



HAL
open science

Évaluation post-natale des différentes stratégies d'éducation anténatale sur l'allaitement maternel

Marie Barthélèmy

► **To cite this version:**

Marie Barthélèmy. Évaluation post-natale des différentes stratégies d'éducation anténatale sur l'allaitement maternel. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00909352

HAL Id: dumas-00909352

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00909352>

Submitted on 26 Nov 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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**EVALUATION POST-NATALE
DES DIFFERENTES STRATEGIES
D'EDUCATION ANTENATALE SUR
L'ALLAITEMENT MATERNEL**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Marie BARTHELEMY

Née le 12/01/1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**EVALUATION POST-NATALE
DES DIFFERENTES STRATEGIES
D'EDUCATION ANTENATALE SUR
L'ALLAITEMENT MATERNEL**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Marie BARTHELEMY

Née le 12/01/1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je souhaite remercier sincèrement les personnes qui m'ont apporté leur aide pour réaliser ce travail :

- ✚ Mme Dorut Agnès, sage-femme directrice de ce mémoire
- ✚ Mme Parayre, sage-femme enseignante référente sur ce projet
- ✚ L'équipe enseignante et le secrétariat de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand
- ✚ Mme Bellego Brigitte, sage-femme, pour les moments d'échanges partagés
- ✚ Tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens plus particulièrement à remercier :

- ✚ Mes parents de m'avoir permis de réaliser ces études, et pour leur soutien.
- ✚ L'ensemble de ma famille et plus particulièrement mon frère, Erica, ma cousine Mathilde, pour leur accompagnement et leur aide singulière sans oublier mon petit neveu Roméo.
- ✚ Corinne et Géraud, pour leur aide précieuse en informatique.
- ✚ Mes camarades de promotion pour ces bons moments passés ensemble
- ✚ Tous mes amis et plus particulièrement, « mes » Laura, Aurélie, Marie-Céline, Mathieu, Jonathan..., pour leur soutien, leur réconfort lors des petits coups de blues durant ces années.

Un grand merci à toutes et à tous.

Glossaire

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
HAS	Haute Autorité de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
AM	Allaitement Maternel
PNP	Préparation à la naissance et à la Parentalité
OR	Odd Ration
IC	Intervalle de Confiance

Sommaire

INTRODUCTION	2
REVUE DE LITTERATURE	
<i>I - L'allaitement</i>	4
<i>II - Politique de Santé Publique pour soutenir l'allaitement maternel</i>	15
<i>III - Education anténatale sur l'allaitement maternel</i>	17
MATERIEL ET METHODE	
<i>I - Type d'étude</i>	23
<i>II - Matériel</i>	23
<i>III - Méthode</i>	25
RESULTATS	
<i>I - Présentations générales des populations</i>	29
<i>II - Résultats</i>	37
DISCUSSION	
<i>I - Les limites de l'étude</i>	43
<i>II - Caractéristiques socio-économiques de la population</i>	45
<i>III - Le projet d'allaitement maternel</i>	47
<i>IV - La conduite de l'allaitement maternel</i>	48
<i>V - La durée de l'allaitement maternel</i>	51
<i>VI - L'influence de l'éducation anténatale sur la pratique de l'allaitement maternel</i>	52
<i>VII - La satisfaction des patientes</i>	54
PROJET D'ACTION	56
CONCLUSION	58
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

Introduction

La pratique de l'allaitement semble, en France, très en deçà des taux reportés dans d'autres pays Européens. D'après l'étude Epifane de 2012, le taux d'initiation de l'allaitement à la maternité était de 69,1% alors qu'en Norvège ce taux est de 98% [1].

La promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs des autorités sanitaires françaises qui cherchent à augmenter l'initiation et la durée. J'ai voulu m'intéresser plus particulièrement à une des mesures pour promouvoir l'allaitement qui est de proposer à toutes les femmes enceintes une séance d'information sur l'allaitement maternel.

Actuellement, la plupart des femmes enceintes (et leur compagnon) bénéficie d'une préparation à la naissance et, d'après l'enquête périnatale de 2010, cela représente 73,2% des primipares. Mais la question est de savoir comment elles sont préparées à l'allaitement, bien souvent, le sujet n'est pas abordé pendant la grossesse ou ne l'est que superficiellement à l'occasion d'une séance d'information sur l'alimentation et sur un pied d'égalité avec l'alimentation au lait industriel. La réussite de l'allaitement impliquerait la connaissance d'un certain nombre de faits. Informer les parents pendant la grossesse pourrait permettre d'éviter bon nombre de problèmes d'allaitement et donc d'en augmenter la prévalence (pour les femmes qui n'ont pas encore pris la décision) et la durée.

Dans la littérature, nous avons retrouvé d'autres études scientifiques, notamment de la Cochrane Library, qui ont étudié l'influence d'une intervention prénatale sur la durée, le vécu de l'allaitement maternel. Ces différentes études ont des résultats hétérogènes. Certaines montrent que la participation aux séances de préparation à la naissance est liée à l'initiation, à la poursuite et un meilleur vécu de l'allaitement maternel [2-5].

D'autres études montrent, en revanche, que l'influence seule de la préparation à la naissance sur la conduite de l'allaitement est difficile à mettre en évidence. Une étude arrive au constat que la préparation à la naissance n'est pas un facteur favorisant de l'initiation de l'allaitement car le projet de la femme n'est pas influencé par le professionnel pendant la grossesse [6-7].

Sensible à la promotion de l'allaitement maternel, j'ai voulu m'intéresser à l'impact de l'information anténatale car les sages-femmes ont une place de choix dans la préparation à la naissance et à la parentalité et dans diverses informations auprès des femmes pendant la grossesse. Aussi, au cours de mes stages au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, j'ai pu constater que deux types d'information anténatale existent, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité d'une part et une séance de préparation spécifique sur l'allaitement maternel.

Ces différentes constatations m'ont amenée à soulever une problématique. Diverses méthodes éducatives existent sans avoir bénéficié d'une preuve de leur efficacité, qu'en est-il au CHU, maternité ayant fait le choix de proposer à ces patientes plusieurs techniques éducatives ? Les objectifs de l'étude qui ont découlé de cette problématique étaient d'évaluer la durée, le type et le vécu de l'allaitement en fonction des types d'information reçue par les patientes.

Revue de littérature

I - L'ALLAITEMENT

A - Définitions

La définition usuelle du terme allaitement est la suivante : «Mode d'alimentation du nouveau-né et du nourrisson dans lequel le lait joue un rôle exclusif ou principal». Cependant cette définition générale ne précise pas s'il s'agit de lait maternel ou de lait reconstitué.

Pour définir la nature du lait, deux locutions existent :

- La première, allaitement artificiel : «*distribution de lait reconstitué à un jeune mammifère privé de l'alimentation lactée de la mère* ».
- La deuxième locution est allaitement maternel qui précise qu'il s'agit de lait maternel [8].

Les langues anglo-saxonnes ou espagnoles, contrairement à la langue française, utilisent des termes précis sur l'allaitement, les anglo-saxons disent par exemple : breastfeeding ou breast-feeding (littéralement nourrir au sein) et non mother's breastfeeding ; les espagnols utilisent les termes suivants pour distinguer les différents allaitements : lactancia con materna/biberon/mixta [9].

En l'absence de définition médicale claire sur l'allaitement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Interagency Group for Action on Breastfeeding (IGAB) a donc décidé de proposer des définitions en vue d'une normalisation de la terminologie, reproductible dans tous les pays [9-11].

Les définitions sont les suivantes :

- Allaitement maternel : le nouveau-né ou le nourrisson se nourrit de lait maternel (pris directement au sein ou exprimé).

- Allaitement maternel complet dans lequel on distingue :
 - Allaitement maternel exclusif : le nouveau-né ou le nourrisson se nourrit seulement de lait maternel.

 - Allaitement maternel prédominant ou presque exclusif : le lait maternel est la principale source de l'alimentation du nourrisson. De l'eau ou des boissons à base d'eau, des jus de fruits peuvent être intégrés occasionnellement.

La prise de vitamines, sels minéraux ou médicaments per os ne rentrent pas dans le cadre de ces définitions. De nombreuses études ne font pas cette distinction et utilisent le terme allaitement maternel exclusif pour désigner l'allaitement maternel complet qui regroupe les deux.

- Allaitement maternel partiel : il est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation artificielle comme des substituts de lait maternel, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture.

B - Epidémiologie

1 - Monde

Sur 61 des 190 états membres de l’OMS, le taux d’allaitement exclusif à 4 mois est de 35%. La durée médiane d’allaitement est en moyenne de 18 mois. Mais ces données ne représentent que 60% des enfants dans le monde et sont très variables d’un pays à l’autre [12].

2 - Europe

Une grande disparité sur la prévalence de l’allaitement maternel est observée entre les différents pays européens.

Les pays du nord de l’Europe ont un fort taux d’allaitement maternel, en Norvège 98% des mères initient l’allaitement maternel et à 1 mois le taux d’allaitement est de 96%. Entre 90% et 95% de taux d’allaitement à la sortie de la maternité en Finlande, en Suède et au Danemark. L’allaitement à 4 mois est maintenu dans plus de 65% des cas en Suède.

Par contre, des pays comme l’Italie ou le Royaume-Uni se caractérisent par des plus faibles taux d’allaitement avec respectivement un taux de 75% et 70%. Le taux d’allaitement à 4 mois n’est que de 27% au Royaume-Uni [1 ; 13-14].

3 - France

3.1. Epidémiologie

La France est un des pays d'Europe dont le taux d'allaitement à la naissance est le plus bas. D'après l'étude Epifane de 2012, le taux d'initiation de l'allaitement maternel à la maternité est de 69,1% et plus de la moitié des femmes pratiquent un allaitement maternel exclusif. A l'âge d'1 mois, l'allaitement maternel concerne 54,4% des enfants dont 35,4% d'allaitement maternel exclusif. L'allaitement à 4 mois est maintenu dans à peine 5% des cas en France [1].

Il existe des disparités régionales en France. Le taux d'allaitement maternel exclusif et partiel fluctue entre 58,7% et 83,8% avec une moyenne nationale de 68,7%. La région Centre-Est dont fait partie la région Auvergne a un taux au-dessus de la moyenne nationale avec 74,5% [14-15].

3.2. Les déterminants

L'initiation et la durée de l'allaitement maternel est influencé par les caractéristiques des mères, de l'entourage et les circonstances de l'accouchement.

Les taux d'allaitement maternel, y compris exclusif, à la maternité ou à 1 mois, sont plus élevés avec :

- L'âge
- Le fait d'être en couple
- Le fait d'avoir un niveau d'étude supérieur au baccalauréat
- Le fait d'être née à l'étranger
- Le fait de ne pas avoir fumé pendant sa grossesse
- Le fait d'avoir suivi des cours de préparation à l'accouchement
- Le fait d'avoir été en contact peau à peau avec son enfant dans l'heure suivant l'accouchement
- Le fait de savoir que son conjoint avait une perception positive de la femme qui allaite
- L'accouchement voie basse.

La parité, la prématurité, le poids de naissance et le score d'Apgar sont des déterminants de l'allaitement maternel exclusif seulement [1].

C - Physiologie de l'allaitement

1 - Anatomie du sein

Les seins occupent la partie antéro-supérieure du thorax, de part et d'autre du sternum en avant des muscles pectoraux. Sur le plan extérieur, il comprend l'aréole et le mamelon.

L'aréole est une surface irrégulière et pigmentée qui comprend des glandes sébacées plus volumineuses et plus nombreuses pendant la grossesse : les tubercules de Montgomery. Ces glandes sécrètent un sébum odorant et riche en anticorps qui lubrifie le mamelon et le protège contre les infections.

Le mamelon est cylindrique, pigmenté et séparé de l'aréole par un sillon. A la surface du mamelon, les orifices d'abouchement (les pores) des canaux galactophores sont disposés de façon circonférentielle.

Le sein se compose principalement de deux tissus :

- ▶ Le tissu adipeux conditionne le volume des seins, il soutient le système excréteur mais n'intervient pas dans la lactation.

- ▶ Le sein se compose aussi de tissu glandulaire. L'unité de base de fabrication du lait est le lactocyte. Les lactocytes sont des cellules sécrétrices épithéliales qui s'organisent à la périphérie d'une cavité arrondi en forme de cul de sac pour former un acinus. Aussi chaque acinus est entouré par des cellules myoépithéliales qui permettent l'éjection du lait, elles se contractent sous l'effet de l'ocytocine. Les acini se regroupent par groupe de 10 à 100 pour former les lobules.

Les lobules se réunissent pour former un lobe glandulaire qui se draine par un canal galactophore, chaque lobe contient de 20 à 40 lobules. La glande mammaire contient une vingtaine de lobes. Les canaux galactophores convergent vers le mamelon et débouchent au niveau des pores [16-17].

2 - La lactogénèse

2.1 - Le colostrum

Le stade I de la lactogénèse commence dès le 4^{ème} mois de grossesse. Ce stade correspond à la synthèse de colostrum qui est sous la dépendance, principalement, de sécrétion d'œstrogène et de progestérone par le placenta. Durant la grossesse, les hormones oestroprogestatives exercent un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypophysaire et bloquent la synthèse de la prolactine et la sécrétion de colostrum.

Le colostrum est très riche en protéines, en particulier en immunoglobulines et en vitamines. Il est très nourrissant pour le nouveau-né et la quantité produite suffit pour répondre à ses besoins des premiers jours après la naissance [12].

2.2 - Le lait de transition et le lait mature

La production du lait commence environ entre 2 et 6 jours après la naissance sous l'effet de la prolactine, cela correspond au stade II de la lactogénèse. Le lait se transforme et s'éclaircit, il y a une diminution de la teneur en immunoglobulines et en protéines, augmentation de la teneur en sucre et en graisse. Le lait devient mature vers le 10^{ème} jour de vie, il varie en fonction du milieu de vie, de l'alimentation de la mère, de l'heure de la journée, de l'âge de l'enfant et entre le début et la fin de la tétée [18].

3 - L'éjection du lait

La contraction des cellules myoépithéliales qui entourent les acini provoque l'éjection du lait. Cette contraction est provoquée par la sécrétion d'ocytocine dont la sécrétion dépend elle-même de deux réflexes.

Tout d'abord, le nouveau-né, par stimulation mécanique du mamelon lors des tétées, permet la sécrétion de l'ocytocine et de la prolactine ; le drainage des canaux galactophores est favorisé par les mouvements rythmiques de succion exercés par la langue du bébé ; cela est le réflexe non conditionné. Aussi, la vue du bébé, l'écoute de ses cris ainsi que le toucher stimulent la synthèse d'ocytocine chez la mère ; cela est le réflexe conditionné [18].

4 - Les caractéristiques d'une bonne lactation

L'allaitement à l'éveil permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels. Lorsque le nouveau-né a faim, il le fait comprendre par des signes d'éveils. La majorité des nouveau-nés font de 8 à 12 tétées en 24h. Même si l'allaitement à l'éveil est préconisé, l'espace de 4 à 5h entre 2 tétées ne doit pas être dépassé.

La digestion du lait maternel se fait en environ 1h. L'allaitement maternel donne de selles caractéristiques et avec une fréquence d'environ une selle par tétée.

Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les 2 à chaque tétée. La mère doit proposer systématiquement le deuxième sein dès que le nouveau-né arrête de téter de lui-même le premier sein. Les signes d'une fin de tétée sont l'endormissement au sein, le changement de succion qui devient apaisante et le nombre plus important de pauses [11 ; 19].

D - Physiopathologie de l'allaitement

1 - Les douleurs/lésions des mamelons

Les douleurs et lésions des mamelons (rougeur, irritation, crevasse) sont principalement causées par une prise incorrecte du sein secondaire à un positionnement inadéquat. Cela entraîne une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson. La persistance de lésions malgré un positionnement adapté doit faire évoquer une mycose, une pathologie de la succion (frein de langue...), une pathologie du mamelon (surinfection...).

La seule prévention efficace repose sur un positionnement correct du bébé au sein. Il est indispensable de guider et d'aider les mères sur les positions dès les premières tétées. Une hygiène quotidienne de seins est suffisante, l'intérêt est de préserver une hydratation naturelle. L'application de pommades, sprays ou compresses d'eau chaudes, de lait maternel, de coupelles ou protège-mamelons, a été évaluée dans plusieurs études. Elles donnent des résultats hétérogènes sur leur efficacité [11 ; 19-20].

2 - L'engorgement

La congestion mammaire des premiers jours du *post-partum* appelée de manière impropre « montée laiteuse » ne doit pas être confondue avec l'engorgement. Cette congestion se traduit par une tension des seins, un œdème et une sensation de chaleur physiologique dans les jours qui suivent la naissance, avec parfois une fébricule.

L'engorgement physiologique se traduit par un œdème résultant d'une stase capillaire et lymphatique et par une augmentation du volume de lait produit. Il témoigne de l'installation du stade II de la lactogénèse.

L'engorgement pathologique s'accompagne en plus de fièvre, de frissons, de douleurs et d'une gêne à l'écoulement du lait.

Le seul traitement ayant fait la preuve de son efficacité est l'expression manuelle de lait qui réduit la stase lactée quand le bébé est incapable de téter, l'expression doit être suivie par une tétée du nouveau-né, les tétées doivent être efficaces et fréquentes [11].

3 - La mastite

La mastite est une inflammation du sein qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux (fièvre ou symptômes pseudo-grippaux).

Les deux principales causes de la mastite sont la stase lactée et l'infection (présence de leucocytes et bactéries dans le lait maternel).

La prévention des mastites repose sur l'optimisation de la conduite de l'allaitement afin d'éviter la stase lactée. Le traitement consiste en l'écoulement efficace du lait maternel, en optimisant le drainage du sein, surtout du côté atteint. Le traitement antibiotique est indiqué en cas de récurrence, infection, signes de gravité, après mise en culture du lait et antibiogramme. Le traitement symptomatique consiste à réduire l'inflammation et la douleur [11].

4 - L'abcès

La mastite, si elle n'est pas traitée, peut évoluer vers l'abcès du sein. Les signes cliniques de l'abcès du sein sont : masse liquidienne visible à l'échographie, fièvre, douleur intense très localisée, possible rougeur du sein.

L'abcès du sein contre-indique temporairement l'allaitement maternel du côté atteint, il nécessite un traitement antibiotique et un drainage chirurgical [13].

5 - L'insuffisance des apports de lait

Des anomalies anatomiques congénitales ou post-chirurgicales ou des anomalies physiologiques peuvent être à l'origine d'une insuffisance de lait dans de rares cas.

Le plus souvent, l'insuffisance de lait est la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses) à l'origine d'une diminution de la sécrétion lactée [11].

6 - Maladie maternelle et prise de médicaments

En cas de maladies de la mère pendant l'allaitement, les contre-indications vraies sont très rares. La prise de médicaments par la mère pendant l'allaitement n'implique pas de sevrage systématique.

Il s'agit souvent de contre-indications abusives ou temporaires qui n'entraînent pas un arrêt total. Dans le cas d'infection virale courante, l'exposition du nouveau-né à ces agents infectieux n'est pas nocive, au contraire, cela contribue à ce que le bébé développe une immunité face à ce virus ou cette bactérie [11 ; 19 ; 21-23].

II - POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE POUR SOUTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL

A - Au niveau mondial

En 1989, l'OMS, conjointement avec le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), édite pour la première fois une brochure « *les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel* » à l'attention des personnels de santé. Elle a pour but de promouvoir, encourager et soutenir l'allaitement maternel [24].

En 1990, l'OMS et l'UNICEF ainsi que 32 gouvernements dont la France signent la déclaration d'Innocenti. La déclaration définit des cibles opérationnelles que devraient viser les gouvernements de chaque pays pour favoriser l'allaitement maternel dont, notamment, de suivre les recommandations de l'OMS [25].

Les dernières recommandations votés par l'OMS en mai 2001 sont : « *le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les 6 premiers mois de la vie : c'est là une recommandation générale de santé publique. Par la suite, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant d'être allaité jusqu'à la l'âge de 2 ans ou plus* » [25].

B - La France

La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé recommandent d'allaiter exclusivement pendant 6 mois pour un développement optimal de l'enfant (grade B). L'introduction d'aliment autre que le lait maternel n'a aucun bénéfice avant 6 mois (grade B) [11 ; 20].

L'HAS a édité un guide d'évaluation pour améliorer les pratiques professionnelles au sujet de la promotion de l'allaitement maternel. Il concerne tous les professionnels impliqués dans la périnatalité.

De plus, la promotion de l'allaitement maternel est une des priorités du programme national nutrition santé 2011-2015. Enfin, le Professeur Turk a rédigé un rapport avec des propositions pour développer l'allaitement maternel, notamment pour améliorer son initiation et la durée [14 ; 20 ; 25].

C - Dispositifs légaux

1 - Les congés maternité et le complément du libre choix d'activité

En France, les congés maternité sont de : 6 semaines en prénatal et 10 semaines en postnatal pour un premier et un deuxième enfant ; 8 semaines en prénatal et 18 semaines en postnatal pour 3 enfants et plus ; 12 semaines en prénatal et 22 semaines en postnatal pour les grossesses gémellaires ; 24 semaines en prénatal et 22 semaines en postnatal pour les grossesses triples et plus [26].

Les parents peuvent bénéficier d'un congé supplémentaire : le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant. Ce congé permet à l'un des parents de réduire ou de cesser totalement son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant. La durée maximum est de 6 mois pour un premier enfant, à partir du deuxième enfant la prestation est versée jusqu'au 3^{ème} anniversaire du dernier enfant. Ce congé est une possibilité pour les mères qui le souhaitent de poursuivre l'allaitement maternel [27].

D - En Europe

Les pays scandinaves, qui ont des taux d'allaitement plus élevés qu'en France, ont une véritable volonté politique de favoriser l'allaitement maternel avec amélioration des conditions de travail des femmes. Les femmes peuvent bénéficier de congés maternité plus longs qu'en France jusqu'à 1 an environ avec des rémunérations allant de 60 à 100% du salaire antérieur. Cela permet aux femmes d'allaiter plus longtemps et limite les problèmes d'allaitement et de reprise du travail.

III - EDUCATION ANTENATALE SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

A - Définition

L'éducation prénatale cherche à donner aux femmes un rôle plus actif dans l'expérience de la naissance. Elle a pour objectif d'aider les femmes à comprendre la physiologie de l'accouchement et les interventions appropriées qui pourraient être nécessaires au moment de l'accouchement et des suites de couches pour les soins au nouveau-né.

Il favorise la confiance chez les mères et les couples pour relever le défi de l'accouchement, de l'allaitement et de la petite enfance.

B - L'intérêt d'une information

De nos jours, la plupart des femmes, des parents, possède peu de connaissances sur l'allaitement maternel. Les femmes qui souhaitent allaiter ont de nombreuses préoccupations, notamment les nullipares, elles sont en attentes d'informations sur l'allaitement maternel [23 ; 28-29].

Les buts d'une information anténatale sur l'allaitement maternel sont de permettre aux parents de faire un choix sur le mode d'alimentation de leur enfant réfléchi et éclairé ; d'être autonome après la naissance avec l'alimentation au sein du nouveau-né ; de prévenir des complications et d'augmenter la durée de l'allaitement [19 ; 30].

Pour illustrer, l'intérêt d'une information pendant la grossesse a été démontrée dans l'étude Epifane. Le fait de participer à des cours de préparation à l'accouchement est associé à des taux d'allaitement plus élevés à la maternité et à 1 mois. Le taux d'allaitement maternel exclusif à la maternité est aussi plus important chez les patientes qui ont suivi des cours de préparation, en revanche cela n'est pas significativement associé à la pratique d'un allaitement maternel exclusif à 1 mois [1].

L'HAS et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ont étudié l'impact des éducations prénatales pour l'allaitement maternel.

L'HAS a apporté la preuve que *« des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle à l'hôpital ou en dehors et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et dans certains cas sa poursuite (grade C) »* [20].

Cependant, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé émet un avis plus contrasté sur l'intérêt de l'éducation anténatale : *« en période prénatale, l'information seule délivrée individuellement ou en groupe a un impact limité sur le taux d'allaitement maternel »* et *« les interventions postnatales associées à un contact avant la naissance n'apportent pas un bénéfice supérieur au soutien postnatal seul (grade B) »* [11].

C - Les recommandations

L'OMS recommande la préparation prénatale pour l'allaitement. Elle constitue une des 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel : « *informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique* » [24].

En France, l'HAS recommande de proposer systématiquement une séance de préparation avec une information sur l'allaitement maternel [20].

Un des objectifs politiques dans le rapport du Pr Turk est l'information anténatale sur l'allaitement maternel. Il envisage des évaluations des pratiques professionnelles et notamment en incitant les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement [25].

D - L'information pendant la grossesse

1 - Les consultations

Les consultations médicales prénatales sont le moment adéquat pour effectuer un examen clinique des seins afin d'observer l'aspect des mamelons. Aussi une anamnèse doit être réalisée à la recherche d'antécédent de chirurgie mammaire et de contre-indications à l'allaitement maternel [20].

2 - L'entretien prénatal individualisé du 4ème mois

Cet espace de parole est un moment propice pour aborder de façon personnalisée l'alimentation du futur enfant. Il permet aux professionnels de s'informer sur les représentations, connaissances et questionnements des patientes afin d'organiser des interventions de soutien spécifique [25].

3 - Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Ces cours sont une des opportunités les plus favorables pour aborder l'alimentation du nouveau-né, autant l'allaitement maternel qu'artificiel. La préparation à la naissance est la source d'information la plus utilisée par les femmes qui souhaitent allaiter. Les séances sont plus centrées sur une éducation de la pratique de l'allaitement pour permettre aux femmes d'acquérir un savoir faire de base, ils permettent aussi de donner confiance aux futures mères. Ils peuvent associer plusieurs techniques éducatives [20 ; 28].

4 - Les séances de préparation à l'allaitement

En complément ou non des séances de préparation à la naissance, les patientes et leurs conjoints peuvent, dans certaines maternités, assister à des groupes de préparation spécifiques sur l'allaitement. Ils donnent une information plus complète avec plus de pratique. Ils répondent de façon plus personnelle aux interrogations des femmes.

Les séances ont pour objectif d'informer notamment sur la physiologie de la lactation, la mise en route de l'allaitement, les premières tétées, les différentes positions, les complications qui peuvent survenir, la conduite de l'allaitement maternel lors du retour à domicile et la reprise du travail. L'intérêt est d'augmenter l'initiation de l'allaitement à la naissance et la durée.

E - Le contexte local sur le Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand propose des préparations à l'allaitement pendant la grossesse, conformément aux recommandations pour la promotion de l'allaitement maternel.

Tout d'abord, les sages-femmes du service de consultation animent des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, en groupes de 10 patientes en moyenne, les futurs pères peuvent y assister.

Les patientes bénéficient de 8 séances, organisées de la façon suivante, une partie théorique de 30-40 minutes et la fin de la séance est consacrée à de la relaxation.

Une séance au sujet de l'alimentation est consacrée, une information sur l'allaitement maternel est délivrée, à laquelle s'associe une information sur l'allaitement artificiel.

Les séances se déroulent par l'apport de connaissances théoriques sous forme magistrale. Compte tenu du temps limité de la séance, les méthodes participatives sont peu utilisées.

En parallèle de ces séances de préparation à la naissance et à la parentalité, une séance de préparation spécifique sur l'allaitement maternel est organisée au sein du CHU, environ une fois par mois.

Elle est animée par une sage-femme, en formation de consultante en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant). La séance est ouverte à toutes les femmes enceintes et aux futurs pères, elle dure environ 2h, et comprend entre 10 à 15 patientes. Elle se compose d'explications théoriques, de conseils pratiques sur la conduite de l'allaitement, de mise en pratique pour les positions d'allaitement notamment et d'une partie discussion où la sage-femme répond aux questions des patientes.

Les méthodes participatives sont utilisées préférentiellement dans les séances d'information spécifiques sur l'allaitement maternel.

En conclusion, il existe une politique internationale et locale pour favoriser le choix d'un allaitement maternel à la maternité. Différentes méthodes éducatives existent sans avoir bénéficié d'une preuve de leur efficacité. Qu'en est-il au CHUE, maternité ayant fait le choix de proposer à ces patientes plusieurs techniques éducatives ?

Matériel et méthode

I - TYPE D'ETUDE

Une étude observationnelle descriptive a été réalisée à partir d'une cohorte historique pour étudier l'influence des différentes stratégies d'éducation anténatale sur l'allaitement maternel en post-natal. Il s'agit d'une étude monocentrique au CHU de Clermont-Ferrand.

II - MATERIEL

A - La population source

La population source regroupait, au CHU Estaing, les femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et les femmes ayant participé à une séance d'information spécifique sur l'allaitement maternel.

B - L'échantillon de l'étude

64 consentements de participation à l'étude ont été recueillis à l'issue des différentes séances de préparation. 8 patientes ont été exclues car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion. 7 patientes ont été perdues de vue, non joignables au moment de l'entretien téléphonique, soit un taux de perdues de vue de 12.5%.

L'échantillon final de l'étude se composait de 49 patientes dont la répartition était la suivante : 28 patientes ayant assisté à une information spécifique sur l'allaitement maternel et 21 patientes ayant assisté à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

C - Les critères d'inclusions

Sont incluses dans l'étude :

- Les patientes participant aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité et aux séances d'information spécifique sur l'allaitement maternel au CHU de Clermont-Ferrand
- Les patientes primipares
- Les patientes ayant accouchées à terme (supérieur à 37 semaines d'aménorrhées).

D - Les critères d'exclusion

Ont été exclues de l'étude :

- Les patientes ne désirant pas participer à l'étude
- Les patientes mineures
- Les patientes ne parlant pas le français
- Les patientes ayant eu un enfant décédé dans la période périnatale, une interruption thérapeutique de grossesse
- Les patientes ayant un projet d'allaitement artificiel au moment de la séance d'information sur l'allaitement maternel.

III - METHODE

A - Objectifs et critères de jugement de l'étude

L'étude avait pour objectif principal de mesurer le nombre de patientes allaitant dans le post-partum selon la stratégie d'éducation anténatale reçue pendant la grossesse (préparation à la naissance et à la parentalité versus information spécifique sur l'allaitement maternel).

Le critère de jugement retenu était un critère de jugement composite :

Le nombre de patientes allaitant à 1 et 2 mois du post-partum dans les deux groupes.

L'allaitement maternel comprend dans ce critère de jugement l'allaitement maternel complet et partiel.

Le premier objectif secondaire était d'évaluer le type d'allaitement maternel exclusif ou non dans le post-partum selon la stratégie d'éducation anténatale reçue pendant la grossesse (préparation à la naissance et à la parentalité versus information spécifique sur l'allaitement maternel).

Le critère de jugement retenu était un critère de jugement composite qui regroupe :

Le nombre de patientes pratiquant un allaitement maternel exclusif à 1 et 2 mois du post-partum dans les deux groupes.

L'allaitement maternel exclusif désigne l'allaitement maternel complet qui regroupe l'allaitement maternel exclusif et l'allaitement maternel prédominant.

L'étude avait pour deuxième objectif secondaire de mesurer la satisfaction des patientes sur l'aide apportée par l'information anténatale pour la conduite de l'allaitement selon la stratégie d'éducation anténatale : préparation à la naissance et à la parentalité versus information spécifique sur l'allaitement maternel.

Le critère de jugement retenu était :

Le nombre de patientes satisfaites de l'aide apportée par l'information anténatale pour la mise en route et la conduite au retour à la maison de l'allaitement dans les deux groupes.

B - Sélection des groupes

Le groupe « préparation à la naissance et à la parentalité » comprenait toutes les patientes ayant participé à la séance d'information sur l'allaitement maternel dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité animée par différentes sages-femmes au CHU Estaing.

Le groupe « information spécifique sur l'allaitement maternel » comprenait toutes les patientes ayant participé à la séance d'information spécifique l'allaitement maternel animée par une sage-femme (Agnès Dorut) au CHU Estaing.

La sélection des patientes au sein des 2 groupes s'est effectuée sur la base du volontariat acté par un consentement écrit des patientes. Le recueil des participantes à l'étude s'est effectué entre juillet et novembre 2012 au CHU Estaing (*annexe I*).

C - Méthode de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé grâce à l'administration téléphonique d'un entretien semi-directif réalisé 2 mois après la date d'accouchement des patientes. Le recueil des données s'est déroulé entre septembre 2012 et janvier 2013 (*annexe II*).

D - Ethique

L'étude a été faite après accords administratifs du chef du pôle d'obstétrique et de la sage-femme cadre supérieure du service d'obstétrique du CHU Estaing, de la sage-femme directrice de recherche et de la sage-femme enseignante qui codirige ce mémoire.

Le consentement des patientes a été préalablement recueilli avant l'entretien téléphonique dans le post-partum. Les informations non anonymes ont été conservées de manière confidentielle. Les données issues des entretiens téléphoniques ont été traitées de manière anonyme. Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente.

E - Traitement statistique des données

Les données des différents entretiens téléphoniques ont été saisies avec le logiciel Excel.

Une analyse qualitative des questions ouvertes a été réalisée.

L'analyse quantitative des données a été effectuée avec le logiciel R. Le test de Chi2 ou le test de Fisher a été utilisé pour analyser les variables qualitatives binaires ou continues. Le test de comparaison de moyennes de Student a été utilisé pour étudier les variables quantitatives. La différence est considérée statistiquement significative lorsque le degré de signification (p) est inférieur à 0,05 (risque $\alpha = 5\%$).

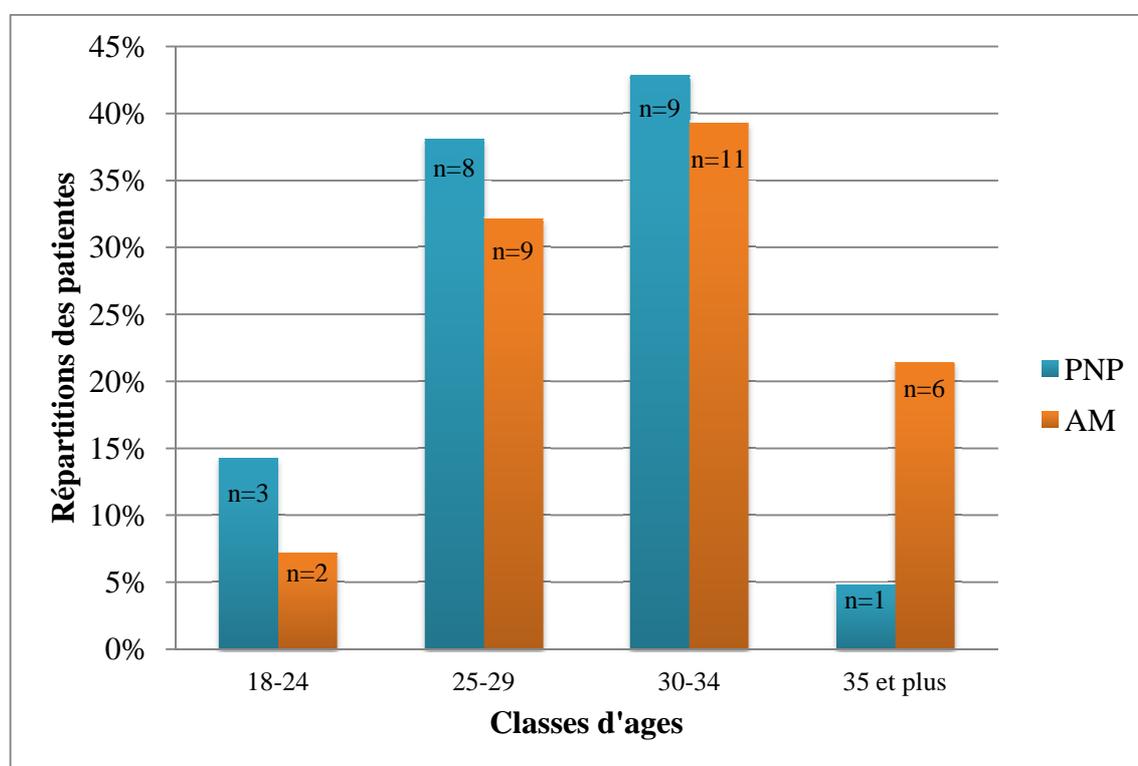
Résultats

I - PRESENTATIONS GENERALES DES POPULATIONS

A - Description socio-économique

La moyenne d'âge maternel dans l'ensemble de l'échantillon était de 29.6 ans +/- 4.6 ans, avec une étendue de 20 à 40 ans.

Figure 1 : comparatif de la répartition des patientes dans les différentes classes d'âge entre les 2 groupes



Légende commune à toutes les figures et tableaux

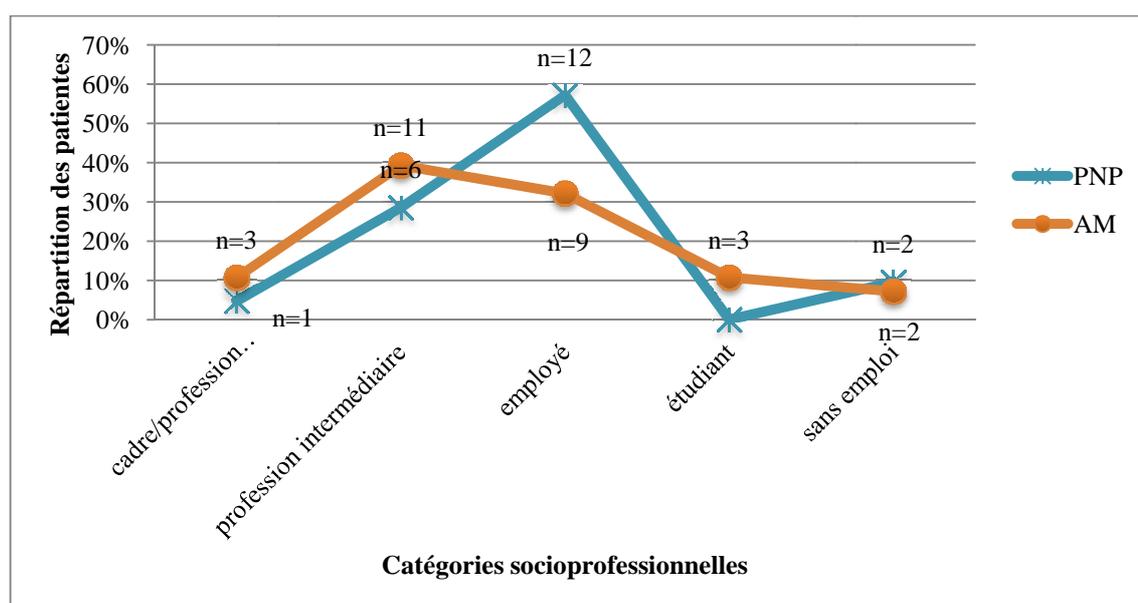
- PNP = groupe de patientes ayant assisté aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité
- AM = groupe de patientes ayant assisté à la séance d'information spécifique sur l'allaitement

Dans les 2 groupes, les 30-34 ans et les 25-29 ans sont les plus représentées. Les deux groupes sont semblables en ce qui concerne la répartition dans les différentes classes ($p=0.4046$).

Tableau I : Présentation sociodémographique de la population

Caractéristiques	Echantillon n=49 n (%)
Mode de vie	
En couple	49 (100)
Niveau d'étude	
Supérieur au Baccalauréat	47 (95.9)
Lycée	2 (4.1)

Figure 2 : comparatif de la répartition des patientes suivant leur catégorie socioprofessionnelle entre les 2 groupes



Les employés et les professions intermédiaires sont les plus représentés des catégories socioprofessionnelles, avec respectivement 42.9% et 34.7% de la population.

La population était homogène en ce qui concerne le statut socioprofessionnel ($p=0.3313$).

B - Déroulement de l'accouchement

Toutes les grossesses de l'échantillon étaient des grossesses simples.

Tableau II : comparatif des modalités d'accouchement entre les deux groupes

Caractéristiques	AM n=28		PNP n=21	
	n	(%)	n	(%)
Accouchement voie basse	18	(64.3)	18	(85.7)
Accouchement par césarienne	10	(35.7)	3	(14.3)

98% des patientes ont bénéficié d'une anesthésie durant le travail. 87.8% (n=43) ont eu une analgésie péridurale, 10.2% (n=5) ont une rachianesthésie.

Notre population était homogène concernant la voie d'accouchement (p=0.1756) et le recours à une anesthésie pendant le travail.

Les nouveau-nés étaient eutrophes, un seul a présenté une hypotrophie (poids de naissance inférieur à 2500g).

C - Déroulement de l'allaitement maternel

1 - Projet d'allaitement

Tableau III : Moment du projet d'allaitement

Caractéristiques	AM n=28		PNP n=21		Echantillon N=49	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Avant la grossesse	17	(60.7)	11	(52.4)	28	(57.1)
En début de grossesse	8	(28.6)	5	(23.8)	13	(26.5)
Après la séance d'information	3	(10.7)	1	(4.8)	4	(8.2)
A la fin de la grossesse	0	0	4	(19.0)	4	(8.2)

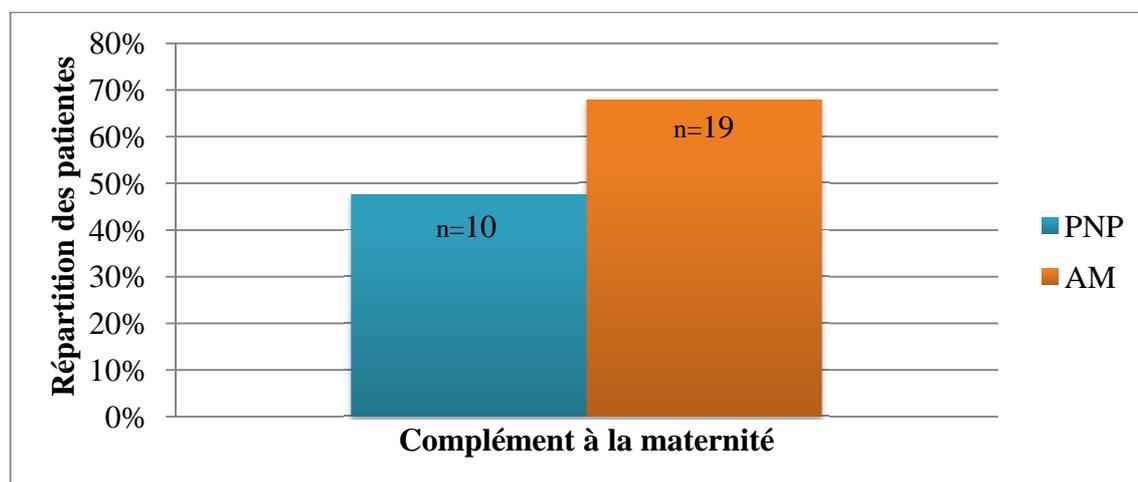
Le projet du mode d'alimentation du nouveau-né s'est fait majoritairement avant la grossesse (57.1%). Il n'y avait pas de différence sur le moment du projet d'allaitement entre les deux groupes ($p=0.1935$).

Pour 96% des patientes (N=47), le projet d'allaitement en anténatal s'est suivi d'une initiation de l'allaitement maternel à la naissance de leur enfant. Une raison de la discordance entre le projet d'allaitement maternel et le choix d'un allaitement artificiel était une indisponibilité de la mère en raison de suites de couches pathologiques (hémorragie de la délivrance). Une autre raison était une indécision sur le projet durant la grossesse et une influence de l'entourage (conjoint) négative sur l'allaitement maternel.

2 - Déroulement de l'allaitement maternel à la maternité

2.1 - L'utilisation de compléments

Figure 3 : comparatif de l'utilisation de complément entre les deux groupes



Le complément est défini comme l'utilisation ponctuelle ou répétée de lait reconstitué en complément du lait maternel pendant le séjour à la maternité.

59.2% (N=29) des patientes ont bénéficié de compléments durant le séjour à la maternité.

Il n'y avait pas de différence significative sur l'utilisation de complément entre les groupes AM et PNP ($p=0.2513$).

Les compléments ont été donnés majoritairement avec une seringue. Les patientes ont utilisé aussi le biberon, le dispositif d'aide à l'allaitement et la tasse.

2.2 - Les complications durant le séjour

59.2% (N=29) des patientes ont eu des crevasses durant le séjour à la maternité. Le taux de crevasses était de 67.9% (n=19) dans le groupe allaitement maternel et de 47.6% (n=10) dans le groupe préparation à la naissance et à la parentalité. La survenue de crevasses était similaire dans les deux groupes (p=0.2573).

Les difficultés pendant le séjour à la maternité évoquées par les patientes étaient :

- un engorgement physiologique douloureux et difficile à gérer
- un nouveau-né ayant du mal à prendre le sein
- un positionnement du nouveau-né difficile
- un nouveau-né irritable
- une perte de poids du nouveau-né jugée par l'équipe soignante trop importante ou une reprise de poids insuffisante, mais toujours dans les limites de la physiologie.

5 patientes, soit 10.2% de l'échantillon, ont arrêté l'allaitement maternel durant la première semaine.

Les raisons de ces arrêts précoces sont :

- des crevasses douloureuses
- une impression de manque de lait dû à une mauvaise courbe pondérale ou une montée de lait jugée faible
- un nouveau-né irritable
- un allaitement maternel mixte dès la naissance.

3 - Déroulement de l'allaitement maternel au retour à la maison

32.7% (N=16) des patientes ont eu des crevasses au retour à la maison. Le taux de crevasses était de 39.3% (n=11) dans le groupe allaitement maternel et de 28.8% (n=5) dans le groupe préparation à la naissance et à la parentalité. La survenue de crevasses était similaire dans les deux groupes (p=0.4035).

20.4% (N=10) des patientes de l'échantillon ont eu un engorgement pathologique dont 32.1% (n=9) dans le groupe allaitement maternel et 4.8% (n=1) dans l'autre groupe. Il y avait une différence statistiquement significative de la survenue d'un engorgement pathologique pendant la poursuite de l'allaitement entre les deux stratégies d'éducation anténatale (p=0.02965).

Au retour à la maison, les patientes ont décrit diverses difficultés et complications :

- une mastite pour 2 patientes
- un nouveau-né ayant du mal à prendre le sein
- un nouveau-né irritable réclamant des tétées jugées fréquentes par la mère
- une prise de poids jugée insuffisante
- une fatigue maternelle
- une impression de manque de lait
- une gêne à allaiter en présence d'autres personnes
- une influence négative du conjoint et de l'entourage.

L'âge de l'enfant à l'arrêt de l'allaitement maternel était en moyenne de 4.3 semaines +/- 2.5.

Les motifs d'arrêt retrouvés, au retour à la maison, étaient :

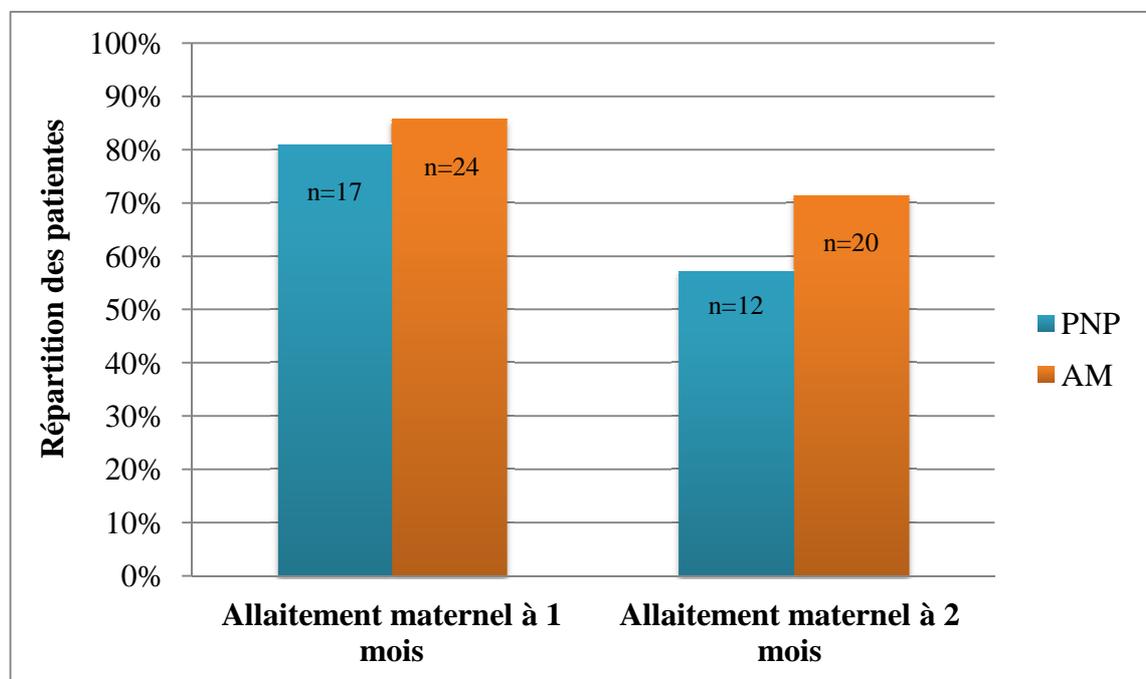
- la survenue d'une mastite
- la survenue d'un engorgement
- un projet de la mère
- une lassitude maternelle
- une prise de poids insuffisante du nouveau-né
- un rythme trop intense de tétées
- une impression de manque de lait
- la mise en place précoce d'un allaitement mixte.
- la reprise d'une activité professionnelle pour celles qui avaient une activité libérale ou indépendante.

II - RESULTATS

A - Comparaison de la pratique de l'allaitement maternel dans le post-partum selon le type d'information

La moyenne d'âge maternel dans l'ensemble de l'échantillon était de 29.6 ans +/- 4.6 ans, avec une étendue

Figure 4 : comparatif de l'influence des stratégies d'éducation anténatale sur l'allaitement dans le post-partum



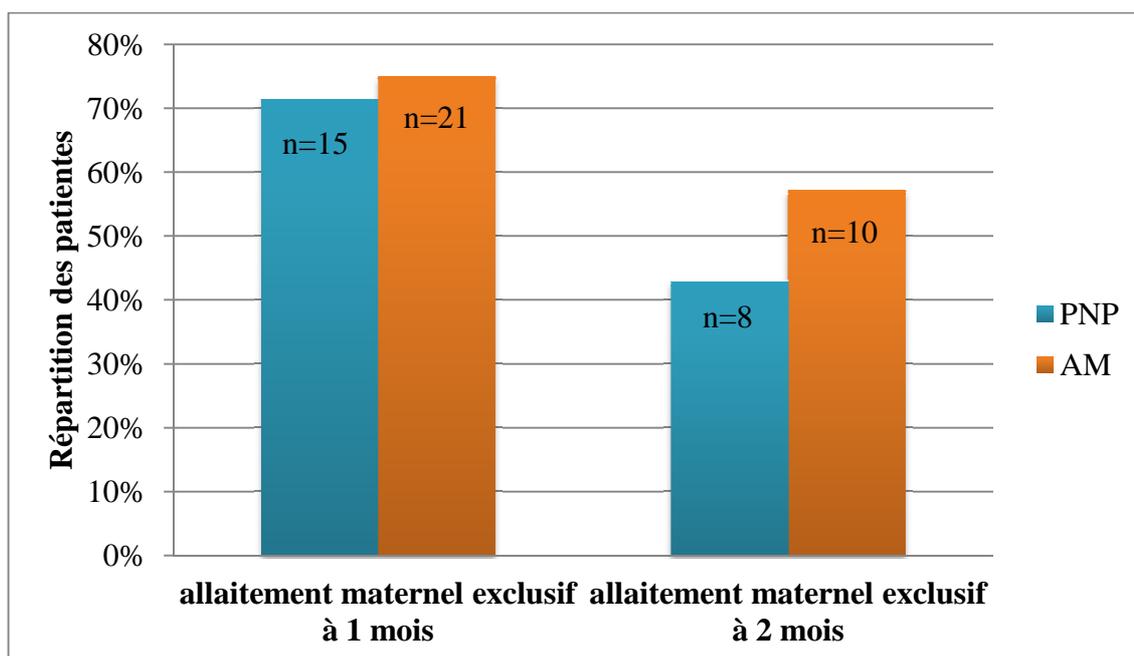
83.7% (N=41) et 65.3% (N=32) de l'échantillon allaitent respectivement à 1 et 2 mois du post-partum.

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative des taux d'allaitement maternel selon le type de stratégies d'éducation anténatale à 1 mois ($p=0.7102$, $OR=0.71$, $IC=0.15-3.37$) et 2 mois ($p=0.4615$, $OR=0.53$, $IC=0.16-1.75$).

B - Comparaison du type d'allaitement maternel selon la stratégie d'éducation anténatale

Nous avons étudié le type d'allaitement depuis la sortie de la maternité jusqu'au 2 mois du post-partum.

Figure 5 : comparatif de l'influence des stratégies d'éducation anténatale sur la pratique d'un allaitement maternel exclusif



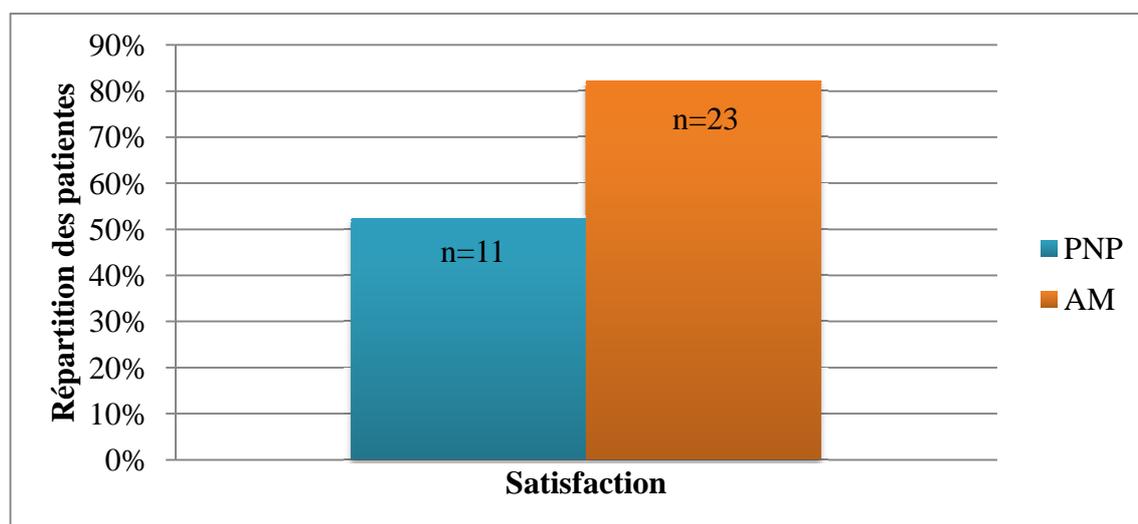
73.5% (N=36) et 36.7% (N=18) de l'échantillon pratiquent respectivement à 1 et 2 mois du post-partum un allaitement maternel exclusif.

Nous n'avons pas observé de lien statistiquement significatif à 1 mois ($p=0.9627$, $OR=0.83$, $IC=0.23-3.07$), et 2 mois ($p=0.4832$, $OR=0.56$, $IC=0.17-1.75$) sur le taux d'allaitement maternel exclusif.

L'âge moyen du nouveau-né au début de l'allaitement maternel mixte était de 3.9 semaines +/- 1.8.

C - Evaluation de la satisfaction des patientes sur l'information anténatale reçue

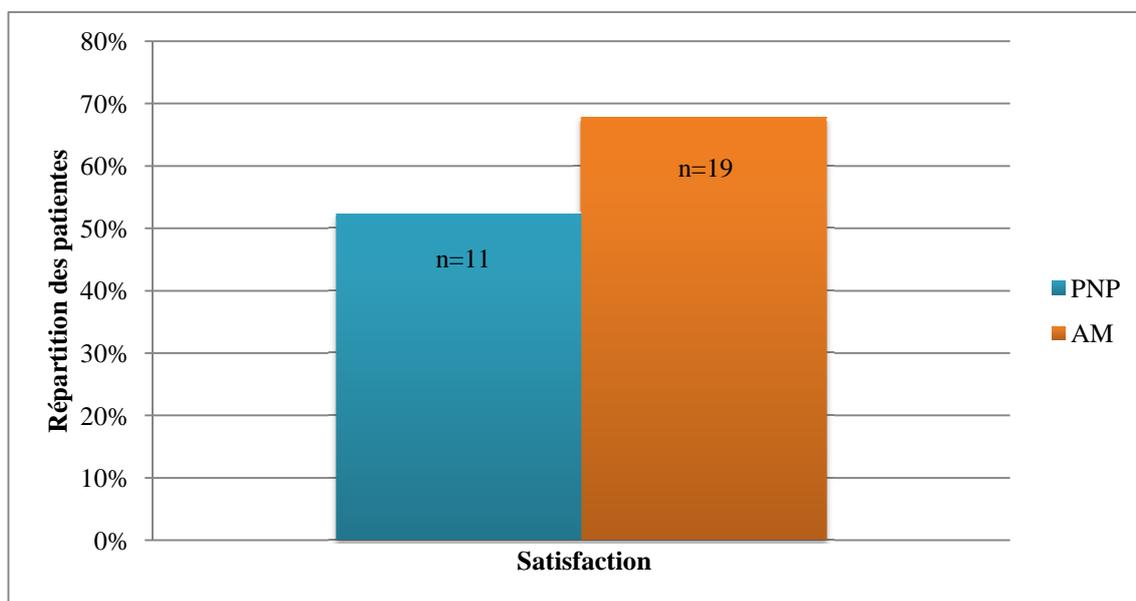
Figure 6 : comparatif de l'influence des stratégies d'éducation anténatale sur l'aide apportée pour la mise en route de l'allaitement



La satisfaction sur l'information reçue pour la mise en route de l'allaitement maternel est statistiquement significative entre le groupe allaitement maternel et le groupe préparation à la naissance et à la parentalité ($p < 0.05$).

Les patientes ayant assisté à une information spécifique sur l'allaitement maternel à la naissance sont plus satisfaites sur l'aide apportée pour la mise en route de l'allaitement que les patientes ayant assisté à une séance de préparation à la naissance et à la parentalité (OR=0.24, IC=0.06-0.84).

Figure 7 : comparatif de l'influence des stratégies d'éducation anténatale sur l'aide apportée pour la conduite de l'allaitement maternel au retour à la maison



La satisfaction sur la poursuite de l'allaitement maternel n'était pas statistiquement significative entre les deux stratégies d'éducation anténatale ($p=0.3759$, $OR=0.52$, $IC=0.16-1.67$).

Lors des entretiens téléphoniques, les patientes ont décrits avoir eu recours à des soutiens pour la conduite de leur allaitement.

Les professionnels ou associations étaient les suivants :

- le personnel de la maternité
- leur pédiatre
- leur sage-femme libérale
- la protection maternelle et infantile
- des associations de soutien de l'allaitement
- l'expérience de l'entourage
- la documentation personnelle.

46.9% (N=23) des patientes ont bénéficié de soutien post-natal dont 39.3% (n=11) dans le groupe allaitement maternel et 57.1% (n=12) dans le groupe préparation à la naissance et à la parentalité. Dans le groupe allaitement maternel, les associations professionnelles représentent 54.5% du soutien post-natal, alors que dans l'autre groupe il représente 25%. Dans le groupe préparation à la naissance et à la parentalité l'intermédiaire principal est les puéricultrices de la protection maternelle infantile, le médecin qui suit l'enfant.

Les patientes du groupe allaitement considèrent le plus souvent que l'aide apportée en post-natal était le plus souvent secondaire par rapport à l'information spécifique reçue pendant la grossesse. Dans le groupe préparation à la naissance et à la parentalité, le soutien post-natal avait apporté plus d'aide que la séance de préparation sur l'allaitement.

Discussion Référencée

L'étude avait pour objectif d'évaluer l'efficacité des deux stratégies d'éducation anténatale sur l'allaitement maternel réalisées au niveau du CHU. Il s'agissait d'observer comparativement la conduite de l'allaitement dans les deux premiers mois du post-partum.

Après avoir exposé les limites de l'étude, j'argumenterai les résultats en fonction de mes objectifs de départ tout en les discutant avec des données présentes dans la littérature.

I - LES LIMITES DE L'ETUDE

A - Les points faibles et les points forts de l'étude

Une des limites de l'étude réside dans la potentielle non représentativité des patientes dans chacun des deux groupes qui composent l'échantillon.

La faible représentativité dans le groupe information spécifique est due au fait que ces séances ne sont planifiées qu'une fois par mois environ et accueillent entre 8 et 15 patientes. Par contre, le consentement de toutes les patientes ayant participé à la séance d'information spécifique sur l'allaitement maternel et éligible pour l'étude a été recueilli sur les 5 mois de recrutement. Dans le groupe préparation à la naissance le recrutement n'a pas été optimal, seulement une partie des patientes étaient éligibles car certaines avaient un projet d'allaitement artificiel.

Un des points forts de l'étude est le faible taux de pertes de vues (12.5%). Sur les 56 patientes à contacter à 2 mois du post-partum, seulement 7 patientes n'ont pas pu être joignables par téléphone. Elles se répartissaient équitablement dans les 2 groupes (4 et 3), les pertes de vues n'ont donc pas entraîné un biais de sélection.

Aussi, le fait de faire un entretien semi-directif m'a permis d'obtenir un taux de réponse proche de 100% à toutes les questions.

B - Les biais

Les patientes de l'échantillon ont été réparties dans les deux groupes en fonction du type d'information reçue sur l'allaitement maternel et, en anténatal, avant de connaître l'histoire de leur allaitement. La représentativité des exposés et des non exposés par rapport à la population source était correcte.

Dans l'étude, des biais de mémorisation existent. En effet, les patientes rappelées à 2 mois du post-partum étaient interrogées sur leur allaitement depuis leur accouchement. Et donc elles ne se souvenaient plus de façon précise de certains éléments, notamment des complications pendant le séjour à la maternité. Certaines ont eu des difficultés à identifier l'influence de l'information reçue pendant la grossesse sur leur allaitement. Ces biais de mémorisation étaient plus importants dans le groupe de la préparation à la naissance et à la parentalité. Les patientes ayant suivi une séance spécifique ont une information plus complète et plus spécialisée, ont leur a décrit plus précisément certaines notions et elles ont donc pu mieux les intégrer.

Les entretiens téléphoniques ont été conduits de façon équitable entre les deux groupes de patientes. Les questions étaient strictement les mêmes, les précisions demandées étaient similaires. Par contre, les entretiens ne sont pas déroulés en insu, le statut exposé / non exposé était connu au moment de l'appel téléphonique.

Toutes les patientes de l'échantillon ont été rappelées à partir de deux mois de leur accouchement, ceci dans un souci d'homogénéité de suivi des groupes pour limiter un biais de suivi.

Certains facteurs de confusion ont été maîtrisés lors de l'élaboration du protocole avec les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude : le lieu d'accouchement, la primiparité, le projet d'allaitement. D'autres facteurs de confusion étaient répartis de façons homogènes entre les deux groupes : l'âge maternel, les caractéristiques socio démographiques de la population, l'utilisation de complément à la maternité, les difficultés rencontrés par la mère pendant l'allaitement.

II - CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION

Dans l'étude, la moyenne d'âge maternel était de 29.6 ans. La tranche d'âge la plus représentée est les 25-34 ans dans les deux groupes de l'échantillon. Les 18-24 ans et les 35 ans et plus sont minoritaires, mais les patientes du groupe allaitement maternel sont plus représentées dans la tranche d'âge des plus de 35 ans que les patientes du groupe préparation à la naissance et à la parentalité ; plus de 20% dans le groupe allaitement maternel versus moins de 5% dans l'autre groupe. Dans une étude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel menée en Rhône-Alpes, 77% des patientes avaient entre 25 et 35 ans [22].

L'ensemble des personnes interrogées vivait en couple. Plus de 95% des patientes avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. Et dans l'étude citée précédemment, 63% avait un niveau d'étude supérieur et au baccalauréat [22].

Les catégories socioprofessionnelles des agriculteurs, des artisans et des ouvriers n'étaient pas représentées dans la population d'étude. Par contre, dans les deux groupes de l'échantillon, les catégories des employés et des professions intermédiaires étaient les plus représentées. Dans l'étude menée en Rhône-Alpes, l'allaitement domine chez les cadres, les professions intermédiaires et les employés. Par contre, dans notre étude, en comparaison à celle-ci, la catégorie des cadres n'était pas la plus représentée, moins de 8% de l'échantillon [22].

Les caractéristiques socio-économiques de notre étude sont cohérentes avec la littérature sur ces mêmes caractéristiques qui initient ou influencent la pratique d'un allaitement maternel. Ce sont les mères plus âgées, mariées ou en couple d'un niveau de scolaire supérieur, et les femmes socio-économiquement plus favorisées qui allaitent plus [1 ; 11 ; 31].

Les données recueillies recourent aussi le paysage socio-économique des femmes utilisant la préparation à la naissance. D'après l'association Sages-femmes et recherches, ayant étudié l'impact de la préparation à la naissance, 62% des femmes préparées ont un niveau d'études supérieures et, parallèlement, 73% ont une activité professionnelle [29].

III - LE PROJET D'ALLAITEMENT MATERNEL

Dans l'étude, 57.1% de l'échantillon avaient un projet d'allaitement avant la grossesse et 26.5% ont pris cette décision en début de grossesse, les taux n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes. La synthèse de la littérature montre que les femmes choisissent majoritairement d'allaiter leur nouveau-né en préconceptionnel ou au premier trimestre de la grossesse. Dans une étude menée en Rhône-Alpes, 73% des patientes avaient pris leur décision en anténatal.

Ceci montre que les professionnels de la périnatalité n'ont pas un rôle propre par rapport au projet de la femme. Mais la période de la grossesse est propice à la promotion de l'allaitement maternel et pour inclure le père dans des actions d'information et de soutien de l'allaitement maternel [7 ; 22 ; 32].

Des études montrent que les mères qui participent à une séance de préparation sont moins indécises sur la durée qu'elles souhaitent allaiter mais sont plus nombreuses à souhaiter des durées plus courtes, inférieures à 5 mois. De plus, une intention d'allaiter prolongée induit une plus longue durée d'allaitement. Inversement, les décisions tardives entraînent plus de sevrages précoces.

Dans notre étude une patiente qui était indécise jusqu'à la fin de la grossesse n'a pas initié l'allaitement maternel à la naissance [22 ; 31].

10.7% des patientes ayant eu une information spécifique sur l'allaitement maternel versus 4.8% des patientes du groupe préparation à la naissance et à la parentalité ont décidé leur projet d'allaitement après la séance d'information. L'information spécifique sur l'allaitement a donc été plus efficace pour renforcer ou faire pencher une décision en faveur de l'allaitement.

D'après Marjorie R et al, 43% des patientes ayant reçu des conseils sur l'allaitement ont planifié un allaitement, contre 24.3% des patientes qui n'ont pas été informées et 62.8% ont décidé d'un allaitement artificiel en cas de non information [33].

IV - LA CONDUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Durant le séjour à la maternité, plus de la moitié des patientes (59.2%) ont eu recours au moins une fois à un complément, cela se répartissait de la même façon dans les deux groupes. Ces compléments ont été donnés préférentiellement à la seringue pour éviter de perturber l'apprentissage de la succion des nouveau-nés, conformément aux différentes recommandations.

Le taux d'utilisation de compléments est légèrement supérieur aux taux retrouvés dans d'autres études qui sont de 31%, 41% et 45% suivant les études. L'apport de compléments de lait artificiel est une pratique observable à la maternité, souvent sans réelles indications médicales. Les professionnels de santé ne sont pas toujours conscients des conséquences négatives de leur utilisation [7 ; 11 ; 22].

En effet, les indications à l'utilisation de compléments sont rares, certaines sont liées à la mère : maladie infectieuse, insuffisance de lait documentée (anomalies anatomiques, chirurgie mammaire), retard à l'établissement de la lactation ou encore tétées extrêmement douloureuses ; certaines sont liées à l'enfant : hypoglycémie sévère documentée, perte de poids associée à des signes de déshydratation et/ou un ictère.

Or, lors des entretiens, les patientes ont décrit y avoir recours pour les raisons suivantes : « *peur de l'hypoglycémie et de l'insuffisance d'apports, tétées considérées comme trop espacées, fatigue maternelle et surtout difficultés à gérer les pleurs des bébés, des angoisses, et ce en particulier la nuit* ».

La littérature montre que dans les situations suivantes il n'y a pas d'indication médicale à donner des compléments : faible nombre de tétées au cours des 24-48 premières heures chez un nouveau-né à terme en bonne santé et sans facteur de risque ; perte de poids > 7-10 % chez un nouveau-né ni déshydraté, ni ictérique, qui tète bien et dont la mère présente des signes d'établissement de la lactation ; pas de compléments systématiques chez les nouveau-nés à risque d'hypoglycémie ; agitation, pleurs, tétées rapprochées chez un nouveau-né à terme en bonne santé qui s'apaise quand il tète [34].

L'utilisation de complément sans indication médicale est associée à des durées d'allaitement total et exclusif plus courtes comparativement à l'absence de complément ou médicalement indiqués. Mais ceci reste à pondérer, pour A Ego et al, l'utilisation de compléments n'est pas l'explication principale au sevrage précoce [35].

Aussi l'apport de compléments est préjudiciable à la mise en route et à la poursuite de l'allaitement à plus d'un titre, diminution de la fréquence des tétées, risque de stase lactée, d'engorgement; interférence possible avec l'apprentissage de la succion au sein. Mais aussi, perte de confiance de la mère dans sa capacité à allaiter en particulier en cas d'utilisation de compléments en l'absence d'indications médicales et notamment en cas de pleurs ou d'agitation [34-35].

Les crevasses étaient un des incidents de parcours les plus retrouvés pendant le séjour à la maternité, environ 60% de la population, ensuite différentes difficultés avec les nouveau-nés mais en proportion plus faible. Les problèmes d'allaitement durant la première semaine ont entraîné 10% arrêt précoces. Les causes de ces arrêts sont des crevasses douloureuses, une impression de manque de lait, une mauvaise courbe pondérale, un nouveau-né irritable qui prend mal le sein, et un allaitement mixte dès la naissance. La littérature décrit les mêmes motifs, auxquels s'ajoutent l'utilisation d'une tétine qui multiplie par 2.5 le risque d'arrêt, l'avis de professionnels devant l'appariation d'une pathologie maternelle et le désir personnel [7 ; 35].

Les patientes ont aussi été interrogées sur la survenue d'incidents de parcours au retour à la maison le temps de l'allaitement.

Les crevasses ont représenté la plus grande proportion des complications, soit 32.7% de la population, ceci répartie de façon relativement équilibrée entre les deux groupes d'études. Dans diverses études, les crevasses sont souvent les plus citées et sont un des premiers motifs de sevrage. Par contre dans notre étude, aucune des patientes n'ont sevré leur nouveau-né à cause de crevasses, ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles étaient associées à d'autres difficultés citées comme motifs d'arrêt ; où aussi que les patientes ont réussi à gérer leurs crevasses et poursuivre l'allaitement [11 ; 22].

Le taux d'engorgement pathologique était de 32.1% dans le groupe allaitement maternel et de 4.8% dans le groupe préparation à la naissance et à la parentalité, il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes. La définition d'engorgement n'est homogène, les taux de survenue d'engorgement pathologique fluctuent entre 20 et 85% suivant les études [11].

Les patientes ayant eu une information spécifique ont eu des explications plus complètes sur les différentes complications et notamment de l'engorgement. Elles sont donc en mesure de mieux identifier un engorgement quand celui-ci survient. Ceci peut expliquer la différence observée entre les deux groupes de préparation.

L'opinion du père, et de l'entourage de la mère de façon plus large, a une influence sur la poursuite de l'allaitement maternel. Dans l'étude menée en Rhône-Alpes, les pères étaient moins favorables à l'allaitement dans le groupe des enfants sevrés que des enfants non sevrés [22].

Dans l'étude, l'influence de ce facteur est difficilement analysée, un seul item du questionnaire se référait à l'avis de l'entourage. Pendant l'entretien, les patientes ont des difficultés à répondre à cette question, une certaine gêne a été ressentie. L'influence négative du père sur la poursuite de l'allaitement a sans doute été sous-estimée.

Les incidents de parcours, et les motifs de sevrage sont globalement similaires avec ceux retrouvés dans la littérature. L'impression de manque de lait est un motif principal de sevrage avant 9 semaines dans l'enquête périnatale, or ce n'est pas retrouvé dans les résultats [11].

Par contre de façon qualitative les patientes du groupe de préparation à la naissance et à la parentalité ont plus décrit en incident de parcours et/ou motif de sevrage le manque de lait que les patientes ayant bénéficié d'une information spécifique.

V - LA DUREE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Les taux d'allaitement (allaitement exclusif compris) à 1 et 2 mois du post-partum étaient respectivement de 83.7% et 65.3% dans l'échantillon. La durée médiane de l'allaitement était de 4.3 semaines +/-2.5. Dans l'étude Epifane de 2012 le taux d'allaitement à 1 mois était de 54.4% et dans l'étude menée en Rhône-Alpes entre 2004 et 2006, 54% des patientes avaient aussi poursuivi l'allaitement à 1 mois ; à 3 mois elles n'étaient plus que 27% [1 ; 22].

La plus forte proportion de femmes allaitantes peut s'expliquer par le fait que toutes les patientes incluses ont eu une information pendant la grossesse sur l'allaitement maternel. En effet, la synthèse de la revue a montré que la préparation à la naissance est un facteur influant positivement l'allaitement maternel. Dans l'étude Epifane, une différence statistiquement significative sur le taux d'allaitement maternel à 1 mois s'observe entre les patientes qui ont participé ou non à une préparation à la naissance et à la parentalité, 59.8% d'allaitement chez les patientes ayant assisté à une préparation contre 47.4% dans l'autre groupe [1].

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. La littérature retrouve des taux d'allaitement maternel exclusif à 1 mois de 41 à 35.4% et à 3 mois de 15% [1 ; 22].

La pratique d'un allaitement maternel exclusif a été évaluée dans l'enquête, 73.5% des patientes allaitaient de façon exclusive à 1 mois du post-partum et 36.7% à 2 mois. Le taux à 1 mois se rapproche de celui des patientes ayant participé à des séances de préparation dans l'étude Epifane 69.4% des patientes [1].

La plupart des femmes enquêtés ont mis en place un allaitement mixte à la fin du premier mois, il a débuté en moyenne à partir de 3.9 semaines +/- 1.8 semaines.

VI - L'INFLUENCE DE L'EDUCATION ANTENATALE SUR LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'influence de deux stratégies d'éducatons anténatales sur la pratique de l'allaitement maternel dans le post-partum.

Les taux d'allaitement à 1 et 2 mois du post-partum entre le groupe de patientes ayant participé à une séance d'information spécifique sur l'allaitement maternel et le groupe ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité n'ont pas montré de différence statistiquement significative. Cependant, les patientes ayant eu l'information spécifique allaitaient plus que les autres et la différence était plus marquée à 2 mois du post-partum, plus de 10% d'écart alors qu'à 1 mois moins de 5%.

Les différentes études sur le sujet montrent des résultats très hétérogènes. En effet, certaines études ont montré que des programmes structurés, semblables à l'information spécifique proposée au CHU, améliorent dans certains cas la durée de l'allaitement comparé à une prise en charge habituelle, 59% d'allaitement à 3 mois contre 37% dans le groupe contrôle. Une étude de Kistin avait des taux d'allaitement significativement plus élevés dans le groupe spécifique à 2 semaines et à 12 semaines du post-partum [3 ; 11 ; 36].

Mais, d'autres études randomisées n'ont pas établi de lien entre éducation prénatale et durée de l'allaitement maternel [2 ; 37].

En revanche, une information spécifique sur l'allaitement maternel a plus d'influence sur la durée de l'allaitement maternel exclusif. Dans une étude de Wiles, issue d'une méta-analyse de la Cochrane Library, les taux d'allaitement maternel exclusifs étaient plus élevés à 1 mois. Un essai randomisé a montré des différences significatives à 6 semaines : 54.8% d'allaitement maternel exclusif dans le groupe informé contre 42.4% dans le groupe non informé et à 3 mois du post-partum. Une étude évaluant l'éducation anténatale sur l'amélioration du taux d'allaitement exclusif, a aussi mis en évidence un lien avec la pratique d'un allaitement maternel exclusif à 6 semaines et 3 mois du post-partum mais pas à 2 semaines. 27% d'allaitement exclusif chez les patientes ayant reçu l'information contre 21% chez les patientes avec une prise en charge classique [36 ; 38-39].

Les taux d'allaitement maternel exclusif selon les stratégies d'éducation anténatale de notre étude sont assez reproductibles avec ceux retrouvés dans la littérature. En effet, à 1 mois ils ne sont pas significatifs moins de 5% de différence entre les deux groupes.

A 2 mois, la différence n'est pas significative mais les patientes du groupe allaitement maternel allaitaient plus de façon exclusives que les autres, 60% contre 40%.

L'influence d'un programme plus structurée se mesure donc plus à partir de 2 mois, durant le premier mois la prise en charge et les conseils à la maternité ont plus d'impact que l'information durant la grossesse.

VII - LA SATISFACTION DES PATIENTES

Dans un des objectifs secondaires, nous avons évalué la satisfaction des patientes sur l'information reçue pendant la grossesse pour la mise en route et la conduite de l'allaitement au retour à la maison.

Les différents types de stratégies anténatales doivent respecter les convictions de chaque femme pour lui permettre de prendre une décision dans les meilleures conditions possibles. Il est donc de la responsabilité des professionnels de santé de donner une information claire et objective sur la pratique de l'allaitement et de ses bénéfices [40].

De façon générale, le ressenti est meilleur chez les patientes qui n'ont pas encore sevré leur nouveau-né au moment de l'enquête et pour celles qui allaitent exclusivement [22].

Dans notre étude, l'information pendant la grossesse a eu significativement plus de bénéfice pour la mise en route de l'allaitement maternel chez les patientes ayant eu une information spécifique que chez les patientes ayant participé aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. En effet les patientes du groupe allaitement maternel ont été satisfaites à plus de 80% contre environ 50% environ dans l'autre groupe.

Les patientes ont plus de difficultés à évaluer l'influence des cours de préparation sur la poursuite de l'allaitement au retour de la maison car, selon elles, les conseils sont surtout centrés sur le début de l'allaitement.

Dans une autre étude ayant aussi étudié l'influence d'une information spécifique et structurée uniquement sur l'allaitement maternel, 85% des patientes y ont trouvé des bénéfices pour leur allaitement, avec une satisfaction en moyenne de 8.15 sur 10 sur une échelle analogique. Pour 45% des patientes, le principal apport de ce cours est l'apprentissage des différentes positions. 20% ont tiré des bénéfices des solutions proposées en cas de difficultés.

De façon comparable à l'étude, ce sont les aspects pratiques et concrets sur le déroulement et la mise en route de l'allaitement maternel qui furent ressentis comme utiles par les femmes ayant participé [3].

L'OMS recommande, pour une préparation optimale des patientes, des séances où n'est abordé uniquement que l'allaitement maternel ; l'information sur l'allaitement artificiel et la préparation des biberons doit être traitée à part dans une autre séance. Le CHU, en mettant en place les séances d'information spécifique respecte les recommandations. Par ailleurs, aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, il est abordé de façon simultanée les deux modes d'alimentation.

De plus, nous avons pu remarquer que la majorité des patientes de l'étude ont eu recours à divers types de soutiens post-nataux pour leur allaitement. Elles ont eu surtout besoin de soutien et conseils pour la conduite de l'allaitement au retour à la maison, la gestion des difficultés et reprise du travail.

Les ressources des patientes du groupe préparation à la naissance étaient plus restreintes autour du personnel qui a été amené à être en contact avec l'enfant (pédiatre, PMI). Ce groupe de patientes a, de façon générale, plus tenu compte des conseils post-nataux que de l'aide apportée en anténatal.

En revanche, les patientes ayant eu une information spécifique ont fait plus appel à des associations de soutiens à l'allaitement car les contacts et le rôle de ces associations étaient expliqués pendant la séance. Les patientes recherchaient plus des informations complémentaires à celles données en anténatal et un soutien psychologique pour poursuivre l'allaitement.

Pour un bon déroulement de l'allaitement et un meilleur vécu des femmes allaitantes, il est important que le soutien anténatal et post natal se complémentent, qu'ils s'articulent autour des besoins des patientes.

Projet d'action

L'accompagnement de l'allaitement maternel débute pendant la grossesse mais se poursuit en post-natal pour soutenir et aider les femmes dans leur projet et ainsi favoriser l'initiation et la poursuite de l'allaitement.

La création d'un poste de consultante en lactation au sein de la maternité du CHU s'intégrerait totalement dans la mission d'accompagnement, d'écoute, de soutien et de valorisation des parents. Outre la qualité de prestation, allant du prénatal à la sortie de l'établissement et au-delà, c'est tout un environnement de bien-être et de sécurité à offrir aux familles.

Les objectifs d'une consultante en lactation sont les suivants : avoir un rôle de coordination auprès des équipes, faciliter la mise en place d'un projet commun, favoriser la cohérence dans les discours, soulager les équipes surchargées, offrir un suivi personnalisé en cas de problème.

Une définition du profil de poste d'une consultante en lactation est ainsi proposée. En prénatal, elle organiserait des cours en petits groupes d'information spécifique sur l'allaitement maternel, soit uniquement avec des femmes enceintes ou en y intégrant des femmes allaitantes qui pourraient partager leur expérience.

Durant l'hospitalisation, son rôle serait une évaluation complète d'une tétée et de son efficacité en partenariat avec la patiente et le personnel soignant, la mise en place d'un dossier spécifique « allaitement maternel », le suivi individuel en cas de difficulté d'allaitement ou de complications, une consultation de sortie (individuelle ou collective), un groupe de parole entre mères et professionnels.

En post-natal, elle effectuerait un suivi de l'allaitement par téléphone et des consultations spécifiques dans l'établissement.

Enfin, elle aurait un rôle de formation du personnel médical et paramédical.

Un entretien d'accueil pourrait être proposé aux patientes souhaitant allaiter dans le post-partum immédiat, en complément ou non de l'information reçue pendant la grossesse. Les professionnels de santé dans les suites de naissances sont les interlocuteurs incontournables pour soutenir leur choix. Il est clairement établi qu'un bon démarrage dans les premiers jours donne toutes les chances de faire de l'allaitement une expérience durable et satisfaisante pour la plupart des mères et des enfants.

Cet entretien pourrait donc être réalisé, grâce à une grille d'entretien standardisée à l'accueil dans le service de chaque patiente souhaitant allaiter, par une consultante en lactation mais aussi par les sages-femmes ou les auxiliaires de puéricultrice formées.

Le but est d'apporter un soutien efficace aux mères désirant allaiter. Il consiste à créer un moment privilégié de rencontre entre une personne du service dans les heures qui suivent l'arrivée de la maman. Ce temps d'échange permettra de lui apporter des informations précises sur la conduite de l'allaitement et le comportement du nouveau-né ; de faire le point sur ses connaissances et ses besoins. Ce moment privilégié permettra également de répondre à ses attentes et ses interrogations, et enfin de la rassurer quant à ses craintes. La sage-femme a un donc un rôle d'information qui permettra à la femme d'anticiper le séjour en maternité et d'être plus avertie en lui donnant ainsi des repères fondamentaux. Cet outil instaure aussi un suivi des femmes allaitantes pour leur permettre de mener à bien leur projet d'allaitement.

L'entretien d'accueil comporte ainsi 5 thèmes qui sont inspirés des recommandations de l'hôpital ami des bébés : la lactation, les positions de l'allaitement, la cohabitation mère-bébé 24h/24h, les rythmes du nouveau-né. La sage-femme informera également la patiente d'une chute de poids physiologique de son bébé les deux ou trois premiers jours, afin de la rassurer dans la pratique de son allaitement (*annexe III*).

Conclusion

L'allaitement maternel est une pratique intime et culturelle à replacer dans l'histoire de notre société. Mais il s'agit également d'une question de santé publique. Les sages-femmes ont une place prépondérante dans la promotion de l'allaitement maternel et dès la grossesse avec une information permettant aux patientes de faire un choix éclairé et leur donner des bases pour mener à bien leur allaitement.

Nos résultats et la synthèse de la littérature montrent que l'information anténatale augmente la durée de l'allaitement maternel. Même si nos résultats n'ont pas mis en évidence de différences significatives entre les deux stratégies d'éducation anténatale à cause du manque de puissance, les patientes ayant bénéficié d'une information spécifique ont été plus nombreuses à suivre un allaitement à 1 mois et 2 mois du post-partum et aussi à allaiter de façon exclusive.

De plus, les femmes ayant eu l'information spécifique ont retenu une impression de l'intervention à plusieurs niveaux et ont exprimé une plus importante satisfaction pour la mise en route de l'allaitement. Ainsi, les femmes ont particulièrement estimé les conseils pratiques, comme les différentes positions de l'allaitement, mais également le soutien qui leur a notamment permis d'être confortées dans leur choix.

Ce type d'intervention semble être une préparation satisfaisante pour les futures mères pour leur allaitement en complément d'une intervention postnatale ultérieure. Elle permet de sensibiliser les femmes avant la naissance de leur enfant sur les différents aspects de l'allaitement maternel et la nécessité de se faire conseiller et aider pendant celui-ci.

De la même façon où nous nous sommes intéressés à l'éducation anténatale, nous pourrions mener une réflexion qui permettrait aux sages-femmes de consacrer une partie plus importante de leur temps à l'accompagnement de l'allaitement maternel en services de suites de naissance. Un soutien post-natal est un complément indispensable à l'information anténatale.

Enfin, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité au sein des structures hospitalières une évaluation des pratiques professionnelles sur ce thème pourrait constituer un levier d'amélioration des pratiques d'accompagnement non conformes.

Un des buts serait d'une part d'améliorer l'accès à l'information et à l'éducation anténatale pour les personnes les moins favorisées au niveau socio-économique.

D'autre part, des actions pour améliorer la continuité de la prise en charge à la sortie de la maternité, en favorisant une utilisation plus systématique des associations d'usagers qui permettent un soutien de l'allaitement maternel. Aussi nous pouvons réfléchir à l'engagement d'une prise en charge médicale ville-hôpital, lorsque par exemple survient une complication pour éviter un sevrage précoce.

Et aussi, la participation des pères aux sources d'information sur l'allaitement maternel devrait être favorisée, car l'opinion des pères est un déterminant de la durée de l'allaitement.

Références
bibliographiques

1. Institut de Veille Sanitaire. *Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultat de l'étude Epifane, France, 2012*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012 ; 34 : 383-87.
2. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration (Review). *The Cochrane library* [en ligne] 2011; 11 < <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD006425.pub2/pdf> > (consulté le 10/11/2011).
3. Walburg V, Pierre A, Chabrol H. Effet d'une intervention prénatale de soutien et d'information sur la durée et le vécu de l'allaitement maternel. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* [en ligne] 2006 ; 16 (3) : 103-107 < <http://www.sciencedirect.com/sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1155170406702063> > (consulté le 12/11/2011).
4. J. Craig H, Dietsch E. 'Too scary to think about': First time mothers' perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education. *Women and Birth* [en ligne] 2010 ; 23 : 160-165 < <http://www.sciencedirect.com/sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1871519210000363> > (consulté le 20/11/2011).
5. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women and Birth* [en ligne] 2010 ; 23 : 135-145 < <http://www.sciencedirect.com/sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1871519210000211> > (consulté le 20/11/2011).
6. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli J.F, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr* [en ligne] 2008 ; 8 (8) : 807-815 < <http://www.sciencedirect.com/sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S0929693X01005395> > (consulté le 12/11/2011).
7. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Comulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr* [en ligne] 1998 ; 5: 489-96 < <http://www.sciencedirect.com/sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S0929693X99803121> > (consulté le 12/11/2011).
8. Dictionnaire Français Larousse. *Définition : allaitement* [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/allaitement%20> (consulté le 26/07/2012).
9. WikiMemoires. *L'allaitement maternel – Définitions de concept* [en ligne]. < <http://blog.wikimemoires.com/2011/04/definitions-de-concept-allaitement-maternel> > (consulté le 26/07/2012).
10. Organisation mondiale de la santé. *Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel*. Compte rendu d'une réunion informelle 11-12 juin 1991 Genève, Suisse. WHO/CDD/SER/91.14.

- 11.** Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en sante. *Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant* [en ligne]. Rapport mai2002.
< http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf > (consulté le 18/11/2011).
- 12.** Information pour l'allaitement (IPA). Taux durée d'allaitement et études sociologiques dans le monde et en France. Allaitement en chiffre IPA Lyon. 2001 ; 1-19.
- 13.** EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (révision)*. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. Luxembourg ; 2008.
- 14.** Ministère du travail de l'emploi et de la santé. *Plan national nutrition santé 2011-2015* [en ligne]. < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf > (consulté le 18/11/2011).
- 15.** Blondel B, Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010 Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003* [en ligne]. Mai 2011. < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf > (consulté le 16/11/2011).
- 16.** Université Médicale Virtuelle Francophone. *Anatomie de la glande mammaire* [en ligne].01/03/2011.<<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/mere-enfant/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-glandemammaire.pdf> > (consulté le 15/08/2012).
- 17.** Thirion M. *L'allaitement de la naissance au sevrage*. 3^{ème} édition. Paris : Albin Michel ; 2004. p 280.
- 18.** Neville M. *Physiology of lactation*. Clin In Perinat. 1999; 26: 251-75.
- 19.** Ministère en charge de la santé. *Autres publications L'allaitement maternel : Guide pratique à l'usage des professionnels de la santé* [en ligne]. 5/10/2010. < <http://www.sante.gouv.fr/autres-publications,7218.html> > (consulté le 18/05/2012).
- 20.** Haute autorité de sante. *Favoriser l'allaitement maternel processus-évaluation* [en ligne]. Juin 2006. < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf > (consulté le 18/11/2011).
- 21.** Newman J, Pitman T. *L'allaitement comprendre et réussir*. Paris : JACK Newman Communications ; 2006. 511 p.
- 22.** Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes, Centre Rhône- Alpes d'Etudes et de Prévention Sanitaire. *Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004/2006*. Juillet 2008.

23. Archabald K, Lundsberg L, Triche E, Norwitz E. *Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: Are they being addressed?*. J midwifery Women's Health. 2011 ; 56: 2-7.
24. Organisation mondiale de la santé. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* [en ligne].1999. < http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_fre.pdf > (consulté le 18/11/2011).
25. Professeur Turk D. *Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel « Plan d'action : Allaitement maternel »* [en ligne]. Rapport juin 2010. < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf > (consulté le 17/11/2011)
26. Ameli. *Le congé maternité* [en ligne]. < <http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/conges/le-conge-maternite/duree-du-conge-maternite.php> > (consulté le 19/09/2012).
27. Service-public. *Complément de libre choix d'activité* [en ligne]. < <http://vosdroits.service-public.fr/F313.xhtml> > (consulté le 10/08/2012).
28. Guigui G. *Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement*. Devenir [en ligne] 2007/3 ; 19 : 261-297.< http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=DEV_073_0261 > (consulté le 5/06/2012).
29. Association Sages-femmes et recherches (SFER). *Etude de l'impact de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement*. Les dossiers de l'obstétrique. 2000 ; 282 : 21-35.
30. James J. *Ready for birth- but what about breastfeeding ?*. Les dossiers de l'allaitement. 2001 ; 47 : 22.
31. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. *Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature*. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2009 ; 22 : 112-120.
32. Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Valle J, Weiss S, Patural H. *Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau périnatalité Loire-Nord Ardèche*. Gynécologie Obstétrique & Fertilité [en ligne] 2013 ; < <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2012.09.026> > (consulté le 01/02/2013).
33. Sable M, Patton C. *Prenatal Lactation Advice and Intention to Breastfeed : Selected Maternal Characteristics*. J Hum Lact. 1998 ; 14 (1) : 35-40.
34. Gremmo-Feger G. *À propos des données médicales de l'IHAB : Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ?*. Formation Co-Naitre. Conférence Première Journée Nationale sur l'Initiative Hôpital amis des bébés. Paris ; 2007.
35. Ego A, Dubos J.P, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy M.P, Louyot J, Codaccioni X. *Les arrêts prématurés d'allaitement maternel*. Archives de Pédiatrie. 2003 ; 10 (1) : 11-18.

- 36.** Gagnon AJ. *Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood.* (Cochrane Review). The Cochrane Library. 2002 ; 1 : Oxford: Update Software.
- 37.** Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK. *Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration.* JOGNN. 2006 ; 35(5) : 616-624.
- 38.** Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Tan P, Chan YH et al. *Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice : a randomized controlled trial.* Obstet Gynecol. 2007 ; 109(1) : 73-80.
- 39.** Su L, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT et al. *Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breastfeeding: randomised controlled trial.* BMJ Doi. 2007 ; 10 :11-36.
- 40.** L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). *Les villes, au coeur de la santé des habitants.* La santé de l'homme. 2010 ; 409 : 50-55.

Annexes

Annexe I : le recueil des participantes à l'étude

Marie BARTHELEMY

Adresse : 3 avenue du Marechal Leclerc, 63110 Beaumont

Contact tel/mail : 06 24 97 65 98 / barthelemymarie@sfr.fr

Madame,

Actuellement étudiante en 4ème année à l'Ecole de Sages-femmes de Clermont-Ferrand, je réalise une enquête sur le thème de l'allaitement, dans le cadre d'un mémoire de recherche, pour l'obtention de mon diplôme d'Etat.

Dans ce contexte, je sollicite votre participation. Un entretien téléphonique portant sur l'alimentation de votre enfant depuis la naissance vous sera proposé 2 à 3 mois après votre accouchement. Cet entretien téléphonique ne vous demandera que quelques minutes. Toutes les informations recueillies seront rendues anonymes et la confidentialité des échanges respectée.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. Si vous acceptez de participer, il vous suffit de remplir s'il vous plait le coupon réponse ci-dessous et de le remettre à la sage femme. Vos coordonnées et quelques questions complémentaires vous seront demandées dans ce coupon afin que je puisse vous recontacter.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à mon étude.

Cordialement.

Marie Barthélémy

✂ _____

Merci de remettre ce coupon à la sage-femme à la fin de la séance.

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone (fixe ou portable):

Adresse mail :

La date prévue de votre accouchement :/...../.....

Avez-vous d'autres enfants ? oui non

A ce jour qu'envisagez vous ? : Allaitement maternel (sein)

Allaitement artificiel (biberon)

Indécise

24-2/ Si vous allaitez et non reprise du travail, pensez vous continuer à la reprise du travail ?

oui

non

Projet d'allaitement

25/ Avec qui avez-vous suivi les séances d'information sur l'allaitement ?

.....

26/ A quel moment avez-vous décidé le mode d'alimentation pour votre bébé ?

avant la grossesse

en début la grossesse

après la séance d'information

à la fin de la grossesse

à la maternité

vous ne savez pas

27/ Pendant la grossesse si vous aviez un projet d'allaitement maternel, combien de temps souhaitiez vous allaiter ?

Vous-même

28/ Quel âge avez-vous ?

29/ Quel est votre situation familiale ?

seule

en couple

30/ Quel est votre niveau d'études

collège

lycée

supérieur au baccalauréat

31/ Vous habitez :

En ville

à la campagne

Satisfaction

32/ L'allaitement est (a été) pour vous une expérience :

- très positive
- plutôt positive
- plutôt négative
- très négative

33/ Pensez-vous que cet aide vous a permis d'allaiter plus longtemps ? oui non

34/ Qu'est-ce qui vous a le plus aidée et avez-vous des idées pour une meilleure aide à l'allaitement ?

.....

.....

.....

FIN

Je vous remercie de m'avoir accordé quelques minutes de votre temps pour répondre à mon questionnaire. Vos réponses me seront d'une grande utilité pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

Association Lact'écoute : 04 73 26 08 99. Laissez un message sur le répondeur, l'association vous recontactera.

Annexe III : support de l'entretien d'accueil

ENTRETIEN ALLAITEMENT

Le but de cet entretien est de donner à la patiente, dès son arrivée au service, les informations principales dont elle va avoir besoin lors de son séjour en maternité sur l'allaitement maternel et le comportement normal du nouveau-né.

Il sera effectué par la personne qui accueillera la patiente dans le service (auxiliaire de puériculture ou sage-femme).

L'entretien comporte 5 thèmes à aborder avec la patiente.

1) Les rythmes du nouveau-né

- période d'éveil durant les 2 heures qui suivent la naissance, puis sommeil fréquent pendant les 24 premières heures.

- pas de distinction entre nuit et jour, plus de phase d'éveil le soir et en 1^{ère} partie de nuit, plus de phase de sommeil en 2^{ème} partie de nuit et le matin.

Le rythme des tétées suit celui des éveils.

- Crise de pleurs fréquente la 2^{ème} nuit (nuit de la java) avec besoin très fréquent de téter.

2) La cohabitation maman – bébé 24h/24

- Elle permet à la mère et à l'enfant d'apprendre à se connaître

- Tétées à l'éveil quand le bébé montre qu'il est prêt à téter.

- Accès au sein sans restriction, éviter les sucettes.

- Importance du portage, du peau à peau qui rassure le bébé et stimule la lactation de la mère.

3) Les positions d'allaitement

- Bébé face à sa mère, bouche grande ouverte, prise d'une grande partie de l'aréole, tête légèrement défléchie, menton collé au sein, lèvres retroussées.

- Différentes positions possibles (position en Madone, Madone inversée, décubitus latéral, en « ballon de rugby »...)

- Demander à la maman d'appeler pour la 1^{ère} mise au sein

4) Le poids

- Chute de poids physiologique les 2 ou 3 premiers jours pouvant aller jusqu'à 10% du poids de naissance

- Reprise de poids à partir de J3

5) La lactation

- présence de colostrum les premiers jours, important pour la protection immunitaire du bébé et pour éviter la déshydratation.

- Importance des tétées fréquentes pour stimuler la lactation

- Montée laiteuse aux alentours de J3, pas de restriction des tétées pour un bon drainage des seins, restriction hydrique chez la maman totalement inutile.

La promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs des autorités sanitaires françaises car la France a un des taux d'allaitement le plus bas d'Europe. Une de leur recommandation est de proposer à toutes les femmes une information sur l'allaitement maternel pendant la grossesse.

Nos objectifs étaient de comparer les taux d'allaitement maternel et d'allaitement maternel exclusif entre deux stratégies d'éducation anténatale, information spécifique sur l'allaitement maternel versus préparation à la naissance et à la parentalité.

Et, d'autre part, d'évaluer la satisfaction sur l'information reçue.

Une étude observationnelle descriptive a été réalisée à partir d'une cohorte historique. L'échantillon se composait de 28 patientes ayant assisté à une information spécifique sur l'allaitement maternel et 21 patientes ayant assisté à des séances de préparation à la naissance. L'étude consistait à un entretien téléphonique semi-directif à 2 mois de l'accouchement.

Environ 80% de l'échantillon allaite à 1 mois, et 70% de façon exclusive. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes mais les patientes du groupe information spécifique allaitent plus que les autres. Le lien entre éducation et durée d'allaitement est difficile à établir, elle a plus d'influence sur la pratique d'un allaitement exclusif. L'information pendant la grossesse a eu significativement plus de bénéfice pour la mise en route de l'allaitement maternel chez les patientes ayant eu une information spécifique.

L'éducation anténatale fait partie pleinement de la compétence des sages-femmes et ne doit pas être négligée, elle peut avoir des effets positifs sur la conduite de l'allaitement. Le soutien anténatal doit s'accompagner d'un soutien post-natal adapté.

Mots clés

Allaitement maternel, éducation anténatale, préparation à la naissance, intervention.

The promotion of breastfeeding belongs to the objectives of the French Health Authorities because France has one of the lowest breastfeeding rate in Europe. One of their recommandation is to propose to all the women an information about breastfeeding during the pregnancy.

On one hand our objectives were to compare the rates of breastfeeding of an exclusive breastfeeding between two strategies of education during pregnancy : specific information about breastfeeding, preparation to the birth and the parenthood.

On the other hand, to evaluate the satisfaction about the received information.

An observational study has been realised from a patient sample. The group was composed by 28 patients who assisted to a specific information about breastfeeding and 21 patients who assisted to some trainings'preparation to the birth.The study consisted to a phone call based on multiple choice questions at 2 months from the pregnancy.

About 80% of the sample breastfeeds at one month, 70% all the time. There is no special difference between the groups but the patients of the specific information group breastfeed more than the others one. The link between education and breastfeeding time is difficult to establish, it has more influence on the practice of an exclusive breastfeeding. The information during the pregnancy has had significantly more benefits for the starting of breastfeeding to the patients who had a specific information.

The pregnancy's education belongs totally to the competence of the midwives and does not have to be forgotten , it can have positive effects on the breastfeeding arrangement. The pregnancy support has to be accompanied by a support adapted after the delivery.

Keywords

breastfeeding, pregnancy's education, birth preparation, intervention.