allaitement car cette tendresse pouvait amollir le jeune mâle. Soranos d'Ephèse, médecin influant de l'époque, préconise l'allaitement maternel avec des nuances dans la personne qui donne ce soin.(1,2)

I-1-2/ Du moyen âge au XIXème siècle.

L'avènement du christianisme impose de nouvelles règles qui éloignent le nourrisson de sa mère. En effet l'allaitement n'est pas compatible avec la reprise des rapports sexuels au risque de gâter le lait. Le choix de la nourrice est donc imposé par le père.

La mise en place d'une tierce personne à l'allaitement, la nourrice, s'est d'abord inscrite dans le système de solidarité féodale : le paysan nourrit le seigneur qui en retour le protège, la paysanne nourrit le riche bambin qui, par sa mère, assume ses fonctions de bienfaisance.(1)

Jusqu'à la fin du moyen âge, la mise en nourrice ne concerne que les milieux dirigeants. (2) Puis l'essor des villes change ces relations. La ville amène de nouveaux modes de vie. Face à la saleté omniprésente, les enfants qui meurent dans les rues, les riches décident d'envoyer leurs enfants à la campagne chez des nourrices. D'ailleurs on retrouve ces idées chez de grands auteurs, ainsi Montaigne (1533-1592) considère la simplicité de la vie rustique comme bienfaisante pour les petits enfants, préférable à l'agitation des grandes villes.

Ces nouveaux modes de vies tendent à diminuer la relation charnelle et affective de l'enfant et sa mère. En effet, le voyage jusqu'à la campagne étant long et inconfortable, les citadines voient rarement leur enfant.

Pourtant au XVIème siècle, de nombreux médecins font éloge de l'allaitement par la mère. L'allaitement est source de plaisirs des sens et du cœur. Ainsi Amboise Paré (1510-1590) écrit : « *Or y a-t-il une sympathie des mamelles à la matrice : car chatouillant le*

tétin, la matrice se délecte aucunement et sent une titillation agréable, parce que ce petit bout de la mamelle a le sentiment fort délicat, à cause des nerfs qui y finissent. A quoi la femme sent une grande délectation, et principalement quand le lait y est en abondance. ».(3)

Pourtant, en France, l'allaitement par la nourrice demeure. Au XVIIIème siècle, ces pratiques ne sont plus réservées qu'à la couche supérieure de la société. Les couches modestes y ont recours du fait de la 1ère révolution industrielle. Les épouses des artisans aident leurs maris au travail et n'ont plus le temps d'allaiter. Elles allaitent le ou les premiers-nés et confient les autres à une dame de la même ville ou du faubourg voisin.(1) A Paris en 1780, selon les chiffres du lieutenant de police Lenoir, sur 21 000 naissances par an, seuls 1 000 nouveau-nés sont allaités par leurs mères. (2)

Il se développe alors un réel marché de la nourrice : celles engagées par les riches familles, maternant les enfants des autres au détriment des leurs, et celles engagées par les hôpitaux, peu payées, s'occupant d'abord de leur progéniture.

Les philosophes mènent une croisade contre les nourrices. La mère doit nourrir son enfant : si elle a eu la force d'accoucher elle aura la force de le nourrir. En 1762, Rousseau (1712-1778) écrit dans Emile : « Où j'ai trouvé le soin d'une mère ne dois je pas l'attachement d'un fils ? Voulez-vous rendre chacun à ces premiers devoirs, commencez par les mères ».(4) L'offensive philosophique permet une évolution des mentalités. Au XVIIIème siècle, dans les grandes villes, de grandes dames éclairées fondent des associations en faveur de l'allaitement maternel comme la charité maternelle à Paris ou la Junta de Damas à Madrid. Celles-ci ont pour finalité de secourir les pauvres mères en les nourrissant ... sous certaines conditions dont celle de donner le sein. Dans les milieux bourgeois, pour garder un œil sur la relation enfant-nourrice, les nourrices ne sont plus dans les campagnes mais dans la famille.

Face à un taux de mortalité toujours croissant (25% en 1850), les médecins tentent aussi de revoir l'alimentation du nourrisson.(1)

I-1-3/ Une révolution du corps médical.

Face à une pénurie de nourrices et un taux de mortalité infantile préoccupant, les médecins tentent de créer du lait artificiel, en nourrissant les enfants trouvés et recueillis dans les

hospices avec du lait de différents animaux. Cette méthode se révèle être un échec. Toutefois, la curiosité médicale se poursuit et des autopsies sont faites systématiquement, les observations s'accumulent... . Les médecins apprennent de plus en plus sur les maladies infantiles et le 1er hôpital pour enfants malades se crée en 1800. La nutrition des nourrissons devient ainsi un objet de sciences et d'études dont l'expérience et le savoir des femmes sont écartés. (1)

Mais, le plus grand tournant reste marqué par l'apparition de la pasteurisation (le lait devient comestible pour le nourrisson) et de la stérilisation (biberons et tétines ne risquent plus de transmettre des maladies contagieuses) au XIXème siècle. Même si les médecins continuent d'encourager l'allaitement maternel, ils recommandent le lait artificiel dans les hospices où le lait de femme est rare. Le triomphe du biberon bouleverse, de proche en proche, tous les rapports sociaux et toutes les relations interpersonnelles concernées par l'allaitement.

A la fin du XIXème siècle, les médecins comprennent la qualité du lait maternel, la quantité bue par le nourrisson et la physiologie du sein, de nouvelles règles apparaissent : ne pas donner le sein quand il pleure, pas plus de 6 tétées de 15 min par jour, la nuit 6 à 8h de repos complet ... Allaiter n'est plus un plaisir décrit par Amboise Paré, ce n'est plus une édification morale énoncée par Rousseau, mais d'avantage une technique d'hygiène, codée, minutée et répétitive. En 1919, ouvre la première école de puériculture (fondation Franco-américaine). Le divorce entre le savoir empirique des femmes, intuitif et traditionnel et le savoir objectif et novateur de l'Homme bouleverse. Les femmes de classe aisée ont des difficultés à prendre confiance en elles. Une partie du corps médical les conforte dans leur manque de confiance. Pour exemple, il est reconnu que « *les seins sont souvent atrophiés chez les femmes qui travaillent cérébralement* » (5)

Le début du XXème siècle est marqué par un déclin de l'allaitement maternel. La disparition des nourrices, la découverte de la pasteurisation, l'introduction du lait de vache concentré en poudre, la modernisation de la vie, le travail des femmes, les intérêts commerciaux de l'industrie alimentaire (« business » de l'alimentation artificielle) sont autant de raisons à ce déclin.(1) Les années après la seconde guerre mondiale sont aussi en défaveur de l'allaitement maternel. De nombreux facteurs expliquent la diminution de la pratique de l'allaitement maternel. D'une part l'accouchement à l'hôpital associé au manque de temps du personnel soignant (du fait d'un rythme des naissances soutenu : le

« baby boom ») permet peu de souplesse dans l'organisation avec des règles codées par le corps médical : jeûn de 24 heures après la naissance pour l'enfant (les effets du colostrum ne sont connus qu'en 1970), tétée de 15 minutes toutes les 3 heures ... (6) D'autre part, les mouvements féministes pour l'égalité de la femme : accès à la contraception, liberté dans l'activité professionnelle ... veulent se démarquer de l'image de la femme allaitante et maternelle.(7) L'allaitement maternel décline peu à peu pour atteindre, en 1972, le taux le plus bas avec 36% d'allaitement maternel.(6)

I-1-4/ Le retour de l'allaitement maternel.

L'allaitement maternel a souvent été jugé comme contraignant, peu compatible avec le mode de vie des femmes des classes sociales supérieures. De tous temps, les nourrices ont existé. Ce phénomène a connu une ampleur maximale en France au XVIIIème siècle, mais touchait d'avantage la population urbaine en particulier parisienne ; on peut penser qu'ailleurs l'allaitement maternel restait majoritaire.

La fin du XIXème siècle a été marquée par les progrès de l'hygiène et de la puériculture. Le docteur Budin (1846-1907) crée la " Goutte de lait ", première consultation pour nourrissons à Fécamp, où l'on encourage l'allaitement maternel mais où l'on distribue également du lait pasteurisé. L'alimentation artificielle a donc pu être valorisée car associée, à partir de cette période, à deux effets bénéfiques : une baisse de la mortalité et un rapprochement mère-enfant.

Il faudra attendre les années 80 pour voir apparaître un regain de l'allaitement maternel. Des initiatives nationales et internationales pour encourager l'allaitement maternel sont mises en place. En 1978, l'OMS et l'UNICEF font de la promotion de l'allaitement maternel un de leurs objectifs principaux. La Stratégie de retour de l'allaitement maternel s'appuie sur la création du Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel, la Déclaration d'Innocenti et l'initiative conjointe OMS /UNICEF Hôpital ami des bébés. (8)

Plus récemment en France, un décret, interdisant la distribution gratuite d'aliment pour nourrissons dans les maternités a été promulgué. (7)

I-2/ L'allaitement, aujourd'hui en France.

Après un rappel de l'histoire de l'allaitement maternel, il est intéressant de se pencher sur la situation actuelle de la France.

I-2-1/ Les chiffres de l'allaitement maternel en France.

La tendance du taux d'allaitement maternel est à la hausse. On passe de 30 % dans les années 70, à 50 % au milieu des années 90, à 60% dans les années 2000 et à 69% en 2012. (Annexe 1) (9,10)

En France en 2003, la prévalence de l'allaitement était de 62,5 % à la naissance. (11) C'est grâce à l'exploitation des certificats de santé du 8ème jour que l'on constate l'accroissement de l'allaitement maternel. Entre 2004 et 2007, on observe une hausse régulière : 64 % d'allaitement à la naissance en 2004, 65,9 % en 2006 et 66,3 % en 2007. (12)

Les femmes qui allaitent sont souvent d'un niveau d'études supérieur, plus âgées, mariées, elles n'ont pas fumé pendant la grossesse, elles ont suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, elles ont bénéficié d'un contact peau à peau avec leur bébé dans l'heure suivant l'accouchement, et surtout leurs conjoints ont une perception positive de la femme qui allaite. (10)

En l'absence d'évaluation épidémiologique régulière, on ne dispose pas de données au niveau national sur la durée de l'allaitement. Le certificat de santé du 9ème mois de l'enfant comporte bien une rubrique " durée de l'allaitement " mais cet item n'est souvent pas ou mal renseigné. Il est donc peu exploité au niveau des régions et totalement inexploité au niveau national. Cette durée est le plus souvent très courte en France : sa durée médiane a été estimée à 10 semaines en 1998, mais il existe d'importantes disparités régionales. Une étude prospective menée en Rhône-Alpes en 2004-2006 confirme la tendance à la hausse du taux d'initiation de l'allaitement maternel avec ensuite une décroissance rapide du taux d'allaitement dans les premiers mois de vie, avec un taux d'allaitement (exclusif) de 57.5% à la naissance, 41% à un mois, 15% à 3 mois, 7.8% à 6 mois et un taux d'allaitement partiel 5,6% à 9 mois, et 2,3% à 12 mois. La durée médiane d'allaitement était de 16 semaines. (13)

Dans le Morbihan, une étude menée en 2001 a montré que 65% des bébés allaités à la naissance l'étaient encore à deux mois et la durée moyenne d'allaitement maternel est ainsi passée à 18,5 semaines alors qu'elle était estimée, au niveau national, entre 10 et 12 semaines à cette même période. (14)

Les bébés nés en France ces dernières années sont donc très majoritairement allaités à la sortie de la maternité, et de plus en plus longtemps néanmoins de réelles disparités territoriales demeurent.

I-2-2/ Disparités territoriales de l'allaitement maternel.

Des différences régionales importantes ont été mises en évidence en France depuis les années 1970, avec des taux d'initiation d'allaitement plus élevés dans l'Est que dans l'Ouest d'après les Enquêtes Nationales Périnatales de 1972 et de 1975. (9)

Cette même enquête menée en 2003 montre encore d'importantes variations des taux d'allaitement entre les régions, avec des extrêmes allant de 43% en Picardie jusqu'à 74 % en région parisienne (Annexe 2). (9)

En 2006, des disparités persistent : de 90 % d'allaitement en Guyane et en Guadeloupe, 78 % à 86 % en Ile-de-France, 43 % dans le Pas-de-Calais, à peine plus dans la Somme et dans l'Aisne.(12)

Ces variations reposent sur de multiples facteurs : culturels (les jeunes mamans ont connu des modèles d'allaitement dans leur enfance, leur adolescence, l'allaitement est la norme dans leur entourage), sociaux (on sait que l'on allaite plus dans les grandes villes, et dans les catégories socioprofessionnelles des populations les plus diplômées), peut-être historiques (dans les départements ruraux, où traditionnellement les mères allaitaient peu, ou pratiquaient l'allaitement mercenaire pour les familles citadines), mais sans doute aussi conjoncturels (les variations économiques ont entraîné le travail des femmes).

Ces disparités régionales montrent l'importance des politiques locorégionales pour promouvoir l'allaitement maternel, relayées ensuite au plan national. Des stratégies régionales sont mises en place : pour exemple dans le Morbihan une campagne de promotion de l'allaitement, orchestrée par l'association Naître en Morbihan, le Conseil

Général et la Caisse Primaire D'assurance Maladie, a permis d'élever le taux d'allaitement de 22% en 1995 à 42,3% en 2000 et 46,7% en 2001.(15)

I-2-3/ L'allaitement en Europe.

Les chiffres concernant l'initiation et la durée de l'allaitement en France sont encourageants du fait de leur augmentation. Pourtant, comparés à ceux de nos pays voisins européens, la situation en France est loin d'être satisfaisante. Le taux d'allaitement français est, en effet, l'un des plus bas d'Europe.

Nombreux sont les pays européens qui affichent un taux d'allaitement maternel à la naissance supérieur à 85% : la Norvège, la Suède, l'Italie, la Suisse, la Turquie, le Danemark, l'Allemagne... . Comme en France, le taux d'allaitement baisse au fil des mois mais plus lentement que dans notre pays. (9)

Le taux d'initiation de l'allaitement maternel a également augmenté dans la plupart des pays européens au cours des dernières années : au Royaume-Uni, l'allaitement est passé de 62% en 1990 à 70 % en 2005 ; en Italie, il est passé de 85 % en 1995 à 91 % en 1999.

En 2003 d'après une enquête périnatale, le taux d'initiation de l'allaitement en Europe variait de moins de 40% (Irlande) à plus de 95% (pays scandinaves). Quatorze pays (dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Suisse) connaissaient un taux supérieur à 90% et cinq pays (dont l'Espagne, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne) avaient un taux entre 70 et 90%.(9) (Annexe 3)

En Europe du Nord, la Norvège connaît une évolution positive du taux d'allaitement maternel depuis la seconde guerre mondiale. En effet, les taux d'allaitement maternel en Suède comme en Norvège ont décrit une courbe en « U » spectaculaire, avec un minimum vers 1972-1973, où, en Suède, seuls 30% des bébés étaient exclusivement allaités à deux mois. On assiste ensuite à une ascension de ces taux depuis les années 80 toujours effective avec en 1994 : 94.4% des enfants allaités à la naissance, 78.5% à deux mois, 64.1% à 4 mois et 40% à 6 mois. En Norvège, tous les bébés sont allaités à la naissance et 2 sur 3 tètent encore à 6 mois. C'est grâce à la mise en place, en 1993, de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (la Suède compte 58 hôpitaux labellisés en août 1996), à des actions d'associations de citoyens et à une volonté politique de l'Etat que la promotion de l'allaitement maternel a pu rencontrer un tel succès. Cette réussite repose sur la

revendication de la notion du droit à allaiter son enfant (et non sur celle du devoir) associée à un congé parental suffisamment long (de 10 à 12 mois). (9)

En conclusion, les données épidémiologiques pour la France sont encourageantes car en hausse. Toutefois, la France a un retard considérable sur les autres pays d'Europe (annexe 5). Des progrès pour encourager et soutenir l'allaitement restent à faire et à suivre. Plusieurs plans d'actions ont été proposés au niveau international (OMS) et national (ANAES).

II / Recommandations actuelles et moyens mis en œuvre.

Plusieurs recommandations et moyens ont été mis en œuvre pour améliorer les statistiques.

II-1/ Pourquoi développer ces stratégies ?

L'allaitement maternel a un impact sur la santé de la mère et du nourrisson, mais aussi un impact sur l'économie : une baisse du coût d'achat de produits liés à l'allaitement artificiel, une baisse du coût d'import de substitut de lait pour les pays non-producteurs et une baisse du coût médical lié à l'allaitement artificiel.

II-1-1/ Pour la santé de la mère et de l'enfant.

L'allaitement présente de nombreux effets bénéfiques, qui dépendent de son degré d'exclusivité et de sa durée.

L'allaitement est associé chez le nourrisson à une baisse de la morbidité avec moins d'infections digestives (diarrhées aiguës), d'infections ORL pour les allaitements exclusifs d'au moins 3 mois (otites aiguës) et d'infections respiratoires sévères.

Un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois est lié à une diminution du risque d'asthme et d'eczéma pendant les 2-3 premières années de la vie chez les enfants à risque d'allergie, à une diminution du risque d'obésité et de surpoids (moins de diabète de type 1 et 2), et à une diminution des maladies cœliaques. (16) (recommandations de l'OMS)

Chez les enfants prématurés, le lait maternel (ou le lait de femme provenant de donneuses *via* un lactarium) favorise la maturation des fonctions digestives et donc la tolérance à

l'alimentation par voie orale. Il diminue le risque d'infections en période néo-natale et d'entéocolite ulcéro-nécrosante.(9)

Chez la mère, l'allaitement est associé à de nombreux bénéfices : une diminution du risque d'hémorragie du post-partum (réduction plus rapide du volume de l'utérus), une perte de poids plus rapide, une diminution de l'incidence du cancer du sein avant la ménopause et du cancer de l'ovaire, une diminution de l'incidence du diabète de type 2, et une diminution du risque de pathologies métaboliques et cardio-vasculaires.(17)

Par ailleurs il existe très peu de contre-indications de l'allaitement : infection maternelle par le VIH, cancer en cours de traitement... . Et de nombreux traitements sont compatibles avec la poursuite de l'allaitement.

II-1-2/ Pour l'aspect économique.

L'évaluation économique de l'allaitement artificiel prend en compte trois catégories de coût : le coût d'achat par les familles des produits nécessaires à l'allaitement, les coûts de santé associés à la hausse de la morbidité infantile due à l'allaitement artificiel, le coût d'importation des substituts du lait, pour les pays non producteurs.

L'allaitement est essentiel dans les pays en voie de développement par les économies qu'il permet, et par sa facilité. La valeur économique de l'allaitement au sein a été étudiée par Almroth et Grenier dans deux pays en développement : le Ghana et la Côte d'Ivoire, suite à une demande adressée par le ministère norvégien de l'agriculture. Les chercheurs ont conclu que les économies réalisées par ces pays pourraient s'élever entre 16 à 28 millions de dollars américains par an. Sur le plan individuel, le fait de nourrir un enfant au sein pendant deux ans permettrait à une famille moyenne d'économiser de 600 à 730 dollars en nature et en temps.(18)

En France, en 1997, une analyse des coûts et des bénéfices inhérents au mode d'alimentation de l'enfant estimait qu'une élévation de 5% du taux d'allaitement permettrait une économie de 2,7 millions d'euros par an, imputable aux seules dépenses liées aux pathologies des jeunes nourrissons (0-6 mois).

Par ailleurs, une analyse de l'Inserm, publiée en 2005, portant sur le coût des seules infections à rotavirus, estimait que si la proportion des enfants allaités en France était égale à celle de la Norvège (où plus de 40 % des enfants sont allaités à l'âge de 9 mois), 8000

cas de diarrhées à rotavirus et 1000 hospitalisations par an pourraient être évités.(9) En France, la dépense en consommation médicale (soins ambulatoires et hospitalisations), engendrée par le surcroît de morbidité liée à l'allaitement artificiel, était estimée à 170 millions d'euros en 1999.(19)

Pour les familles les plus vulnérables, l'allaitement artificiel est un facteur d'appauvrissement, l'achat du lait peut représenter jusqu'à 14 % du revenu familial pour une mère vivant seule recevant le RSA, sans compter les dépenses supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie.(9) Sur la base des prix relevés dans la grande distribution en août 2003 et les études économiques réalisées en France au cours des dernières années, la dépense liée à l'achat des produits d'allaitement artificiel (lait et accessoires) est actuellement évaluée : entre 227 et 265 euros pour un enfant de 3 mois et entre 438 et 517 euros pour un nourrisson de 6 mois. Cette évaluation correspond à la dépense minimale, c'est-à-dire l'achat d'accessoires les moins chers et l'hypothèse que les parents ne préparent que la quantité de lait strictement nécessaire à l'enfant.(19)

II-2/ Recommandations actuelles et moyens mis en œuvre.

Les recommandations actuelles préconisent 6 mois d'allaitement maternel exclusif. Cette recommandation étant difficilement appliquée, une stratégie mondiale a été adoptée, qui s'appuie sur : le code international de commercialisation de substituts du lait, les 10 conditions pour un allaitement réussi, la déclaration d'Innocenti et l'initiative hôpital amis des bébés.

II-2-1/ Recommandations.

L'OMS recommande l'allaitement maternel exclusif pour les nourrissons pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux. Après six mois, il est possible d'introduire des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à les nourrir au sein jusqu'à deux ans, voire plus. L'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois suppose que le nourrisson n'absorbe que du lait maternel. Il ne reçoit aucun autre liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception des solutions de réhydratation orales, ou des gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments. (20)

Au niveau national, la promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs spécifiques du Programme National Nutrition Santé (PNNS). (21) L'allaitement exclusif est également recommandé pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant par l'HAS (7), la Société Française de Pédiatrie (SFP) et l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA). Le Collège national des sages-femmes et le Collège national des gynécologues obstétriciens français vont également dans ce sens. (21)

II-2-2/Moyens mis en œuvre.

Le but est de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au travers d'actions concertées et coordonnées.

II-2-2-1/ Le Code International de Commercialisation des substituts du lait.

En 1981, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, afin de protéger et de promouvoir l'allaitement maternel, en réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines.

Ainsi, les gouvernements et les industriels concernés doivent respecter les obligations suivantes :

- informer les familles et tous ceux qui jouent un rôle dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant de manière objective et cohérente sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- interdire la promotion des substituts de lait auprès du grand public ou des professionnels de santé
- interdire de fournir aux femmes enceintes, aux mères ou aux membres de leurs familles des échantillons ou des ustensiles de nature à promouvoir l'utilisation de substituts de lait
- interdire toutes formes de promotion de ces produits dans les services de santé, y compris la distribution d'aliments à prix réduits
- mentionner la supériorité de l'allaitement maternel sur les étiquettes de ces produits
- interdire les représentations de nourrissons ou d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation de substituts de lait sur les étiquettes ou les emballages.(22)

II-2-2-2/ Dix conditions pour un allaitement réussi.

Elaborées en 1989 par l'OMS et l'UNICEF, elles ont été réévaluées et confirmées en 1999. Ces dix conditions sont destinées aux maternités. Ainsi, l'OMS et l'UNICEF soulignent le rôle capital des professionnels de santé dans l'initiation et le succès de l'allaitement maternel.

Ces dix conditions reprennent des grands principes comme : la tétée précoce en salle de naissance, l'allaitement à la demande, une absence de séparation du couple mère/enfant sauf pour raisons médicales... (Annexe 5).

II-2-2-3/ La Déclaration d'Innocenti.

La 1^{ère} Déclaration d'Innocenti a été élaborée et proclamée en août 1990 à Florence par des représentants de dix agences des Nations Unies et par 32 pays. Quatre objectifs ont été énoncés :

- la nomination dans chaque pays d'un coordinateur national pour l'allaitement maternel
- le respect, dans tous les services de maternité, des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel
- l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- la protection du droit d'allaiter pour les femmes qui travaillent en promulguant de nouvelles lois. (23)

En 2005, à l'occasion du 15^{ème} anniversaire de la 1^{ère} déclaration, un nouvel engagement a été proclamé à l'Hôpital d'Innocenti à Florence pour souligner non seulement les progrès remarquables réalisés, mais aussi la persistance de pratiques alimentaires inappropriées. Cinq mesures supplémentaires ont été énoncées :

- élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer une politique complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- faciliter l'allaitement exclusif au sein pendant six mois en garantissant l'accès aux moyens nécessaires dans la famille, dans la communauté et au travail
- promouvoir une alimentation complémentaire adéquate, sûre et appropriée, parallèlement à la poursuite de l'allaitement maternel

- soutenir l'allaitement maternel dans les situations de difficultés exceptionnelles (pauvreté ...)
- envisager de nouvelles mesures, législatives ou autres, pour donner effet aux principes et aux objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.(24)

II-2-2-4/ L'initiative conjointe OMS /UNICEF Hôpital ami des bébés.

Lancée en 1991, l'initiative Hôpital amis des bébés (IHAB) est un projet de l'UNICEF et de l'Organisation mondiale de la santé. L'objectif est de faire en sorte que toutes les maternités, qu'elles soient indépendantes ou situées dans un hôpital, deviennent des centres de soutien à l'allaitement maternel.

Une maternité peut prétendre à l'appellation « Amie des bébés » lorsqu'elle n'accepte pas de lait artificiel gratuit ou à bas prix, de biberons ou de tétines, et a mis en œuvre douze conditions précises en vue d'encourager un allaitement efficace. Cette appellation est actuellement contrôlée par des instances nationales chargées de l'allaitement. Les consignes de mise en œuvre de l'initiative ont été élaborées par l'UNICEF et l'OMS.

En 2012, on comptait plus de 20.000 hôpitaux « Amis des Bébé » dans le monde et environ 700 en Europe dont 90% des maternités en Norvège et 18% de celles du Royaume uni. En France, 18 services ont été labellisés « Amis des Bébé ».(25)

II-2-2-5/ Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

En 2003, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré conjointement la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de rappeler au monde les effets des pratiques d'alimentation sur l'état nutritionnel, la croissance, le développement et la santé du nourrisson et du jeune enfant.

Cette stratégie est conçue comme un guide pratique : elle identifie les interventions qui ont fait leurs preuves, elle insiste sur le soutien dont les mères et les familles doivent bénéficier pour remplir leur rôle crucial, et elle définit formellement les obligations et les responsabilités à cet égard des gouvernements, des organisations internationales et des autres parties concernées.

Les états signataires se sont engagés à respecter un certain nombre de directives comme :

- élaborer et mettre en œuvre une politique globale d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- soutenir la femme allaitante dans le cadre familial et communautaire (des femmes qualifiées et compétentes n'appartenant pas spécifiquement au secteur de la santé, par exemple : les associations de mères allaitantes), et de la part du système de Santé (agents de santé qualifiés, consultants certifiés en matière d'allaitement ...)
- promouvoir la mise en place de réseaux de soutien
- mettre en œuvre une politique de formation « continue » des agents de santé
- veiller à une information adéquate du grand public en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment par le système éducatif et les médias
- faciliter activité professionnelle et allaitement (crèche sur le lieu de travail, reprise à temps partiel, mise en place de congés maternité rémunérés...)
- appliquer le code international de commercialisation des substituts de lait maternel
- élaborer des actions spécifiques en faveur des groupes plus fragiles : populations défavorisées, enfants prématurés et de faible poids de naissance.

II-3/ Le choix d'une politique en faveur de l'allaitement maternel au CHU de Caen.

La maternité du CHU de Caen respecte : les 10 conditions pour la réussite et le succès de l'allaitement maternel ainsi que le code international de commercialisation des substituts de lait maternel comme le préconise la 1ère déclaration d'Innocenti.

De 2005 à 2009, le CHU de Caen a fait le choix de former le personnel à l'allaitement maternel. Quarante-deux membres du personnel soignant ont été formés : des sages-femmes, des auxiliaires puéricultrices, quelques agents de services en contact avec des patientes et quelques secrétaires en lien également avec des patientes. Pour information : on compte à la maternité du CHU de Caen : 11 gynécologues-obstétriciens, 91 sages-femmes et 12 pédiatres.(26)

Cette formation s'est organisée en petit groupe dans l'enceinte du CHU de Caen. Au final, très peu de personnel reste à former. En outre, les équipes sont en perpétuel remaniement, avec l'arrivée de nouvelles sages-femmes, auxiliaires puéricultrices

C'est pourquoi il est prévu très prochainement une nouvelle session de formation pour informer les nouveaux arrivants et consolider les informations des anciens.

Chaque nouvel arrivant dans l'équipe reçoit un fascicule sur l'allaitement maternel créé par les professionnels de santé du CHU de Caen pôle femme enfant. Ainsi, même s'il n'a pas suivi la formation, il partage la même information avec les autres membres de l'équipe.

Le choix de la formation Co naitre s'est imposée aux responsables car cette formation était connue de la cadre supérieur et avait fait ses preuves dans d'autres maternités. De plus, les sages-femmes de PMI (protection maternelle et infantile) du Calvados ont bénéficié de cette même formation. Ce qui permet le partage d'une même culture de l'allaitement par plusieurs intervenants, et donc moins de discordances.

C'est aussi en 2005, qu'une consultante en lactation a été embauchée : Madame Anne-Françoise Assimingué. Cette sage-femme sert de référence aux équipes, elle est également d'une précieuse aide dans les allaitements difficiles. Depuis un an, une autre sage-femme s'est formée et est devenue consultante en lactation : Madame Béatrice Stieger.

Pour soutenir les patientes allaitant au sein, une consultante en lactation (A-F Assimingué) peut prendre des femmes en consultation de 40 minutes pour revoir avec elle l'allaitement de leur enfant. Des créneaux sont ouverts sur ses gardes (1 à 2 mères dans l'après midi). De plus, un cours par mois sur l'allaitement maternel est proposé à toutes les femmes qui suivent les cours de préparation à la naissance et à la parentalité au CHU de Caen.

III/Co naitre.

Cet organisme de formation existe depuis 1981. Membre de la CoFAM (coordination française pour l'allaitement maternel), il a été choisi par plusieurs établissements ayant obtenu le label IHAB.

Co naitre propose des formations pour mobiliser et accompagner les équipes médicales et non médicales dans l'évolution du monde de la périnatalité. Les formations Co-naitre sont orientées vers une approche globale et humaniste de la périnatalité et de la petite enfance, dans le respect des choix et des représentations de chacun, parent et soignant.

Elles s'adressent aux professionnels de santé désireux :

- d'optimiser leurs compétences tant techniques que relationnelles dans l'accompagnement des parents et de leurs enfants
- d'élaborer un projet d'équipe ou d'établissement visant à améliorer la qualité et la cohérence des pratiques.

Tous les formateurs sont des professionnels de santé spécialisés dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance, titulaires de diplômes complémentaires à leur formation initiale, en allaitement maternel (DU d'allaitement maternel et de physiologie de la lactation, consultants en lactation IBCLC) et en dynamique d'équipe et communication.(27)

Les principaux thèmes de la formation sont : l'allaitement maternel au quotidien, le sommeil et les rythmes du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant, les adaptations néonatales à la vie extra-utérine. (Annexe 6)

L'étude prospective.

I/ Matériel et méthode.

I-1/L'objectif de l'étude.

L'étude avait pour but d'évaluer l'homogénéité des pratiques du personnel soignant, qui avait bénéficié de la formation Co naître, par le biais d'un questionnaire adressé aux mères. L'objectif final était de réajuster nos pratiques et de confirmer les progrès observés depuis 2002 dans la thèse de Marion Tissier soutenue le 4 mai 2005 ayant pour titre : « Allaitement maternel au CHU de Caen en 2002 : prévalence, durée, aspects pratiques et facteurs associés au sevrage ».

I-2/ La population étudiée.

L'étude s'adressait à des mères qui allaitaient et qui avaient accouché à terme d'un premier enfant eutrophe (poids de naissance compris entre 2700g et 4200g). Il était important pour l'étude que les patientes n'aient jamais allaité afin d'éviter que leur expérience n'influe leurs réponses.

I-3/La méthode.

I-3-1/ L'élaboration du questionnaire.

Le questionnaire était anonyme. Il comportait 33 questions dont 3 questions ouvertes, 3 questions à choix multiples et 27 questions à choix unique (Annexe 7). Les questions 1 et 2 s'intéressaient à la naissance. Les questions 3 et 4 portaient sur les informations recueillies pendant la grossesse. Les questions 5 à 7 ciblaient les pratiques au sein des salles de naissances. Les questions 8 à 27 concernaient les pratiques des services de suites de naissance physiologique et pathologique. Les questions 28 à 33 caractérisaient la population interrogée.

I-3-2/ Test du questionnaire.

Le questionnaire a été testé auprès de 3 patientes. Ceci a permis de reformuler les questions 14 et 15 en y ajoutant « A ce jour, ».

I-3-3/ Distribution du questionnaire.

Quatre-vingt questionnaires ont été distribués entre le 5 aout 2012 et le 31 novembre 2012 au CHU de Caen dans les services de suites de naissance physiologique et pathologique. Ils ont été remis aux patientes la veille de leur sortie. Les quatre-vingt questionnaires étaient tous exploitables.

II/ Les résultats.

II-1/ Caractéristiques de la population.

- L'âge

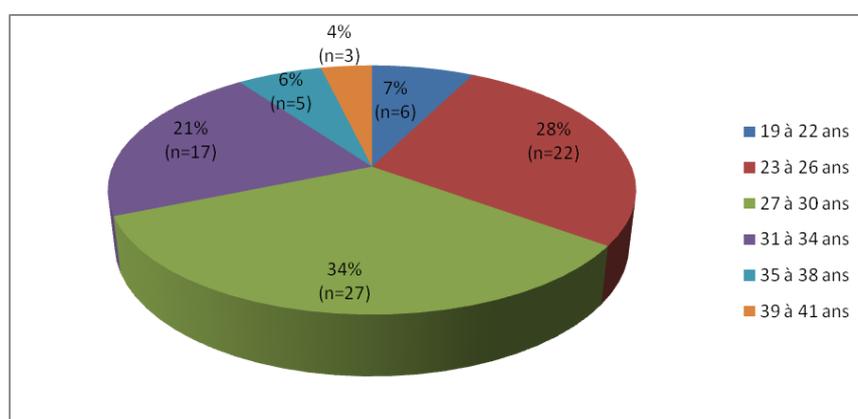


Figure 1 : Répartition de l'âge des patientes. (n total = 80)

L'âge moyen des patientes était de 28,66 ans.

- Le niveau d'études

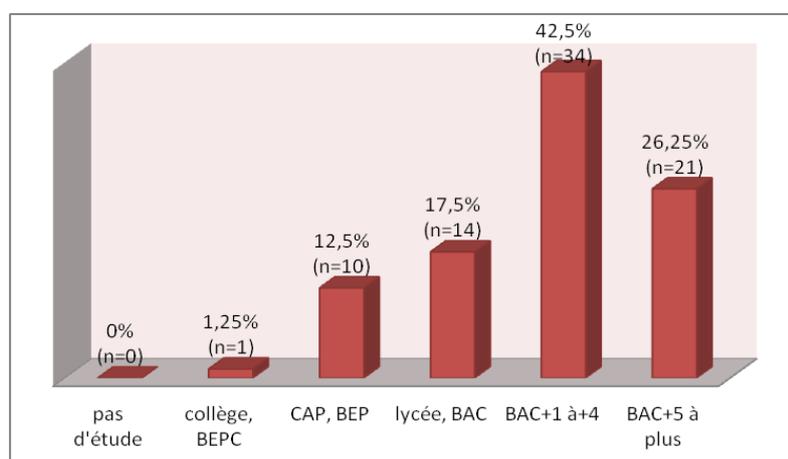


Figure 2 : Répartition du niveau d'études des patientes (n total = 80)

90% des patientes (n=72) exerçaient une activité professionnelle, 6.25% des patientes (n=5) étaient sans emplois et 3.75% des patientes (n=3) étaient étudiantes.

98.75 % des patientes (n=79) étaient en couple et 1.25% des patientes (n=1) étaient seules. Les patientes étaient issues de différentes origines : 68 patientes originaires de France, 2 du Maroc, 2 de Turquie, 1 du Pakistan, 1 de Guinée, 1 du Japon, 1 d'Algérie, 1 d'Allemagne, 1 du Cambodge, 1 de Chine et 1 du Congo.

- Le choix d'alimentation

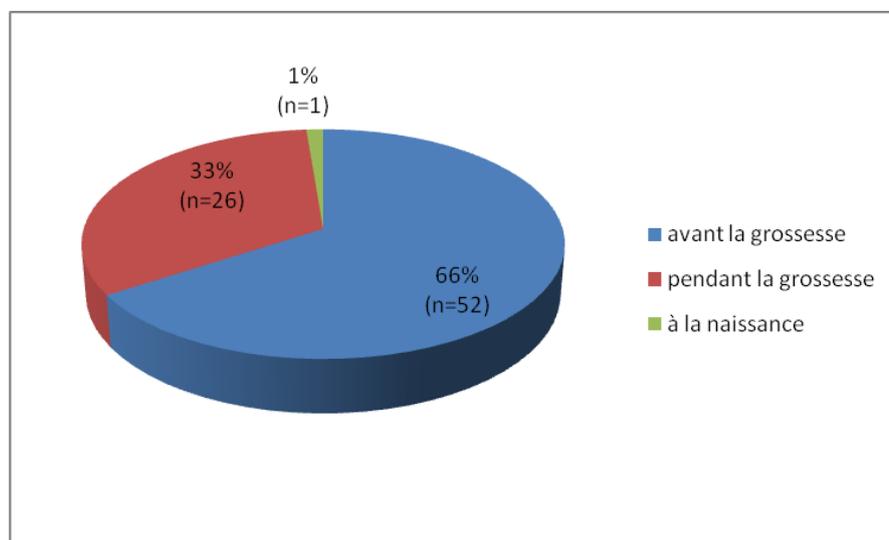


Figure 3 : Choix du mode d'alimentation. (n total= 80)

Une grande majorité de femmes avaient choisi d'allaiter avant de débiter leur grossesse.

II-2/ Sources d'informations recueillies pendant la grossesse.

93.75 % des femmes (n=75) ont reçu des informations sur l'allaitement maternel pendant leur grossesse, seules 6.25% des femmes (n=5) n'ont pas été informées.

Les sources d'informations étaient multiples :

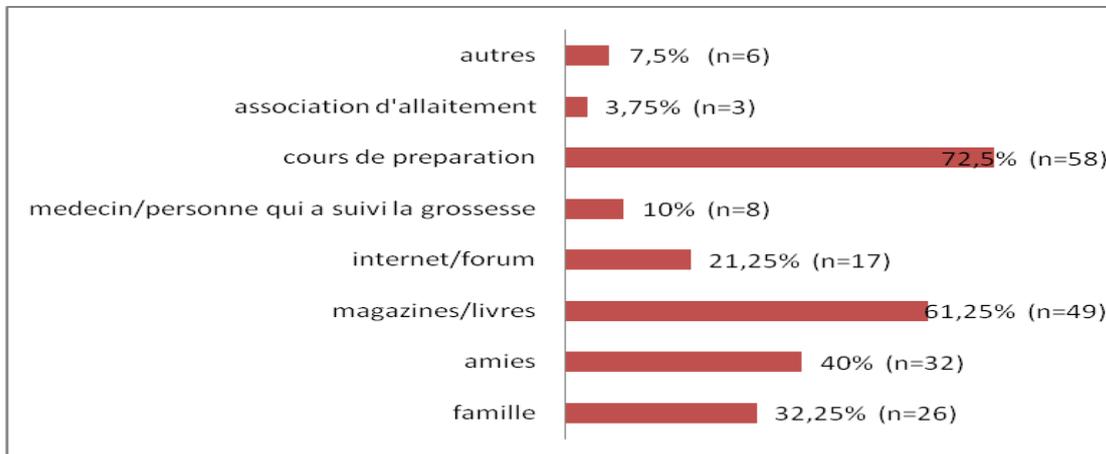


Figure 4 : Répartition des différentes sources d'informations.

Les 7.5% de « autres » (n=6) correspondaient à :

- un cours d'allaitement organisé au CHU de Caen (n=1)
- la PMI (n=2)
- une sage femme libérale et un groupe de mères allaitantes (n=1)
- des dépliants en salle d'attente (n=1)
- la télévison (n=1).

De la même façon 93.75% des patientes (n=75) ont suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Néanmoins, l'étude a montré que l'allaitement maternel était abordé dans 85,3% de ceux-ci (n=64).

II-3/ La naissance.

II-3-1/ L'accouchement.

- **La voie d'accouchement**

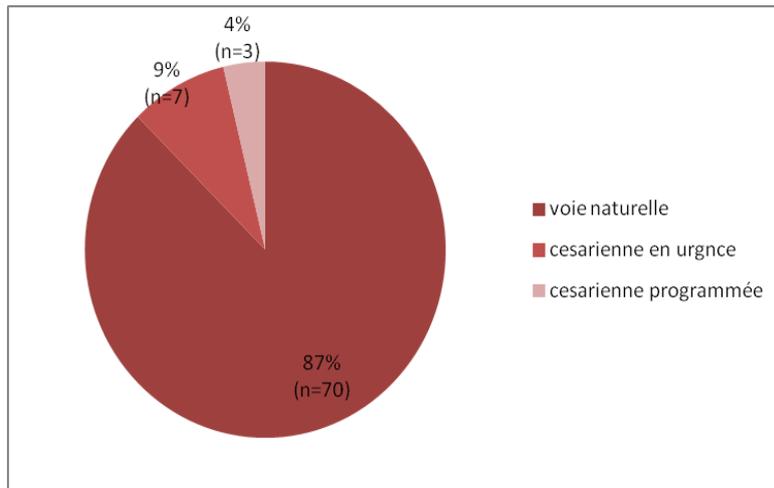


Figure 5 : Le mode d'accouchement (n total = 80).

- **Poids des nouveau-nés**

Le poids des 80 nouveau-nés à la naissance variait de 2710g à 4190g, ci-dessous leur répartition :

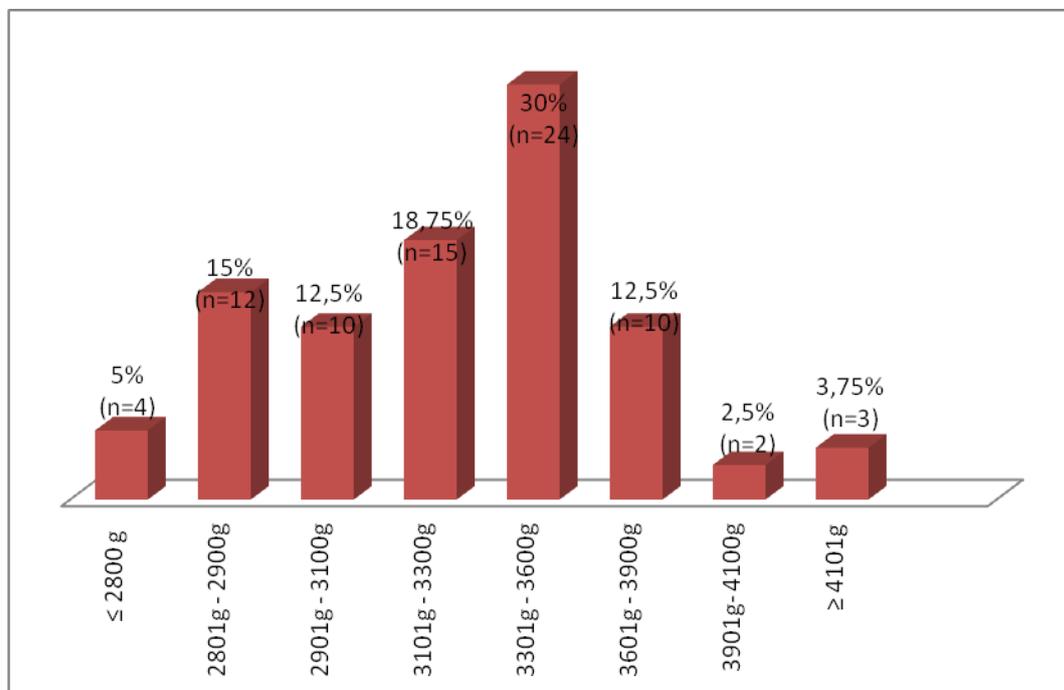


Figure 6 : Répartition du poids de l'enfant à la naissance (n total = 80).

II-3-2/ Mise en place de l'allaitement dans les deux premières heures.

C'est dans les deux premières heures après sa naissance que l'enfant peut faire connaissance avec le sein :

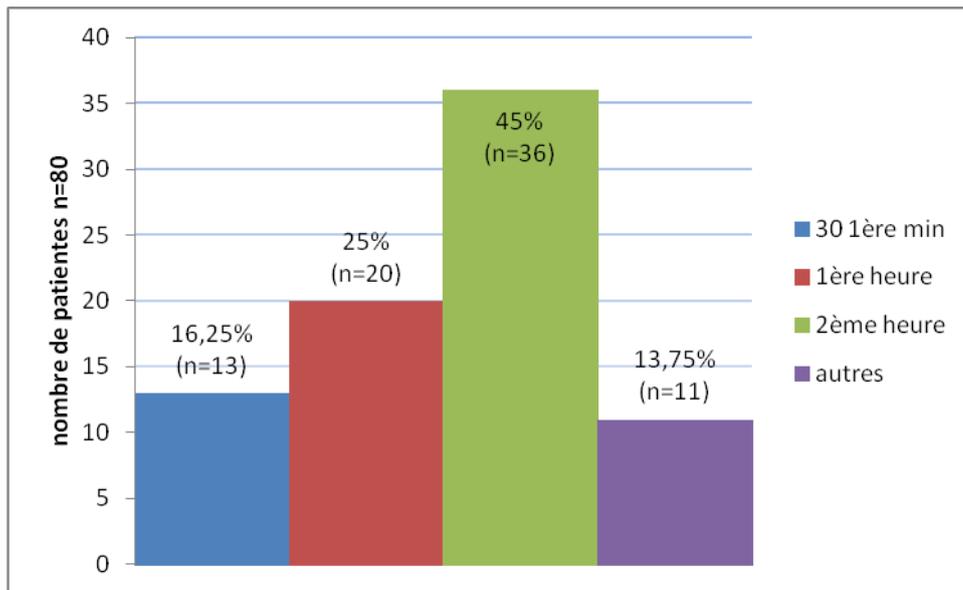


Figure 7 : Début de la première tétée (n total = 80).

Quelques nouveau-nés, 11 au total, ont mis plus de temps à réaliser leur première tétée :

- 3h (n=3)
- 4h (n=3)
- 5h (n=2)
- 6h (n=1)
- 7h (n=1)
- 2 jours (n=1).

25% des nouveau-nés (n=20) ont réussi à prendre le sein sans aucune aide, 28.75% des nouveau-nés (n=23) ont cherché puis dans un second temps ont été aidés par le personnel et la majorité, un peu moins de la moitié des nouveau-nés (46.25%, n=37) n'ont pas cherché le sein, ils ont été aidés de suite par le personnel soignant.

De la même façon, dans ces deux premières heures, 90% des patientes (n=72) ont bénéficié du « peau à peau ». Celui-ci durait entre 10 et 210 minutes (seule une patiente n'a rien précisé) avec une moyenne de 78,85 minutes.

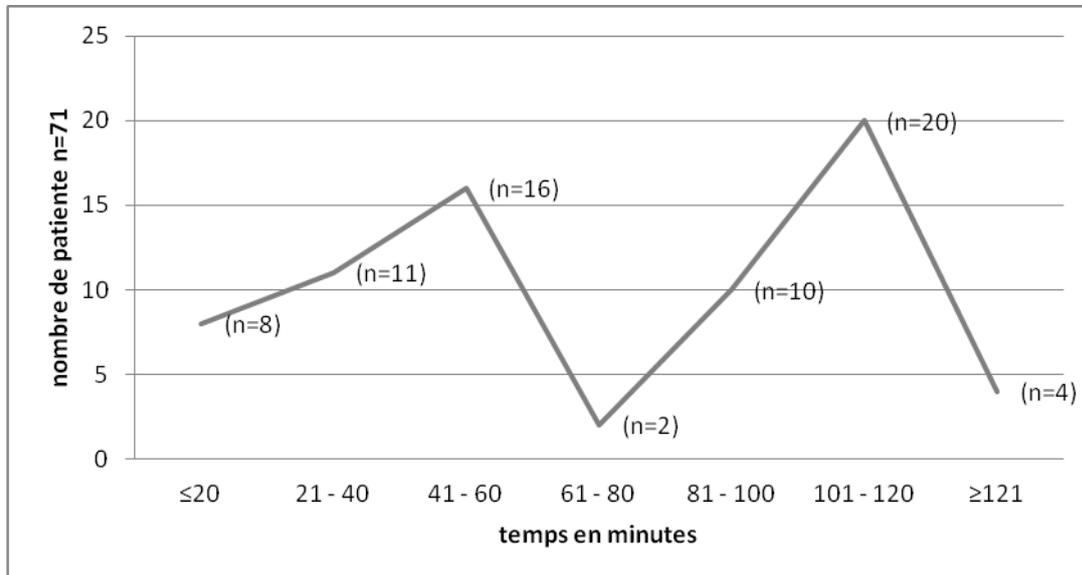


Figure 8 : Durée du « peau à peau ».

II-4/ Le séjour en suite de naissance.

II-4-1/ L'environnement du couple.

Pour la présence 24h/24 du bébé auprès de la mère, 83.75% de la population (n=67) a eu son enfant 24/24h à ses côtés. Pour les 16.25% de la population restante (n=13) voici les causes de cette absence momentanée :

- pour pouvoir se reposer la première nuit pour 77% des patientes (n=10)
- pour la photothérapie pour 15 % des patientes (n=2)
- suite à des complications maternelles pour 8% des patientes (n=1).

Pour 92.3% de ces mères (n=12), leurs enfants leurs ont été ramenés pour les tétées.

La création d'un environnement sécurisant pour l'enfant, par exemple le « peau à peau », a été respectée par 82.5% des mères (n=66), de fréquence et de durée variable à l'occasion : d'une tétée (59 %, n=39), pour le rassurer (42%, n=28), pour le réchauffer (12%, n=8).

II-4-2/ La mise en place de l'allaitement.

II-4-2-1/ Allaitement à la demande.

L'allaitement à la demande est la règle à appliquer.

95% des patientes (n=76) ont dit avoir allaité leur bébé à la demande. Toutefois 13% d'entre elles (n=10) ont avoué avoir respecté un temps minimal entre les tétées, temps qui variait de 30 minutes à 4 heures avec une moyenne de 111 minutes. Ainsi, 82,5% des patientes (n=66) ont réellement allaité leur enfant à la demande.

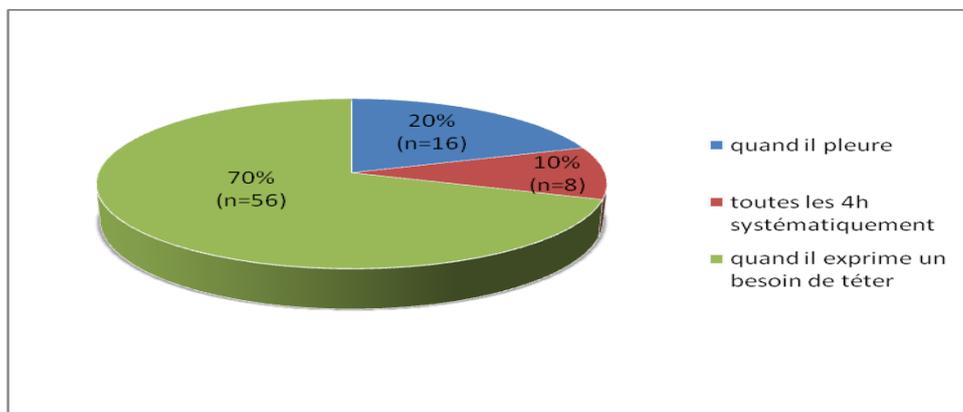


Figure 9 : Quand mettre bébé au sein ? (n total =80).

Le besoin de téter était défini par : ouverture de la bouche, sortie de langue, mouvement de la tête

Le temps maximal entre deux tétées s'est réparti de la façon suivante :

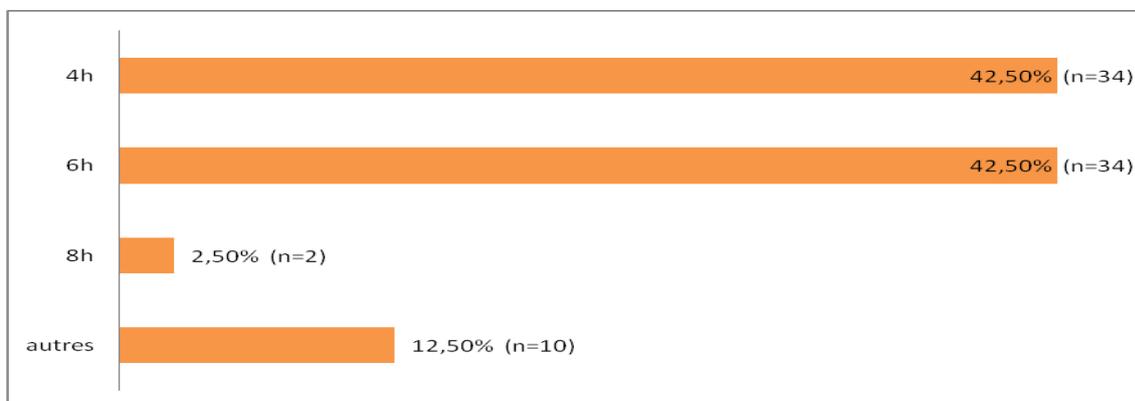


Figure 10 : Temps maximal entre deux tétées (n total = 80).

Les « autres » étaient :

- 2 heures pour 10% (n=1)
- 3 heures pour 30% (n=3)
- 3 heures et 30 minutes pour 10% (n=1)
- 5 heures pour 10% (n=1)
- 40 % (n=4) n'ont pas de maxima.

Toutefois le temps maximal conseillé entre deux tétées était variable en fonction du poids :

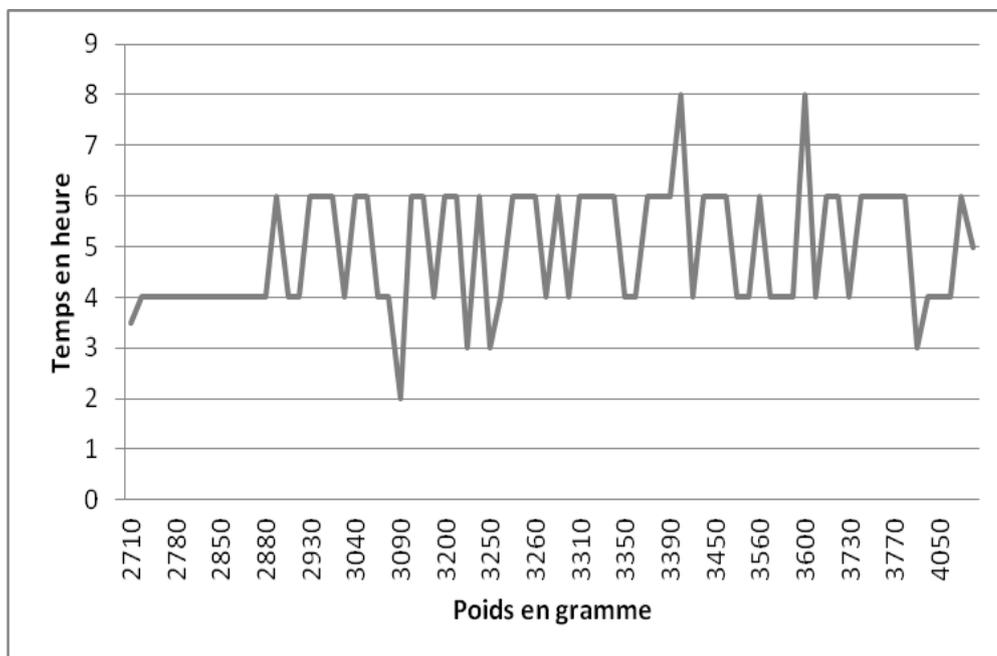


Figure 11 : Temps maximal entre deux tétées en fonction du poids.

Le temps variait sensiblement à partir de 2900g, en dessous de ce poids la tendance était de 4 heures. Ainsi pour un poids de naissance supérieur à 2900g (n=60) :

- 55% des patientes (n=33) ont attendu 6h
- 42% des patientes (n=25) ont attendu moins de 6h, dont 12% (n=7) qui ont bénéficié de compléments pour l'enfant.
- 3% des patientes (n=2) ont attendu plus de 6h.

II-4-2-2/ Ecouter les besoins de l'enfant.

Les règles de durée et de fréquence ne sont plus à l'ordre du jour pour l'allaitement. Il est recommandé d'apprendre à la mère à répondre aux besoins de son enfant.

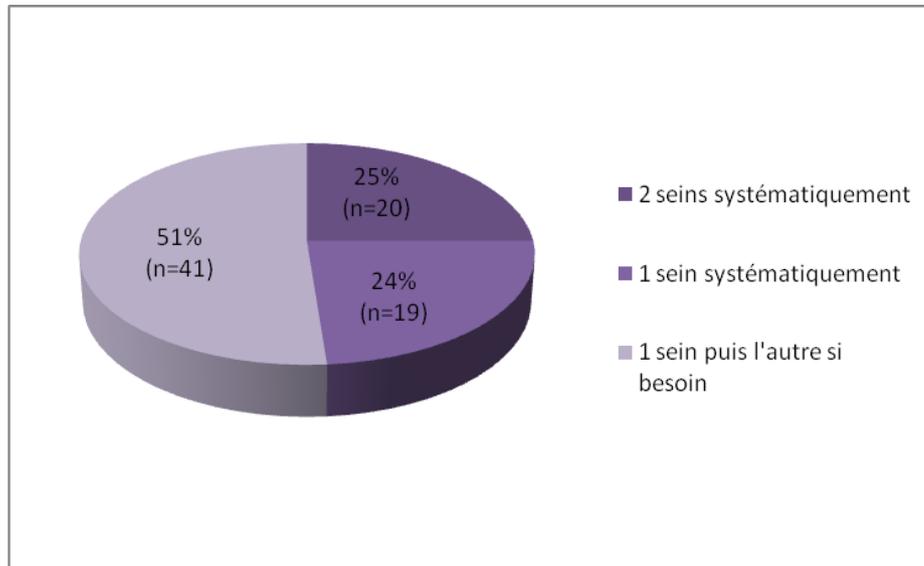


Figure 12 : Que propose la mère à son enfant ? (n total =80).

La durée d'une tétée était variable avec une majorité de femmes qui a répondu à la demande de leur enfant :

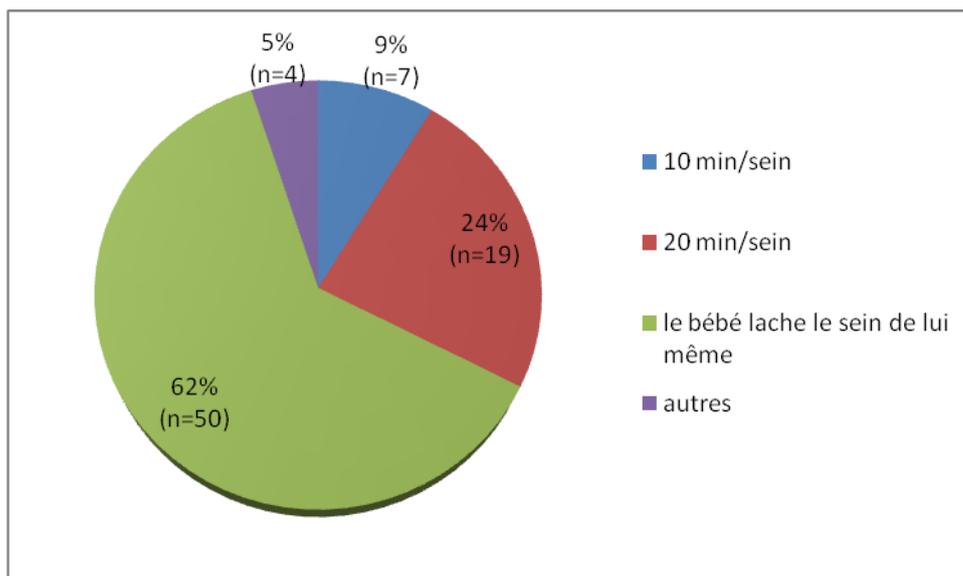


Figure 13 : Durée d'une tétée (n total=80).

Les 5 % de « autres » correspondaient à 4 patientes qui ont répondu :

- 15 minutes par seins (n=2)
- 25 minutes par sein (n=1)
- 30 à 40 minutes par sein (n=1).

Les mères avaient différents moyens pour reconnaître l'efficacité de la succion du nouveau-né :

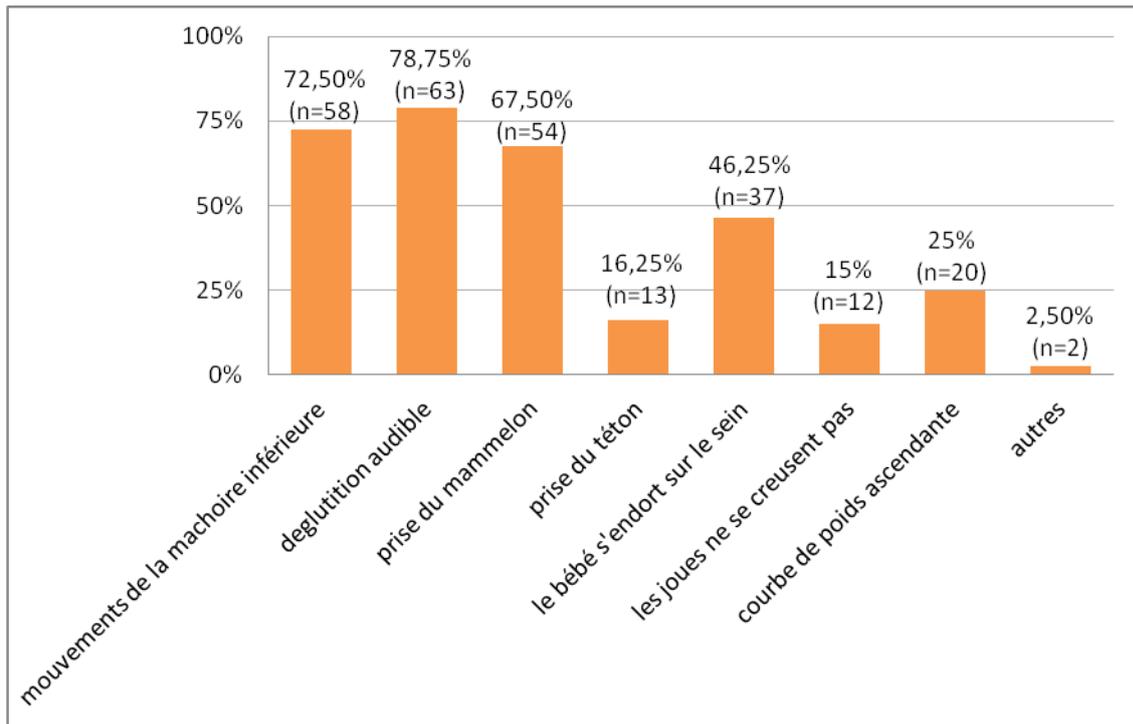


Figure 14 : Comment reconnaître une succion efficace ?

Le 2.5% de « autres » correspondaient à deux patientes qui ont ajouté :

- la sensation de la tétée
- le fait que l'enfant ne réclamait pas trop vite la suivante.

II-4-2-3/ Les tétines.

25% des nouveau-nés (n=20) ont eu une tétine, une suce Les mères les ont utilisées pour :

- calmer l'enfant ou quand il pleure pour 45% de ces mères (n=9)
- assouvir son besoin de « *tétouiller* » pour 40% de ces mères (n=8)
- endormir l'enfant pour 10% de ces mères (n=2)
- calmer l'enfant quand il a mal au ventre pour 5% de ces mères (n=1).

Le personnel a émis un commentaire lié à l'utilisation d'une tétine à 50% des mères (n=10) :

- pour 40% de ces mères (n=4) « *il n'y avait pas de contre-indication avec l'allaitement et que l'enfant avait un besoin naturel de téter* »
- pour 40% de ces mères (n=4), le personnel a eu un discours bivalent, ainsi certaines mères ont rapporté : « *différentes réactions soit rien, soit ils lui ont mis pour la calmer, soit dire que c'est inutile que ça n'existe que depuis 20 ans* » ou encore « *tout et son contraire, certains l'acceptent, d'autres non* »
- pour 20% de ces mères (n=2) le personnel a précisé qu'elle n'était pas recommandée et qu'il fallait éviter de l'utiliser pendant la mise en place de l'allaitement.

II-4-3/ Les difficultés de l'allaitement.

II-4-3-1/ Les difficultés rencontrées par les mères.

73.75 % des mères (n=59) ont rencontré diverses difficultés :

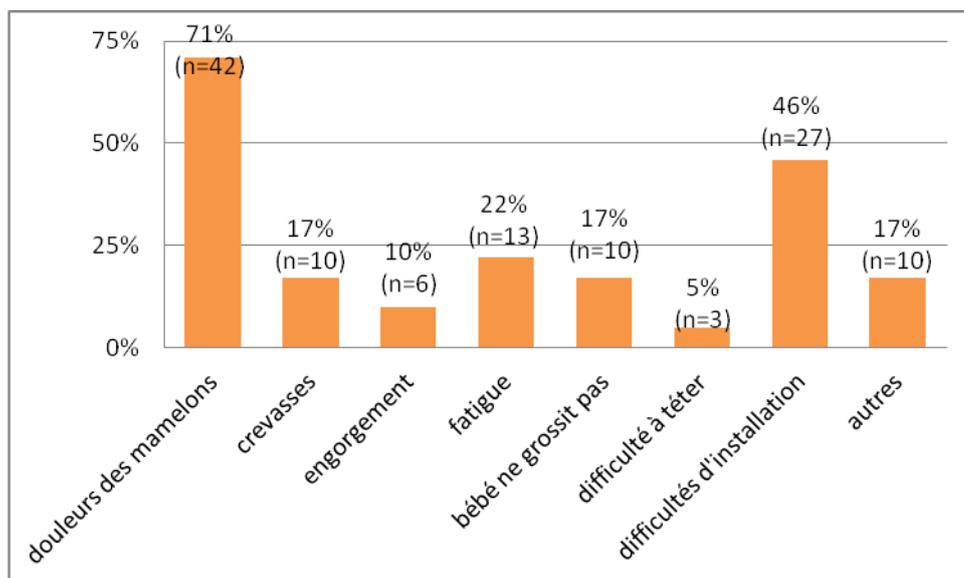


Figure 15 : Principales difficultés des mères.

Les 17% de « autres » correspondaient à 10 patientes :

- une mauvaise prise du sein de l'enfant pour 50 % de ces patientes (n=5)
- des difficultés à trouver le rythme pour 20 % de ces patientes (n=2)
- une sensation désagréable d'être mordue pour 10 % de ces patientes (n=1)
- un bébé qui s'endormait à la première succion pour 10% de ces patientes (n=1)
- un manque de confiance pour 10% de ces patientes (n=1).

Devant ces difficultés, 91.50% des patientes (n=54) ont été aidées par le personnel soignant qui a répondu à leur appel de manière adaptée :

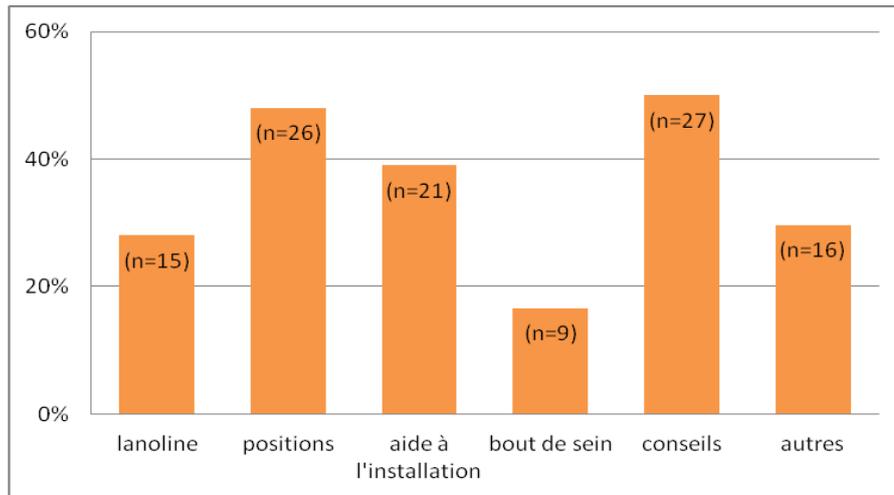


Figure 16 : Aides apportées par le personnel soignant.

Les 29.60% de « autres » ont regroupé :

- une réassurance et une prise de confiance grâce à une écoute et un soutien pour 31.25% de ces mères (n=5)
- des compléments pour 18.75% de ces mères (n=3)
- de l'acupuncture pour 12.5% de ces mères (n=2)
- l'utilisation d'un tire lait pour 12.5% de ces mères (n=2)
- l'aide d'une conseillère en lactation pour 12.5% de ces mères (n=2)
- des compresses glacées pour 6.5% de ces mères (n=1)
- une aide médicamenteuse (paracétamol) pour 6.5% de ces mères (n=1).

II-4-3-2/ Les compléments.

Certains nouveau-nés (28,75% de la population, n=23) ont eu parfois besoin d'une aide alimentaire pour diverses raisons et ont bénéficié de compléments. Les raisons en étaient les suivantes :

- un bébé non repu pour 26% de cette population (n=6)
- une montée de lait tardive pour 17.5% de cette population (n=4)
- une perte de poids pour 17.5% de cette population (n=4)
- des difficultés du bébé au début (mauvaise prise de sein...) pour 13% de population (n=3)

- des douleurs au niveau des mamelons, des crevasses pour 13% de cette population (n=3)
- un frein de langue pour 4% de cette population (n=1)
- un bébé trop petit et trop fatigué pour téter pour 4% de cette population (n=1).

Ces nouveau-nés ont tous reçu du lait artificiel. Pour 21,70% d'entre eux (n=5), ils alternaient avec du lait maternel recueilli grâce à un tire lait.

Les compléments ont été proposés à l'enfant par différents moyens :

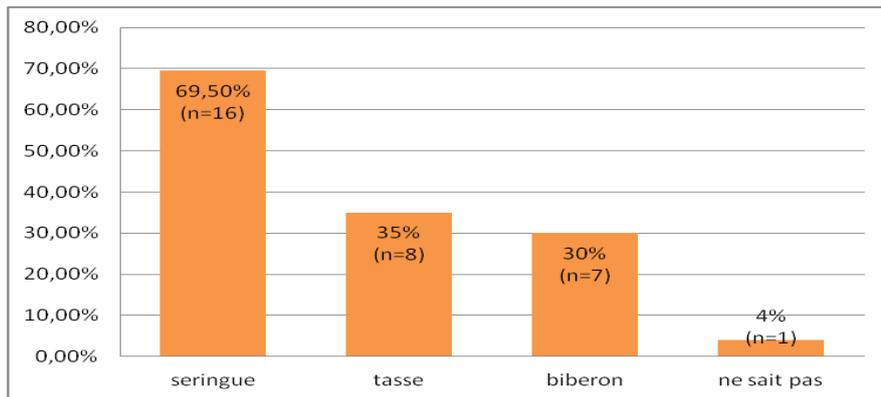


Figure 17 : Comment sont données les compléments.

Une grande majorité des nouveau-nés (n=24) ont été complétés à la seringue et à la tasse.

II-4-3-3/ Et après ?

Quelques règles simples de physiologie de la lactation doivent être connues par les mères pour parer aux difficultés à la maison. Notamment la règle de « plus il y a de demande (plus le bébé tète), plus il y aura d'offre (plus le sein produira de lait) ».

78.75% des femmes interrogées ont estimé que la production de lait pouvait être optimisée par :

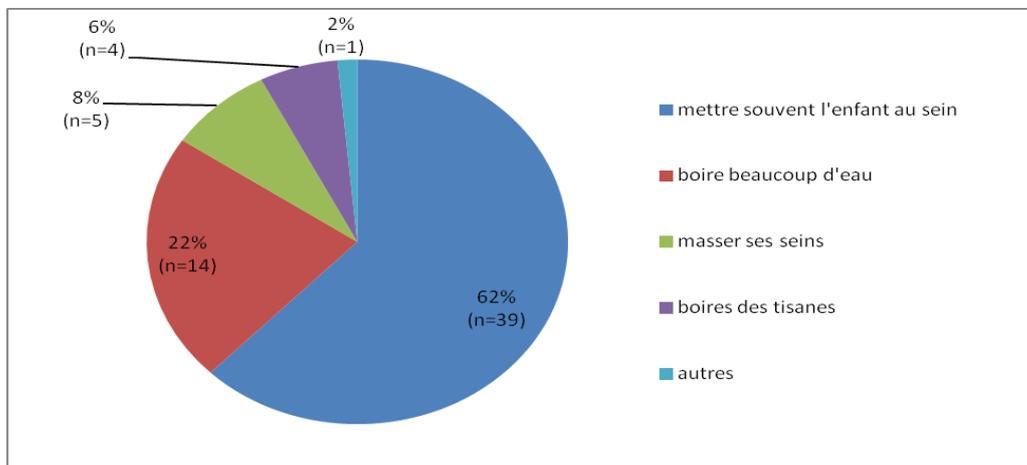


Figure 18 : Comment optimiser sa production de lait (n total = 63).

Le « autre » correspond à : « *limiter le stress* ».

On note donc que 48.75% de la population (n=39) connaissait cette règle.

De la même façon, pour ne pas rester isolée avec des difficultés, il est important de donner à la mère des lieux, des personnes, des numéros... où elle pourra être accompagnée et soutenue une fois rentrée à la maison. 47.5% de la population (n=38) avait connaissance de relais comme : l'association RENOAL, les coordonnées des sages-femmes libérales, la PMI de secteur, les consultations d'allaitement proposées au CHU de Caen, la « *leche league* » ou les réunions de mères allaitantes sur Vire.

II-4-4/ L'équipe.

II-4-4-1/ L'accompagnement.

La majorité des mères ont été observées par l'équipe pendant une tétée pour un meilleur accompagnement :

- 95% des mères (n=76) ont été observées
- 2.5% des mères (n=2) ne l'ont pas été
- 1.25% des mères (n=1) ne l'a pas été et aurait voulu être observée
- 1.25% des mères (n=1) ne l'a pas été et n'en ressentait pas le besoin.

De la même façon, le personnel hospitalier a appris plusieurs positions aux mères :

- 85% des mères (n=68) ont vu plusieurs positions
- 6.25% des mères (n=5) n'ont vu qu'une position et ne ressentait pas le besoin d'en apprendre d'autre
- 5% des mères (n=4) n'ont vu qu'une position et auraient souhaité en connaître d'autres
- 3.75% des mères (n=3) n'ont vu qu'une position.

L'allaitement ne demande aucun régime particulier : 2.5% des mères (n=2) ont reçu des conseils alimentaires de la part du personnel : l'une de « *manger des légumes* » et l'autre de « *favoriser les produits riches en fer* ».

II-4-4-2/ Par qui ?

Le personnel hospitalier de suite de naissance est composé : de sages-femmes, d'auxiliaires puéricultrices, d'aides-soignantes, d'agents de service hospitalier et d'étudiants. L'accompagnement des mères s'est fait en équipe. L'accompagnement de l'allaitement a été réalisé par :

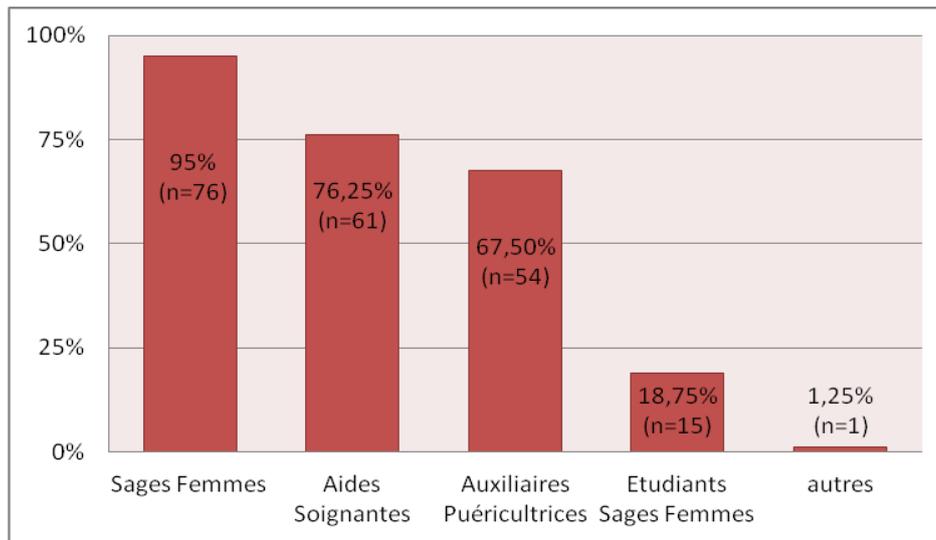


Figure 19 : Qui aide les mères ?

Le « autre » correspond à une conseillère en lactation.

II-4-4-3/ La satisfaction.

L'évaluation de la satisfaction des patientes relative aux conseils et à l'aide apportés s'est répartie de la façon suivante :

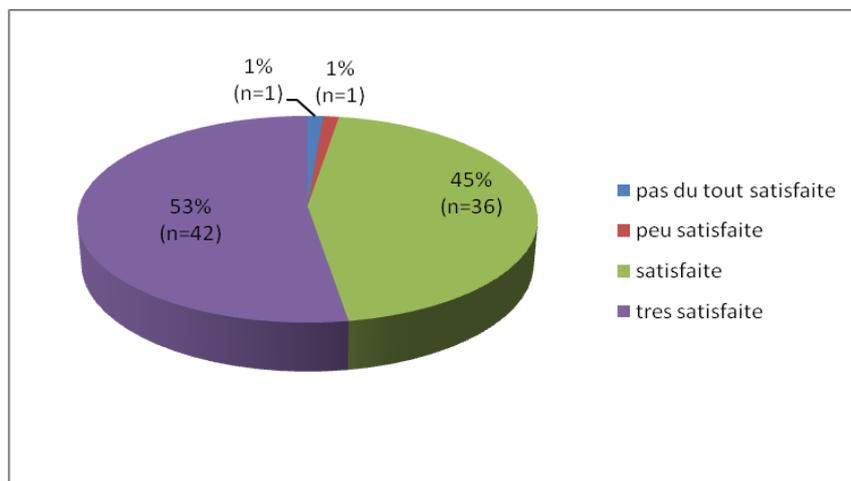


Figure 20 : Satisfaction relative à l'accompagnement (n total=80).

Toutefois, 17.5% des mères (n=14) ont regretté quelques divergences dans les conseils, avec des remarques comme : « *cela dépend des équipes, des personnes sont très compétentes et d'autres feraient mieux de changer de métier ! Et malheureusement il y en a beaucoup plus dont c'est le cas* », « *une différence néanmoins dans l'accompagnement selon le savoir être du professionnel* », « *chaque sage-femme ou personnel soignant y va de son avis, qui peuvent être contraires, on est alors perdue* » ou encore « *chaque soignant à une "version" différente de la façon de faire, pas toujours évident à gérer* ».

Certaines mères, 10% (n=8), ont aussi ajouté des remarques valorisant le travail du personnel : « *personnel très à l'écoute et compétent* », « *bons conseils de l'équipe, équipe de nuit particulièrement présente et efficace en cas de besoin* » ou encore « *équipe très agréable, très gentille, disponible on se sent vraiment très aidée et conseillée* ».

L'évaluation de la disponibilité du personnel dans l'accompagnement a été source de satisfaction :

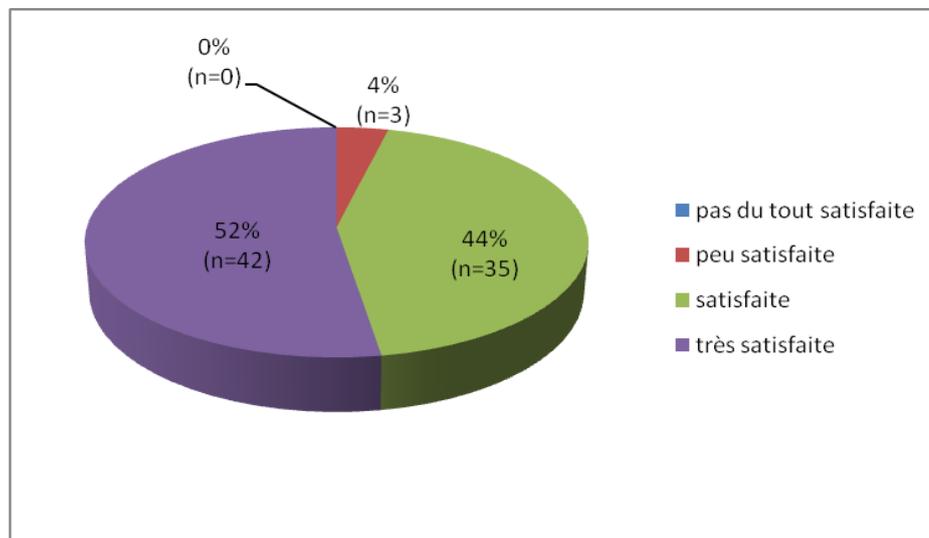


Figure 21 : Satisfaction relative à la disponibilité de l'équipe (n total = 80).

Toutefois 7.5% des mères (n=7) ont apporté des remarques témoignant d'un manque d'effectif par exemple : « *nous ressentons que le personnel est débordé du fait d'un manque d'effectif* » ou encore « *mais je pense que la direction devrait octroyer du personnel supplémentaire dans le service pour une disponibilité optimale* ».

Deux patientes ont ajouté : « *lorsque bébé à faim, que maman a besoin d'un conseil, il importe peu à ce bébé que le personnel fasse des transmissions qui durent deux heures et qu'elles ne répondent pas* » et « *toujours une différence selon le savoir être et les qualités humaines du professionnel* ».

I/ Critique de la démarche.

I-1/ Les limites.

L'étude étant adressée aux patientes hospitalisées au CHU de Caen, il n'est pas possible de généraliser les résultats à la France entière.

La population ne représente pas, de manière optimale, les femmes hospitalisées dans le service de suite de couche pathologique. En effet, elles ne représentent que 13% de la population étudiée (n=10). On peut l'expliquer par le caractère plus pathologique de la grossesse et/ou de l'accouchement et donc plus de situations qui ne rentrent pas dans les critères de l'étude : prématurité

Afin d'approfondir cette étude, il aurait été intéressant d'interroger les équipes ayant bénéficié de la formation Co naître afin d'évaluer leur ressenti et ce en quoi celle-ci a modifié leur pratique et leur accompagnement au quotidien auprès des mères et des nouveau-nés.

I-2/ Les atouts.

Tous les questionnaires étaient exploitables. On en conclut une bonne compréhension du questionnaire par la population.

Le questionnaire a été testé, permettant des rectifications.

Les questions semi-ouvertes relatives à la satisfaction des patientes sur les conseils et la disponibilité de l'équipe ont permis aux femmes de s'exprimer librement sur leurs impressions.

II/ Analyse et discussion.

II-1/ Les caractéristiques de la population.

La population est jeune avec une moyenne d'âge de 28,66 ans pour un premier enfant ce qui correspond à la moyenne d'âge nationale d'un premier enfant, qui est de 28 ans.(28) 83% de la population (n=66) est dans la tranche des 23 à 34 ans.

Le niveau d'études supérieur est élevé avec 68,75% de femmes (n=55) ayant un niveau BAC+1 et plus.

La majorité de ces femmes ont une activité professionnelle soit 90% de la population (n=72).

Elles sont majoritairement en couple, une femme est seule.

93.75% de ces patientes (n=75) ont suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

Ceci correspond aux données retrouvées dans la littérature : les femmes qui allaitent sont souvent d'un niveau d'études supérieur, en couple, elles ont suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.(11)

La majorité de ces femmes se sont informées pendant la grossesse. En effet 93,75% des femmes (n=75) ont reçu des informations pendant la grossesse.

Pour les cinq femmes qui n'en ont pas reçu, elles ont suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, mais l'allaitement maternel n'y a pas été abordé. De plus, seules 10% des femmes (n=8) ont reçu des informations par la personne qui a suivi la grossesse. Pourtant l'ANAES, en 2002, recommande : « *Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Il est recommandé d'évaluer l'expérience de la future mère, ses connaissances, ses désirs et de lui donner des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement.* » (7).

Ces femmes étaient donc plutôt bien informées en quantité mais en qualité ? L'étude montre que les principales sources d'informations étaient :

- les cours de préparation à la naissance (72,5%, n=58)
- les magazines et les livres (61,25%, n=49)
- les amies (40%, n=32)
- et la famille (32,25%, n=26).

Seuls les cours de préparations à la naissance et à la parentalité sont une source de référence. Les femmes sont surinformées mais pas toujours avec des informations véridiques. Cette idée a été abordée au 2ème journée normande d'allaitement : « *la grossesse, la naissance, l'accouchement, les soins du nouveau-né et son alimentation sont des sujets « tendances ». Chaque « revue » féminine ou autre, y consacre régulièrement un article [...] mais le vrai et l'utile sont noyés dans le sensationnel ou le futile. Les apports scientifiques sont dilués dans les convictions personnelles* ». (29)

Il semble donc utile de reprendre, quand la situation sera la plus adéquate (en suite de couche, quand la femme débute son projet d'allaitement, ces informations deviennent concrètes), avec la mère ce qu'elle sait sur l'allaitement maternel afin de créer un lien avec ses informations et les nôtres et de corriger des idées préconçues qui circulent encore. (30)

Pour plus de la moitié des femmes, 66%, le choix de l'allaitement maternel s'est fait avant la grossesse, résultat corrélant avec la littérature : « *Selon les rares études portant sur le moment du choix du mode d'allaitement, celui ci se situe avant la grossesse pour plus de la moitié des mères.* » (7). Ceci expliquant peut-être leur désir de s'informer pendant la grossesse.

II-2/ Une évolution positive des pratiques.

Depuis 2002, l'étude met en évidence une réelle évolution des pratiques au sein des équipes.

II-2-1/ La naissance.

Dans « les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », la condition 4 préconise « le peau à peau » précoce : « *Mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure* ». (31) Cette règle est bien appliquée car 90% des femmes ont bénéficié du « peau à peau » allant de 10 à 210 minutes avec une moyenne de 78,85 minutes et une médiane de 75 minutes.

Sur les dix patientes qui n'en ont pas bénéficié, 7 ont eu une césarienne (4 césariennes en urgence et 3 césariennes programmées). Néanmoins, les pratiques ont évolué car 30% (n=3) des femmes césarisées ont pu avoir leur enfant auprès d'elle et bénéficier du « peau à peau ».

Nous ne pouvons pas comparer l'évolution du « peau à peau » entre 2002 et 2012, car Marion Tissier ne s'était pas intéressée à cette donnée.

La première tétée s'est faite dans les deux premières heures pour 86.25% des patientes (n=69). Alors qu'en 2002, 74,6% des nouveau-nés étaient dans les deux premières heures. (32) On observe également encore un progrès majeur pour les femmes ayant eu une césarienne : en 2002, aucune femme ayant accouché par césarienne n'avait pu allaiter son

enfant dans les deux premières heures, alors qu'en 2012, 60% des femmes césariées (n=6) ont pu mettre leur enfant au sein.(32)

II-2-2/ Les suites de naissance.

- Environnement sécurisant pour l'enfant :

La 7ème condition pour la réussite de l'allaitement aborde la présence de l'enfant avec sa mère : « *Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour* ». (31) Cette condition est appliquée. En effet, 83,75% de la population (n=67) a eu son enfant 24h/24 à ses côtés, chiffre en hausse car en 2002, 70,8% des mères l'avaient eu constamment auprès d'elles. (32)

L'étude a mis également en évidence un réel effort pour ramener l'enfant pour la tétée. En 2002, 14.7% des nouveau-nés n'avaient pas été ramenés pour la tétée, en 2012, ce taux baisse de plus de moitié : 6.7% (n=1).(32)

La formation Co naître insiste sur l'importance de créer un environnement sécurisant pour l'enfant afin que celui-ci ne se désorganise pas (la désorganisation entraîne notamment les pleurs). Le risque de désorganisation est d'autant plus grand que le bébé est proche de sa naissance. Les mères ont compris l'importance de rassurer, de contenir le nouveau-né, ainsi le « peau à peau » a été pratiqué par 82,5% de ces femmes (n=66) pour le réconforter et le réchauffer.

- L'allaitement maternel en pratique :

L'allaitement à la demande est la règle à suivre. La majorité des mères le pratiquaient, 82,5% des mères (n=66) contre 48,7% des mères en 2002. (32)

Toutefois comme en 2002, une minorité de femmes pensaient le pratiquer sans le faire 13% (n=10) en 2012 contre 43.8% en 2002.(32) Ce principe n'est pas encore totalement compris. Il est nécessaire de bien réexpliquer à ces femmes l'allaitement à la demande.

La formation Co naître parle d'allaitement à l'éveil, car il faut proposer le sein à l'enfant quand il est dans une phase d'éveil calme et attentif. C'est-à-dire quand le bébé est tonique, calme, attentif, il cherche la présence et le contact notamment du sein (bouche ouverte,

sorties de langue, mouvements de la tête ...). La majorité des mères proposaient le sein pendant cette phase d'éveil : 70% (n=56).

Il est également de règle de ne plus « chronométrer » les tétées, chaque enfant est différent et son rythme de succion l'est aussi. Une petite majorité de mères arrêtaient la tétée quand le bébé lâchait le sein de lui-même : 62% (n=50).

Il est essentiel que les équipes apprennent à la mère à reconnaître une tétée efficace, et donc une bonne succion, pour éviter les soucis d'allaitement (crevasses, engorgements, prise de poids de l'enfant ralentie ...). Pour s'assurer de la bonne prise du sein et de la position confortable et adéquate de la mère, la majorité des mères ont été observées pendant une tétée : 95% (n=76), et la majorité des mères ont appris différentes positions : 85% (n=68). Ce constat montre un bon investissement de l'équipe soignante et le souci toujours présent d'optimiser leur accompagnement.

Néanmoins, l'étude a montré une mère qui aurait voulu être observée, et quatre mères qui auraient souhaité apprendre d'autres positions. Il semble ainsi indispensable de proposer une observation systématique d'une tétée et de montrer différentes positions.

Les mères ont su reconnaître une succion efficace essentiellement par trois bons repères : la visualisation de mouvements réguliers et amples de la mâchoire : 72,5% (n=58), l'audition de la déglutition : 78,75% (n=63), et une bonne prise du mamelon : 67,5% (n=54). Seulement 15% des femmes (n=12) ont ajouté lorsque les joues ne se creusent pas.

Mais quelques femmes ont acquis de mauvais repères :

- un bébé qui s'endort sur le sein : 46,27% (n=37) (qui n'est pas forcément un signe d'un enfant bien repu, celui-ci peut s'être fatigué à téter et s'être endormi avant d'être repu, il faut donc le stimuler : changement de la couche ...)
- une mauvaise prise du mamelon (prise du téton) : 16.25% (n=13).

Enfin, la notion d'un régime particulier à adopter n'existe plus, car l'allaitement ne demande aucun régime particulier hormis l'arrêt de la consommation d'alcool et de toxiques. Cette règle a été bien intégrée par le personnel soignant car 97,5% des patientes (n=78) n'ont reçu aucun conseil alimentaire.

- **Difficultés à l'allaitement :**

La majorité des mères s'étaient vues confrontées, durant leur séjour, à une ou plusieurs difficultés : 73,75% (n=59), d'où l'importance d'un accompagnement complet et personnalisé.

Les trois principales difficultés citées ont été les douleurs des mamelons (71%, n=42), des difficultés à l'installation (46%, n=27) et la fatigue (22%, n=13). Les problèmes relatés par les mères ont peu évolué depuis 2002 car à cette époque ils correspondaient également aux douleurs des mamelons pour 63,1% des femmes, aux difficultés d'installation pour 43,5% des femmes et aux crevasses pour 27,4% des femmes.(32)

Dans notre étude, les autres difficultés décrites ont été : des crevasses (17%, n=10), un bébé qui ne grossissait pas (17%, n=10), des engorgements (10%, n=6), une mauvaise prise du sein (8,5%, n=5), des difficultés à téter (5%, n=3), des difficultés à trouver le rythme (3%, n=2), une sensation désagréable d'être mordue (1.5%, n=1), un bébé qui s'endort trop vite (3%, n=1) et un manque de confiance en soi (1.5%, n=1).

Devant ces soucis, 91,50% (n=54) de ces femmes ont été aidées et accompagnées par le personnel soignant. Néanmoins, 5 d'entre elles (un peu moins de 10% !) ont déclaré ne pas s'être senties entourées ou n'en ont pas eu l'impression. Tout comme les difficultés rencontrées, les aides apportées ont été diverses.

Pour les femmes ayant ressenti des douleurs aux mamelons (n=42) :

- 42.8% (n=18) ont vu différentes positions
- 42.8% (n=18) ont été aidées pour une mise au sein
- 42.8% (n=18) ont eu des conseils en rapport avec la position du nouveau-né
- 33% (n=14) ont bénéficié de lanoline
- 88% (n=37) ont bénéficié d'au moins un des quatre items ci-dessus.

Pour les femmes ayant eu des difficultés d'installation (n=27):

- 63% (n=17) ont été aidées à une mise au sein
- 48% (n=13) ont appris différentes positions
- 100% (n=27) ont bénéficié d'au moins un des deux items ci-dessus

Pour les femmes ayant eu des crevasses (n=10) :

- 60% (n=6) ont eu de la lanoline
- 50% (n=5) ont été aidées pour la mise au sein
- 40% (n=4) ont été conseillées par rapport à la position du nouveau-né et comment permettre une bonne cicatrisation (goutte de lait, environnement sain...)
- 30% (n=3) ont vu différentes positions
- 30% (n=3) ont utilisé un bout de sein
- 20% (n=2) ont tiré leur lait
- 100% (n=10) ont bénéficié d'au moins un des items ci-dessus.

Pour les femmes ayant présenté un engorgement (n=6) :

- 66% (n=4) ont eu des conseils sur la position du nouveau-né au sein
- 50% (n=3) ont vu différentes positions
- 33% (n=2) ont été aidées pour la mise au sein
- 16% (n=1) ont eu un bout de sein
- 16% (n=1) ont eu un tire lait
- 100% (n=6) ont bénéficié d'au moins un des items ci dessus.

Nos résultats montrent que la réponse des équipes a été adaptée aux problèmes rencontrés.

- **Les compléments.**

De nets progrès sont observés depuis 2002. En effet en 2002 47,9% des nouveau-nés avaient reçu un complément durant leur séjour à la maternité versus 28,75% en 2012 (n=23). (32)

Les principales raisons citées par les mères ont regroupé : 26% (n=6) de bébés non repus, 17,5% (n=4) de montée de lait tardive, 17,5% (n=4) de bébé ne grossissant pas suffisamment (perte de poids), 13% (n=3) de difficultés à la prise du sein et 13% (n=3) de douleurs, de crevasses au niveau du mamelon.

Il est important de souligner que 66% (n=16) de toutes les raisons citées ne sont pas d'ordre médical. Une nuance peut être émise, car les mères ont peut-être mal compris ou simplifié l'explication de la raison du complément.

Tandis qu'en 2002 les principales raisons étaient : 45,5% de pleurs, coliques, hurlements, agitation, 18,2% de bébés qui réclamaient trop souvent, 9,1% d'hypoglycémie chez le nouveau-né, 9,1% dans l'attente de la montée de lait.(32)

Les compléments étaient du lait artificiel pour tous les nouveau-nés (n=23) et 21,70% (n=5) ont eu en plus du lait maternel exprimé par un tire lait. Même si des progrès restent encore à faire en privilégiant le lait maternel, depuis 2002, une réelle évolution des pratiques est observée. En effet, les compléments étaient pour 63,6% des tisanes, pour 28,3% de l'eau sucrée, pour 25,1% du lait artificiel et pour 8,6% du lait maternel.(32)

L'étude met en évidence des changements dans la manière d'administrer le complément. En 2002, l'usage du biberon était largement répandu (78,6).(32) En 2012, l'administration au biberon ne représentait plus que 30% des cas (n=7), l'usage le plus répandu étant la seringue : 69,50% (n=16), suivi par l'administration à la tasse : 35% (n=8). Des efforts restent la encore à faire pour abandonner l'usage du biberon.

- **L'équipe.**

Les femmes ont trouvé principalement aides et conseils auprès des sages-femmes (95%, n=76), des aides soignantes (76,25%, n=61) et des auxiliaires puéricultrices (67,50%, n=54). Les aides-soignants ont contribué à l'accompagnement, alors qu'en 2002, elles n'y participaient pas du tout : sages-femmes (86,9%) et auxiliaires puéricultrices (86,2%).(32)

Invitées à exprimer leur avis sur l'aide et les conseils qu'elles ont reçus, 53% (n=42) des femmes enquêtées se sont déclarées très satisfaites, 45% (n=36) se sont déclarées satisfaites, 2 mères se sont déclarées peu et pas du tout satisfaites.

En 2002, les femmes étaient également plutôt satisfaites avec : 53,5% de très satisfaites, 30% de satisfaites et 0,6% étaient pas du tout satisfaites.(30)

Il est gratifiant pour les équipes de constater que 8 femmes (10%) ont spontanément rajouté des remarques valorisantes :

-« une équipe très à l'écoute et disponible. »

- « RAS, l'équipe a bien travaillé. »

- « équipe très disponible pour répondre à mes questions, j'ai été guidée tout au long de la mise en place de l'allaitement jusqu'à la montée de lait. »

- « équipe très agréable, très gentille, disponible, on se sent vraiment très aidée et conseillée. »

- « bons conseils de l'équipe, équipe de nuit particulièrement présente et efficace en cas de besoin. »

De la même façon, les femmes ont évalué la disponibilité du personnel soignant : 52% (n=42) très satisfaites, 44% (n=35) satisfaites et 3% (n=4) peu satisfaites.

II-3/ Les progrès qu'ils restent à faire.

Même si nos résultats sont encourageants, quelques points restent à améliorer.

II-3-1/ La naissance.

Co naitre décrit la première tétée, en salle de naissance, comme une tétée « plaisir ». Elle n'a pas besoin d'être nutritive. Cette tétée est une découverte pour l'enfant. Il ne faut donc pas la forcer, car nos gestes pourraient être associés à un mal être pour l'enfant, et donc cette nouvelle expérience sensorielle serait négative ce qui par la suite pourrait provoquer un comportement de refus par le nouveau-né.

Il faut donc laisser les réflexes du nouveau-né (rampage et fouissement) s'exprimer. Hors, trop de nouveau-nés (46,25%, n=37) n'ont pas spontanément cherché le sein et ils ont été aidés de suite par le personnel soignant.

L'équipe aurait à repenser l'accueil, la surveillance et les soins systématiques du nouveau-né bien portant pour les rendre compatibles avec la mise en place de l'allaitement maternel tout en assurant la sécurité mère-enfant. L'intérêt d'un protocole sur l'accueil du nouveau né en salle de naissance pourrait être discuté pour un partage optimal de l'information.

II-3-2/ Les suites de naissance.

- Environnement sécurisant pour l'enfant :

L'étude montre que la 7^{ème} condition des 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel : « *laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour* » était majoritairement appliquée.(31) Cependant, pour les 16,25% femmes (n=13) qui n'ont pas toujours eu leur enfant à leurs cotés, les causes de cette absence momentanée n'étaient pas toujours d'ordre médical. En effet 77% (n=10) étaient d'ordre personnel : « *pour pouvoir se reposer la première nuit.* ».

- L'allaitement maternel en pratique :

De grandes divergences dans le temps maximal à respecter entre deux tétées ont été mises en évidence : 42,50% des femmes (n=34) attendaient 4h, 42.50% des femmes (n=34) attendaient 6h, 6,25% (n=5) attendaient moins de 4h, 1,25% (n=1) attendaient entre 4h et 6h et 5% (n=4) n'avaient pas de maxima.

On sait que ce temps varie en fonction du poids de naissance, pour les petits poids (dans le protocole du service, le nouveau-né à risque d'hypoglycémie à un poids de naissance inférieur à 2700g) il est recommandé de ne laisser l'enfant que 4h sans téter, pour les autres, on recommande 6h.

Le temps variait sensiblement à partir de 2900g, en dessous de ce poids la tendance était de 4h. 60 nouveau-nés avaient un poids de naissance supérieur à 2900g. Seulement 55% (n=33) des femmes attendaient le temps recommandé de 6h. Parmi les 60 femmes qui ont attendu moins de 6h, 7 nouveau-nés ont reçu des compléments.

Ainsi, une grande minorité des femmes (40%, n=32) n'ont pas respecté le temps recommandé sans justifications (pas de petits poids, pas de nouveau-nés complémentés).

Chaque tétée est différente de la précédente. C'est pourquoi aucune règle ne doit être dictée. Ainsi, il est préférable de proposer un sein et quand l'enfant lâche ce sein de lui proposer l'autre. Ceci permet de répondre de manière optimale à la demande du nouveau-né sans le restreindre. Il peut parfois être nécessaire de le stimuler (change ...) entre les deux seins.

Presque la moitié des mères (49%, n=39) proposaient de manière systématique un sein ou deux.

Pour les tétées, trop de mères ont respecté un temps limité (38%, n=30), on peut parler de tétée chronométrée.

Il est donc nécessaire de bien expliquer qu'il n'y a pas de norme dans l'allaitement maternel, que chaque couple mère-enfant est différent, et qu'il faut répondre exclusivement aux demandes de son enfant.

- **Difficultés à l'allaitement :**

En 2012, 20 mères (25%) ont proposé une tétine à leur bébé pour l'apaiser. Alors qu'en 2002, ce chiffre était un peu plus bas 16,4% des mères.(32) Co naitre recommande de ne pas utiliser de tétine car la plupart des études mettent en évidence qu'il existe une association statistiquement négative entre usage de tétines ou sucettes et durée de l'allaitement. L'utilisation d'une tétine est un marqueur de difficulté. (33) Dans seulement 50% des cas (n=10), le personnel a donné un avis sur l'utilisation de la tétine. Ces commentaires étaient contradictoires :

- pour 40% (n=4) il n'y avait aucune contre-indication : « *la tétine n'entrave pas l'allaitement* » ou « *le personnel est d'accord et il appuie l'utilisation de la suce* » ...
- pour 40% (n=4) le discours était bivalent : « *certaines sont pour : si elle a été inventée ce n'est pas pour rien, et d'autres sont contres car elle n'est pas recommandé par rapport à l'allaitement.* » ...
- pour 20% (n=2) le personnel a précisé qu'elle n'était pas recommandée : « *elle est à éviter lors de l'allaitement* » ...

Le personnel a donc été de bon conseil que pour 10 % de ces mères (n=2).

Il est indispensable d'expliquer aux mères, qu'elles peuvent utiliser la tétine (ça reste leur choix) cependant il a été démontré qu'elle n'était pas recommandée pendant l'allaitement, car elle réduisait sa durée et car l'allaitement exclusif couvrait tous les besoins du nourrisson. La succion du sein et la succion d'une tétine est différente (la langue se place différemment), ce qui pourrait perturber l'enfant dans sa bonne prise du sein. Il est nécessaire de trouver une alternative à son utilisation, afin d'apaiser les bébés et les mères (calmer leurs angoisses) : peau à peau, proposer le sein

La baisse de la lactation est une des principales causes de l'arrêt de l'allaitement maternel après le retour à domicile. Il est donc indispensable d'expliquer aux mères que des baisses de lactation sont possibles, qu'elles sont en général transitoires et qu'il suffit de mettre plus souvent l'enfant au sein pour relancer la lactation.

Hors, seulement 53,75% des mères (n=43) n'ont pas compris que plus le bébé tète plus il y aura de lait. En effet ces mères ont répondu :

- pour 21,25% (n=17) : il n'était pas possible d'optimiser sa production de lait.
- pour 17,5% (n=14) : il fallait boire beaucoup d'eau.
- pour 10% (n=5) : il fallait masser ses seins
- pour 7,5% (n=4) : il fallait boire des tisanes
- et pour 1,25% (n=1) : il fallait « *limiter le stress.* ».

De la même façon, pour que les mères aient toutes les bonnes cartes en main à leur retour à domicile, il semble important de leur donner des relais, des soutiens pour surmonter d'éventuelles difficultés ou questions quand elles seront chez elles. De nombreux existent : RENOAL, la PMI, les associations de mères qui allaitent, les sages femmes libérales ...

Toutefois, nos résultats ont observé que 52,5% des mères (n=42) n'avaient pas connaissance de ces soutiens.

Il est essentiel d'informer les patientes au moment de leur visite de sortie des aides et des accompagnements qui existent dans le département en matière d'aide à l'allaitement maternel.

- **L'équipe :**

L'étude a permis de mettre en évidence que les mères étaient plutôt satisfaites des conseils et de la disponibilité de l'équipe.

Cependant quelques mères (17,5%, n=14), une minorité, ont regretté des divergences dans les conseils. Elles ont ajouté des remarques parfois virulentes :

- « *une différence néanmoins dans l'accompagnement selon le savoir être du professionnel.* »
- « *cela dépend des équipes, des personnes sont très compétentes et d'autres feraient mieux de changer de métier ! Et malheureusement il y en a beaucoup plus dont c'est le cas.* »

- « *chaque sage-femme ou personnel soignant y va de son avis, qui peuvent être contraires, on est alors perdue.* »
- « *parfois le discours et les conseils sur l'allaitement sont discordants entre les différents membres du personnel.* »
- « *certains conseils varient selon les sages femmes.* »
- « *chaque soignant a une "version" différente de la façon de faire, pas toujours évident à gérer.* »
- « *chacun a sa façon de faire et de dire différemment du coup mieux vaut être autonome.* »
- « *des conseils différents avec du recul.* »
- « *juste parfois quelques difficultés à faire le tri dans les différents conseils, j'ai donc privilégié 2 personnes "ressources" à mon sens.* »
- « *personne ne donne jamais le même conseil mais en prenant ce qui marche pour soi, c'est satisfaisant et réconfortant.* »
- « *conseils contradictoires d'une puéricultrice à l'autre parfois.* »
- « *des divergences entre les différents intervenants.* »
- « *il vaut mieux écouter son enfant, que le personnel.* »
- « *trop de contradictions !!* ».

Il est normal d'observer des divergences dans les informations données. Le personnel soignant est humain, chacun réagit en fonction de son expérience et de son vécu (personnes rencontrées, situations rencontrées ...). Le principal est que les patientes retiennent la bonne information, c'est-à-dire celle qui lui est adaptée.

Une minorité (10%, n=8) a également commenté un manque de personnel en ajoutant :

- « *le personnel est très bien, mais il en faudrait plus!* »
- « *personnel en sous effectif et donc parfois peu disponible.* »
- « *pas assez de passages spontanés (surcharge de travail ?), mais quand on sonne le personnel est toujours présent.* »
- « *on sent un manque de personnel.* »
- « *mais je pense que la direction devrait octroyer du personnel supplémentaire dans le service pour une disponibilité optimale.* »
- « *nous ressentons que le personnel est débordé du fait d'un manque d'effectif.* »

- *« malgré un manque de personnel évident le personnel reste relativement très disponible. »*
- *« lorsque bébé à faim, que maman a besoin d'un conseil, il importe peu à ce bébé que le personnel fasse des transmissions qui durent 2 heures et qu'elles ne répondent pas. »*

Ces remarques sont l'expression d'un ressenti devant une situation bien connue des maternités en France. En effet, en France, la natalité est toujours une des plus élevées d'Europe. En 1970, la France comptait 1300 maternités contre 500 aujourd'hui. La suppression d'un grand nombre d'entre elles a permis de mieux équiper d'autres. Le plan national de regroupement a permis la création de pôles de maternités à la pointe de la modernisation. Néanmoins, de nombreuses maternités souffrent d'un manque de personnel. (34) Il est donc prévisible, que les patientes aient pu le percevoir. Mais, ces mères étaient satisfaites de la disponibilité de l'équipe sauf une. Donc, l'équipe continue à être efficace dans sa prise en charge.

Depuis 2002, les pratiques encadrant l'allaitement maternel ont connu une réelle évolution positive à la maternité du CHU de Caen. Notre enquête, menée auprès de femmes primipares allaitantes, a permis de montrer une augmentation en durée et en fréquence du peau à peau. La majorité des femmes ont intégré les dernières recommandations en matière d'allaitement maternel et les ont appliquées (bonne position, succion efficace, allaitement à l'éveil ...). Par ailleurs, les compléments n'étaient plus utilisés « à la légère » et ne relevaient plus uniquement du biberon.

L'allaitement mérite un accompagnement individualisé et sans relâche. En effet la majorité des femmes primipares ont rencontré des difficultés dans les premiers jours de vie de l'enfant. La prise en charge par l'équipe a été appréciée par la majorité des femmes. Néanmoins, une petite minorité a semblé parfois un peu déroutée d'un manque d'homogénéité dans les conseils. Quelques pratiques du service restent à réajuster : favoriser la tétée plaisir en salle de naissance, revoir les informations des équipes sur l'utilisation de la tétine, apprendre aux mères la façon de répondre efficacement à une baisse de la lactation et les informer de coordonnées de relais et de soutien pour le retour à domicile. Le projet d'une nouvelle session de formation de l'équipe soignante apportera une réponse et une meilleure cohésion dans l'accompagnement global de la mère allaitante.

En 2002, Marion Tissier, pédiatre, espérait, un jour, voir la maternité du CHU de Caen certifiée « Hôpital Ami des Bébé ». En 10 ans, des progrès considérables ont été faits mettant en lumière une « nouvelle culture » de l'allaitement maternel dans les services. Le parcours pour devenir « Hôpital Ami des Bébé » est déjà bien entamé (respect des dix conditions pour la réussite de l'allaitement, formation de l'équipe soignante ...). Ainsi le rêve de cette pédiatre verra peut-être le jour.

1. Thoueille E, Soulé M. L'allaitement maternel : une dynamique à bien comprendre. Edition Eres, 2007, 304p.
2. Lett D, De Moret M-F. Une histoire de l'allaitement. Edition de la marinière, 2006, 159p.
3. Paré A. Deux livres de chirurgie, de la génération de l'homme, & manière d'extraire les enfans hors du ventre de la mère, ensemble de il faut faire pour la faire mieux, & plus tost accoucher, avec lacure de plusieurs maladies qui luy peuvent survenir. Wechel A, Paris, 1573, 619p.
4. Rousseau J-J. Émile ou De l'éducation. Garnier, Paris, 1961,644p.
5. Galtier Boissière J. Définition : « sein ». Larousse médical, Paris, 1925, 1036.
6. Rayer L. Féminisme et allaitement maternel en France, des années 1850 à l'an 2000. 2^{ème} Journée Normande d'allaitement, Caen, 15 novembre 2012, 45-57.
7. ANAES. Recommandations professionnelles, recommandation pour la pratique clinique de l'allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002.
8. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Evaluation des risques. Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action, participant du projet : Promotion de l'allaitement maternel en Europe. 2004
9. Turck D. Rapport plan d'action d'allaitement. Juin 2010
10. Salanave B. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant, Résultats de l'étude Épifane. BEH, 18 septembre 2012 ; 34 : 383-8.
11. INPES. Semaine mondiale de l'allaitement maternel. <http://www.inpes.santé.fr/>, octobre 2012.

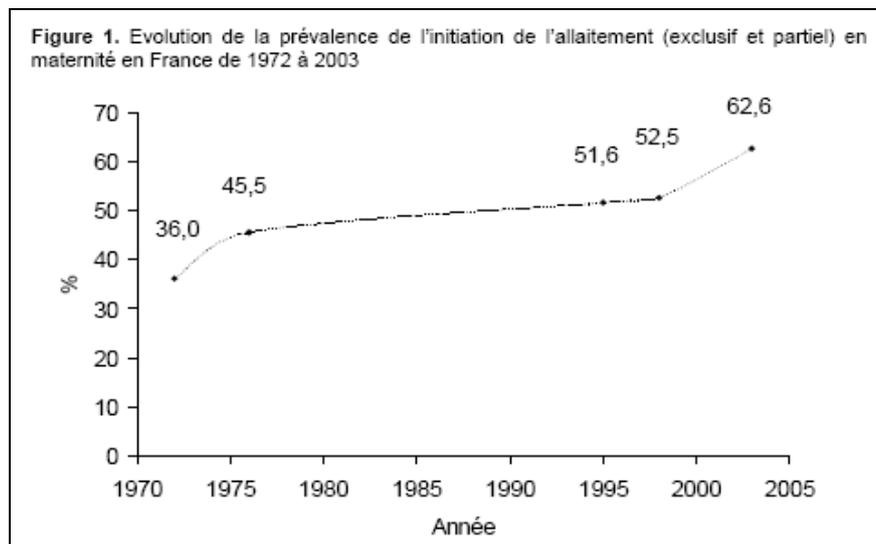
12. CoFAM. Taux d'allaitement maternel 2006-2007 en hausse <http://www.lilfrance.org/>, octobre 2012.
13. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône-Alpes. Étude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006. DRASS Rhône-Alpes, Les dossiers de la DRASS Rhône-Alpe ; juillet 2008 : 195 p.
14. Loras-Duclaux I. La promotion de l'allaitement maternel. Quatrième Rencontres de Pédiatrie Pratique, Palais des Congrès, Paris, 21 janvier 2000.
15. Frignet S. Données statistiques. <http://www.santeallaitementmaternel.com>, novembre 2012.
16. Babel-Rémy M-N, Boggossoglou N. Pour un allaitement réussi, psychologie de la lactation et soutien aux mères. Masson, Paris, 1998, 99p.
17. Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel. *Les bénéfiques pour la santé de l'enfant et de sa mère*. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Synthèses du Programme national nutrition santé, Paris, février 2005, 67 p.
18. Soysa P E. Allaitement maternel et santé, les carnets de l'enfance, « les avantages de l'allaitement ». UNICEF, Genève, 1982.
19. Laviolle G. Impact économique de l'allaitement artificiel. <http://www.santeallaitementmaternel.com/>, novembre 2012.
20. OMS. Alimentation au sein exclusif pendant 6 mois pour les nourrissons du monde entier. <http://www.who.int/>, novembre 2012.
21. Bourdillon F, Cano N, Delarue J et Turck D. Proposition pour le PNNS 2011-2015 des sociétés savantes et d'expert en nutrition. Proposition n°11- Promotion de l'allaitement maternel. Octobre 2010.

22. OMS. Code international de commercialisation des substituts de lait maternel. Genève, 1981, 25p
23. UNICEF et OMS. Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel. 1^{er} août 1990, Florence, Italie, 3p.
24. UNICEF et OMS. Déclaration d'Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 22 novembre 2005 Florence, Italie, 6p.
25. IHAB. Les établissements labellisés « amis des bébés » en France. <http://amis-des-bebes.fr/>, 2011.
26. CHU de Caen. Maternité-Obstétrique. <http://www.chu-caen.fr/>, février 2013.
27. CO Naitre. Présentation Co Naitre. <http://www.co-naitre.net/fpresent.htm>, novembre 2012
28. INSEE. Un premier enfant à 28 ans. <http://www.insee.fr/>, mars 2013
29. Bayot I. Parentalité et allaitement : rejoindre plutôt que convaincre. 2^{ème} journée Normande d'allaitement, Caen, 15 novembre 2012, p 11-24.
30. Razurel C. Les représentations de l'allaitement dans la relation sages-femmes/patientes. Les dossiers de l'obstétrique 2003 ; 320 : 6-11.
31. UNICEF. Repères : dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. <http://www.unicef.org/french/>, octobre 2012.
32. Tissier M. Allaitement maternel au CHU de Caen en 2002 : Prévalence, durée, aspects pratiques et facteurs associés au sevrage. Thèse pour le doctorat en Médecine, Caen, 2005, 273p.
33. Cremmo-Féger G. Comment bien démarrer l'allaitement maternel. 34^{ème} journée de périnatalité, Franche-Comté, 15 mars 2006.

34. Di Meglio Y. Maternités au bord de la crise de nerfs. <http://www.allodocteurs.fr/>, mars 2013.

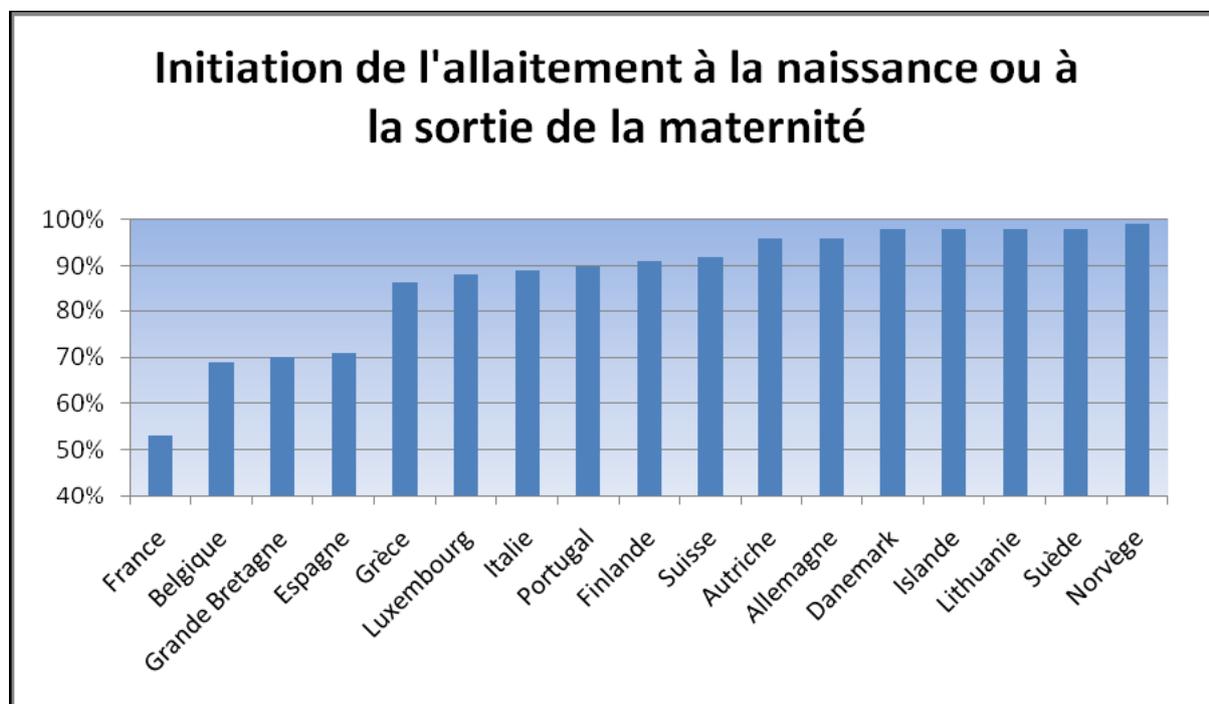
35. Triaa Benhammadi I. Les déterminants du choix du mode d'allaitement ; Étude prospective auprès de 111 femmes à la maternité de Max Fourestier de Nanterre. Thèse pour le doctorat en médecine, Nanterre, 17 novembre 2009, 173p.

Annexe I.



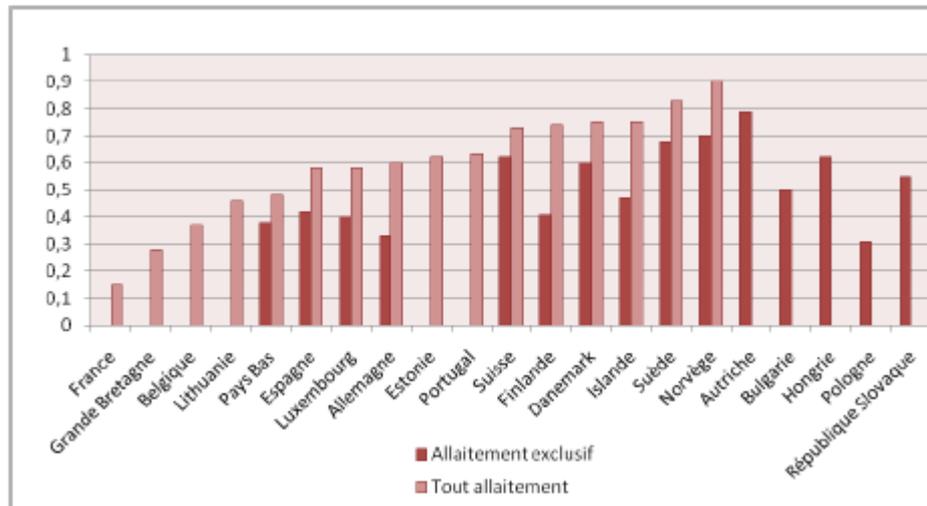
Evolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement (exclusif et partiel) en maternité en France de 1972 à 2003 (9)

Annexe III.



Chiffres issues de l'enquête périnatale de 2003. (35)

Annexe IV.



Le taux d'allaitement à 3 ou 4 mois (tout allaitement compris) dans 21 pays européens, donnés issues de l'enquête périnatale de 2003. (35)

Annexe V.

Dix conditions pour le succès de l'allaitement

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
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 24h 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'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.
Par ailleurs, les établissements devraient refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

Tiré de Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, OMS, Genève, 1989, et de The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative, UNICEF, 1992.(31)

Annexe VI.

Voici un résumé des grands principes de la formations Co naitre :

Ce résumé commence par la physiologie de la lactation, les qualités du lait humain seront abordées par la suite, puis le rythme et les comportements du nouveau-né, suivi par l'allaitement au quotidien et le rôle du soignant dans l'accompagnement et enfin les incidents de l'allaitement.

I/Physiologie de la lactation.

Au cours de la lactation, la glande mammaire travaille en continue en synthétisant les éléments constitutifs du lait maternel à partir d'éléments puisés dans le réseau sanguin maternel. Ces éléments sont déversés dans des milliers d'alvéoles où ils sont stockés.

La capacité du sein à produire du lait s'acquiert au milieu de la grossesse. C'est la phase colostrale ou lactogenèse phase 1. Les jonctions des cellules alvéolaires du sein s'ouvrent permettant le passage d'éléments du plasma.

Après l'accouchement, la lactogenèse stade 2 ou « montée de lait » survient du fait de la chute de la progestérone. Cette chute permet la libération de prolactine et donc la fabrication de lait.

Lors d'une tétée, l'association de l'ocytocine maternelle et de la succion de l'enfant permet le transfert de lait de la mère à l'enfant. En effet le contact sensoriel mère/bébé stimule la libération d'ocytocine. Cette hormone entraîne la contraction des cellules myoépithéliales autour des alvéoles, le lait passe donc des alvéoles aux canaux. Et la succion de l'enfant permet au lait de passer des canaux à la bouche. Mais attention, le stress psychologique ou la douleur diminue la production de l'ocytocine, tandis que la proximité mère-enfant, le peau à peau ... favorise sa production. C'est pourquoi il est important, surtout les premiers jours, d'être attentif aux émotions et au confort de la mère.

Le transfert de lait de la mère à l'enfant relance la fabrication du lait et entretient la production. A chaque tétée la stimulation de l'aréole entraîne un pic de prolactine, hormone indispensable à la fabrication du lait. La vitesse de fabrication est régulée par la distension des alvéoles et d'un facteur inhibiteur : FIL (feedback inhibitor of lactation). Ce

mécanisme de régulation locale exerce un rétrocontrôle négatif inhibant la synthèse lactée tant qu'il reste un important volume de lait résiduel dans les seins. Ainsi l'extraction du lait augmente sa synthèse et le remplissage de celui-ci dans les alvéoles la diminue. La capacité de stockage alvéolaire est fonction du nombre d'alvéoles et est donc différente d'une mère à l'autre. Mais la capacité de stockage n'a aucun lien avec la capacité à produire du lait.

C'est la mère qui fabrique le lait, mais c'est l'enfant, et donc son appétit, qui une fois la lactation établie, est le principal moteur de la lactation. Ainsi une mère, dont l'enfant allaité grossit normalement, n'a pas besoin de se conformer à des règles horaires ou des règles de nombre de tétées. C'est le rôle du personnel soignant d'encourager les mères à répondre aux signaux de leurs enfants, plutôt que d'essayer de suivre des moyennes.

II/ Le Lait Humain.

II-1/ Les composants du lait humain.

Le lait humain a trois fonctions : la protection, la communication et la nutrition.

Le lait humain apporte de nombreuses substances contribuant, de manière directe et indirecte, à la protection immédiate contre de nombreux micro-organismes. A plus long terme, il y participe en éduquant le système immunitaire. En effet, le lait est constitué :

- de cellules vivantes (macrophages, lymphocytes, neutrophiles)
- d'immunoglobulines, notamment les Ig A sécrétoires, fondamentales dans le capital anti-infectieux, en étant ciblées sur les germes présents dans l'environnement du couple mère enfant
- de la lactoferrine (fixe le fer, inhibe la croissance de certaines bactéries ferro-dépendantes et des levures)
- des lysozymes (coupent les bactéries)
- des oligosaccharides, des glycoconjugués

A travers le lait de sa mère, l'enfant reçoit de nombreuses informations : sensorielles, hormonales et induisant des régulations métaboliques comportementales. La communication sensorielle passe par les goûts et les odeurs du lait qui sont liés aux aliments et aux arômes rencontrés par la mère. Aucun élément scientifique ne permet de penser que certains aliments sont à proscrire pendant l'allaitement. Certaines hormones

(ocytocine, prolactine, cortisol ...) influent sur le comportement du bébé. Par exemple, la leptine, la ghréline et l'obéstatine induisent un sentiment de satiété et régulent la prise alimentaire.

Le lait a aussi un rôle nutritif. Il est composé de :

- macronutriments : protéines, glucides et lipides
- micronutriments : oligoéléments et vitamines
- eau qui suffit à couvrir les besoins en cas de canicule ou de climat chaud sec ou humide.

II-2/ Les variations du lait.

Dans les premiers jours de vie d'un nourrisson, la glande mammaire sécrète du colostrum. Il est formé des sécrétions présentes dans les alvéoles à la naissance progressivement mélangées au lait nouvellement sécrété. Sa composition évolue de façon rapide et continue pour devenir du lait mature, lequel évoluera graduellement au cours du temps.

La concentration en graisse augmente au fur et à mesure de la tétée, proportionnellement à la vidange des alvéoles. Mais le début et la fin d'une tétée ne correspondent pas au début et à la fin du drainage des alvéoles. Ainsi un enfant peut débuter une tétée sur un sein partiellement drainé et donc la concentration en graisse peut être aussi élevée qu'à la fin d'une autre tétée. Le conseil de ne donner qu'un seul sein par tétée, pour permettre à l'enfant de bénéficier des graisses de fin de tétée, ne convient pas à tous les couples mère-bébé.

Le colostrum est particulièrement adapté aux besoins du nouveau-né dans ses premiers jours de vie, riche en cellules immunocompétentes, en oligosaccharides et en protéines (surtout Ig A sécrétoires, cytokines et lactoferrines) et pauvre en lipides, il profite au nouveau-né dans l'acquisition d'une protection efficace de ses muqueuses.

III/ Rythmes et comportements du nouveau né.

III-1/ Les 6 états de vigilance de T. Brazelton.

L'observation clinique et les enregistrements encéphalographiques ont permis de décrire différentes phases d'éveils et de sommeil chez le nouveau né. T. Brazelton a élaboré une

classification de 6 états de vigilance répartis sur 2 phases de vigilance : une phase de sommeil et une phase d'éveil.

La phase de sommeil, de basse vigilance, dure environ 14 à 20 heures sur 24 heures. Elle se compose de deux états : le sommeil profond et le sommeil léger.

Le sommeil profond (état 1) dure environ 20 minutes. On observe un corps immobile en dehors de sursauts et de mouvements saccadés à intervalles irréguliers, aucune mimique ... le bébé dort à « poings fermés ».

Le sommeil léger (état 2) dure 10 à 45 minutes. Dès l'endormissement, le bébé bouge, son visage est marqué par différentes mimiques, il ouvre les yeux brièvement. Ce sommeil peut être confondu avec un temps d'éveil. Il y a des enchainements entre les états 1 et 2 en cycle court de 30 à 60 minutes. Le sommeil du nouveau né est fragile et fractionné.

La phase d'éveil, de haute vigilance, se compose de quatre états : l'éveil somnolent, l'éveil alerte, l'éveil agité et les pleurs.

L'éveil somnolent (état 3) correspond à un bébé prêt à se rendormir ou à s'éveiller d'avantage avec un regard hébété et des paupières lourdes. Les réactions aux stimulations sont différées.

Durant l'éveil alerte (état 4), le bébé a une attention soutenue avec un regard vif. Une communication peut s'établir.

Durant l'éveil agité (état 5), on observe une agitation motrice considérable et de petits cris.

Enfin, durant les pleurs (état 6), qui précèdent souvent l'endormissement, on note une activité motrice intense et désordonnée.

L'état 5 et l'état 6 dominent la majeure partie de cette phase. Ce phénomène est d'autant plus marqué que l'enfant est privé de repères sensoriels et de sécurité.

III-2/ Adaptation comportementale du nouveau né à l'environnement.

L'adaptation à la vie extra utérine est une étape difficile pour le nouveau né (rupture de l'apport continu de nutriments, solitude, stimulations multiples ...). Pour assurer son adaptation, le nouveau né met en place des compétences innées et instinctives. Il ne conceptualise pas ce qu'il attend des adultes. Il ne recherche qu'une chose : une sensation de sécurité. Les pleurs sont un signal, non différencié, d'attente, de recherche de sécurité, de douleurs ou de désorganisation. A chaque éveil, l'enfant cherche à retrouver des repères connus qui sont pour lui ses critères de sécurité, de bien être et d'apaisement. Il les retrouve par le peau à peau, le portage, la présence corporelle de l'adulte, la succion ...

A la naissance, la continuité sensorielle que lui offre le « peau à peau » lui permet une adaptation optimale : le nouveau né retrouve ses repères sensoriels, il assure sa thermorégulation et il stabilise son rythme cardiaque et respiratoire. Dans ces conditions, le nouveau-né peut alors exprimer ses compétences et chercher le sein.

Dans les premiers jours, les nouvelles expériences sensorielles vécues sont analysées par son cerveau : son cerveau primitif (survie), son cerveau limbique (plaisir, déplaisir) et son cerveau associatif (apprentissage). Ces nouvelles expériences sont à la base de ses premiers comportements. C'est-à-dire que si une expérience mémorisée se reproduit, le nouveau né se souvient de sa première expérience. Si elle était positive (source de bien être), il manifeste un comportement d'approche et de recherche. A l'inverse si elle était négative (source de déplaisir), il manifeste un comportement de retrait ou de refus. Une des priorités de l'accompagnement de l'allaitement est que le nouveau-né apprenne que le sein est une expérience positive. Ainsi dès qu'il s'éveille, il cherche à téter, sa mère l'approche du sein et il le prend de plus en plus facilement. On parle alors d'allaitement à l'éveil. L'enchaînement éveil, recherche du sein, tétée, plaisir, sommeil, éveil... permet une adaptation physiologique optimale au milieu aérien. Cela construit la sécurité de base et conduit à l'attachement et au désir.

IV/ Allaitement au quotidien, rôle du soignant.

IV-1/ En salle de naissance, les 2 premières heures.

Ces deux premières heures sont le moment idéal pour la première tétée. Le bébé est éveillé, réceptif et il cherche activement. Il faut le laisser faire en approchant sa bouche du sein sans le forcer. Le nouveau né a un réflexe de ramper vers le sein et un réflexe de fouissement. Pour l'enfant, c'est une tétée « découverte » du sein, de ses parents et de son nouvel environnement. La valeur nutritive n'est pas recherchée.

IV-2/ Le séjour à la maternité.

Le personnel se doit d'assurer la sécurité du bébé et de sa mère. Le bébé doit donc être dans la chambre de sa mère constamment (sauf pour raison médicale). Il faut favoriser les moments de tendresse et d'interactions sensorielles entre le bébé et la patiente par exemple « le peau à peau », le portage L'intimité et le calme règnent autour de la mère et son enfant.

L'allaitement se fait à l'éveil. C'est-à-dire quand le bébé est prêt à téter, on suit son rythme d'éveil et non des horaires fixes. La mère doit apprendre à reconnaître le moment propice pour proposer le sein : avant les pleurs, signes de recherche active : l'enfant soulève son dos, sa bouche est grande ouverte, sa langue est basse et largement sortie ...

La mère doit reconnaître une succion efficace et nutritive. La prise du sein est adéquate si on a un respect de l'axe oreille, épaule, hanche et si la prise de l'aréole est large et asymétrique. Les mouvements de succion sont amples avec un rythme lent et régulier, organisé en séries. Bien que programmé génétiquement, la succion efficace n'est pas souvent acquise d'emblée par le nourrisson qui a besoin de plusieurs jours d'apprentissage.

Pour guider la jeune maman dans ces premiers pas, il est nécessaire d'observer régulièrement la technique de succion et d'installation. Il peut être utile de lui apprendre différentes positions : la madone, la position allongée, le ballon de rugby Mais l'accompagnement passe aussi par un soutien, une écoute attentive de la mère et des encouragements. Il faut aider la mère à reconnaître les signes objectifs qui montrent que l'allaitement « va bien » afin qu'elle prenne confiance en elle. Ces signes sont pour la mère : un assouplissement du (ou des) sein(s) en fin de tétée, des seins non douloureux, elle reconnaît les signes qui montrent que son enfant est prêt à téter et lui donne le sein sans attendre. Pour le nouveau né, ces signes sont une succion efficace, élimination du méconium en trois jours environ puis des selles et des urines claires fréquentes (plusieurs par jour), un bon état général du bébé avec une courbe de poids ascendante après j4, un nouveau né qui se réveille 6 à 8 fois par jour pour téter.

Il est essentiel que la mère ait connaissance d'organismes de soutiens et d'associations d'allaitement pour son retour à la maison.

V/ Les incidents de l'allaitement les plus courants

La prévention consiste en l'allaitement à l'éveil, une bonne prise du sein, une succion efficace, une tétée non chronométrée.

III-2-5-1/ Douleurs et lésions des mamelons.

A ne pas confondre, avec l'hypersensibilité sans lésion cutanée, décrite par les femmes les premiers jours, qui est d'origine hormonale. Des douleurs intenses des mamelons avec ou

sans lésion peuvent trouver leur cause dans : une origine mécanique (friction anormale entre mamelon et la bouche du fait d'un mauvais positionnement, frein de langue, un torticolis ...), un excès de dépression intra buccale, ou une origine infectieuse (souvent surajoutée).

La prise en charge s'organise autour de trois axes :

- une écoute empathique et un soutien, il faut redonner confiance à la mère
- corriger la ou les causes par l'observation d'une tétée : recherche d'un problème de position, recherche d'un frein de langue ...en favorisant une recherche de solution ensemble (mère – soignant)
- traitement des lésions en mettant la plaie dans un environnement favorable à la cicatrisation en évitant le dessèchement (lanoline, goutte de lait).

Les informations proposées en prénatal à propos du positionnement et de la prise du sein sont utiles pour prévenir l'apparition de ces lésions.

III-2-5-2/ L'engorgement.

L'engorgement est une tension très douloureuse des deux seins, contemporaine de la montée de lait, rendant difficile la prise du sein et gênant l'écoulement du lait. L'engorgement est à l'origine d'une exagération de la production de lait et d'une congestion vasculaire et lymphatique provoquant un œdème interstitiel.

En l'absence de prise en charge, il peut y avoir une involution mammaire avec une baisse voir un arrêt de la lactation.

La prise en charge passe par :

- la recherche de facteurs favorisants (excès d'apports hydriques en intraveineux au moment de l'analgésie péridurale, mauvais transfert de lait ...)
- un soutien empathique
- calmer les douleurs avec des applications froides entre les tétées
- permettre l'écoulement du lait par des tétées fréquentes ou à l'aide d'un tire lait avec des anti-inflammatoires pour diminuer l'œdème.

On peut pratiquer des applications chaudes si cela apporte un confort à la mère.

L'engorgement peut être localisé, c'est-à-dire que l'engorgement est limité à une zone du sein, suite à la compression d'un canal. Il y a un nodule sensible dans le sein (souvent le quadrant supéro-externe), pas de fièvre. Dans ce cas, il faut rechercher la cause (position du bébé, bord de coupelle...) et la corriger. Il est recommandé de proposer une position du

bébé pour que son menton (et donc sa langue) se trouve du côté engorgé. La femme peut aussi masser la zone pendant la tétée. Une seule tétée suffit à régler le problème.

III-2-5-3/ La mastite.

La mastite est une inflammation du sein qui peut évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont souvent unilatéraux allant d'une simple inflammation localisée accompagnée de chaleurs et de rougeurs, à un aspect peau d'orange de la peau. La mastite peut être associée à des signes généraux : de la fièvre, un syndrome pseudo-grippal pour 10% des femmes.

La prise en charge s'organise autour de 4 axes :

- optimiser le drainage du sein, une poursuite de l'allaitement est fondamentale (favoriser la position de coté ou utiliser un tire lait)
- soutien de la patiente : repos, aide, anti-inflammatoires et réassurance sur la qualité du lait non dangereuse pour le nourrisson
- +/- prise d'antibiotiques (si aggravation d'emblée, si aucune amélioration après 12 à 24 heures de prise en charge ou si lésion du sein antibiothérapie à visée antistaphylococcique)
- recherche de facteurs favorisants pour éviter une récurrence.

III-2-5-4/ les dispositifs pour l'aide à l'allaitement (bout de sein et tire lait).

L'écran de silicone ou bout de sein est indiqué en cas : de lésion, de douleurs des mamelons ou d'une prise du sein difficile. Il faut préalablement s'assurer que tous les pré requis (mauvaise prise du sein ...) ont été vu. Son principal risque est un transfert de lait insuffisant avec une baisse voir une involution de la lactation.

Le tire lait permet de drainer le sein, de relancer ou protéger la production de lait. Il y a deux types d'indications : celles liées à la mère : douleurs, lésions, mastite ... et celle liées à l'enfant : succion inefficace due à une fente palatine par exemple ou une prise du sein impossible. Il n'y a pas de risque à utiliser un tire lait.

Annexe VII.

Madame,

Vous allaitez votre enfant. Etudiante en dernière année de formation, j'ai entrepris de réaliser un mémoire sur l'allaitement maternel et son accompagnement par les équipes soignantes. Pour cela je sollicite votre participation pour la mise en place de mon étude. Je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à quelques questions.

Melle Agathe Maisse, étudiante sage-femme en 4ème année.

La naissance de votre enfant:

1/Vous avez accouché :

par voie naturelle par césarienne en urgence par césarienne programmée

2/Quel est le poids de naissance de votre enfant ? ___ ___ ___ grammes

Votre grossesse :

3/ Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et la parentalité?

oui non

Si OUI :

• Au cours de ces séances, l'allaitement maternel a-t-il été abordé : oui non

4/Avez-vous reçu durant votre grossesse des informations sur l'allaitement maternel ?

oui non

Si OUI :

• Par qui ? (plusieurs réponses possibles)

votre mère / famille

médecin généraliste/ personne qui a suivi votre grossesse

des amies

cours de préparation à la naissance

des magazines / livres

association de soutien à l'allaitement maternel

internet / forum

autres :

.....

Vos premiers pas en tant que jeune maman :

Les deux premières heures avec bébé en salle de naissance :

5/ Votre bébé a-t-il été placé en peau à peau en salle de naissance ?

oui non

Si OUI :

• Combien de temps ? (environ).....

6/Après la naissance, quand votre bébé a-t-il eu sa première tétée ?

dans les 30 premières min après sa naissance

dans les 2 premières heures

dans la première heure

autres :

7/ Votre enfant a-t-il pris le sein seul ?

oui

non le personnel hospitalier l'a aidé tout de suite

oui au début puis le personnel hospitalier l'a aidé

Votre séjour en suite de naissance :

8/Votre bébé a-t-il toujours été à vos côtés (avec vous dans votre chambre) ?

oui non

Si NON :

•

Pourquoi ?

.....

- Vous l'a-t-on toujours ramené pour la tétée ? oui non

9/Avez-vous fait du peau à peau pendant votre séjour ?

- oui non

Si OUI :

- A quel moment ?.....

10/ Quand mettez-vous votre bébé au sein ? (une seule réponse possible)

- quand il pleure
 toutes les 4 heures systématiquement
 quand il exprime un besoin de téter (ouverture de la bouche, sortie de langue, mouvement de la tête ...)

11/ Allaitiez-vous votre bébé à sa demande ?

- oui non

12/Respectez-vous un temps minimal entre deux tétées, c'est-à-dire si votre bébé pleure avant l'heure de la tétée, attendez-vous pour lui donner le sein ?

- oui non

Si OUI :

- Combien de temps :
.....

13/Combien de temps maximum laissez-vous votre bébé sans téter ? (une seule réponse possible)

- 4 heures 6 heures
 8 heures autres :

14/A ce jour, pendant combien de temps donnez-vous le sein ?

- 10 min par sein
 20 min pour un sein
 quand le bébé lâche le sein de lui même
 autres
.....

15/ A ce jour, lors d'une tétée vous proposez ?

- les deux seins systématiquement
 un seul sein systématiquement
 un sein puis l'autre sein si besoin

16/Comment évaluez-vous l'efficacité de la succion de votre enfant lors d'une tétée ?(plusieurs réponses possibles)

- vous visualisez des mouvements réguliers et amples de sa mâchoire inférieure
 vous l'entendez déglutir
 votre bébé a le mamelon en bouche
 votre bébé a le téton en bouche
 il s'endort sur le sein
 les joues de bébé ne se creusent pas
 par rapport à son poids
 autres :
.....

17/Selon vous, est-il possible d'optimiser votre production de lait ?

- oui non

Si OUI :

- De quelle façon ? (une seule réponse possible)
 en mettant souvent votre bébé au sein en massant ses seins
 en buvant beaucoup d'eau en prenant des tisanes

18/ Votre bébé a-t-il bu des compléments ?

- oui non

Si OUI :

- Pourquoi ?.....

• Que lui a-t-on donné ?

- votre lait autre :

- du lait artificiel

27/Avez-vous connaissance de relais, d'associations de soutiens à l'allaitement maternel en dehors de la maternité ?

O oui O non

Si oui

•Lesquels :

Vous :

28/ Quel âge avez-vous ? __ __ ans

29/ Quel est votre pays d'origine ?.....

30/ Quel est votre situation matrimoniale ?

O seule O en couple

31/ Quel est votre niveau d'études ?

O pas d'étude O lycée, baccalauréat
O collège, BEPC O Bac +1 à Bac +4
O CAP, BEP O Bac +5 ou plus

32/Quelle profession exercez-vous ?

.....

33/Quand avez-vous choisi d'allaiter votre enfant ?

O avant la grossesse O pendant la grossesse O à la naissance

Je vous remercie beaucoup de votre contribution.
Melle Agathe Maisse

Si vous avez des suggestions ou des remarques par rapport à ce questionnaire, merci de les indiquer ci-dessous :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESUME: La politique de santé publique actuelle de notre pays est de promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. La maternité du CHU de Caen y participe. Une population de primipares allaitantes a été enquêtée durant leur séjour afin d'évaluer les progrès réalisés depuis la mise en place d'une formation, en matière d'allaitement maternel, au sein des équipes et d'évaluer les efforts qu'ils restent à accomplir. Les résultats de l'étude montrent une évolution des pratiques, un accompagnement adapté et une satisfaction des patientes, malgré encore quelques divergences dans les pratiques comme le manque d'informations de relais et d'associations pour le retour à domicile.

MOTS CLES: allaitement maternel, Co naitre, accompagnement

TITRE: L'allaitement maternel : Vers une homogénéité des pratiques au CHU de Caen en 2012.

ABSTRACT : The current public health policy in our country is to promote and support breastfeeding. Maternity CHU Caen participates. A population of primiparous lactating was investigated during their stay in order to assess the progress made since the establishment of training, in terms of breastfeeding, within teams and the work that remains to be done. The results of the study shows a changing practices, appropriate support and patient satisfaction, despite a few differences in practices such as lack of information relays and associations for the return home.

KEYWORDS: Breastfeeding, Co Naitre, support

TITLE: Breastfeeding: Towards a uniform practices at the University Hospital of Caen in 2012.

AUTEUR : Agathe MAISSE

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN

PROMOTION 2009-2013

