

# Impact d'une formation interne sur la prise en charge et la pérennisation de l'allaitement maternel

Noémie Giroud

► **To cite this version:**

Noémie Giroud. Impact d'une formation interne sur la prise en charge et la pérennisation de l'allaitement maternel. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00926389

**HAL Id: dumas-00926389**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00926389>**

Submitted on 9 Jan 2014

**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.



**SICD1**  
Bibliothèques  
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université  
Joseph Fourier**   
GRENoble  
**MEDECINE**

## AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**IMPACT D'UNE FORMATION INTERNE  
SUR LA PRISE EN CHARGE ET LA  
PERENNISATION DE L'ALLAITEMENT  
MATERNEL**

Etude pseudo expérimentale avant-après non contrôlée réalisée à la maternité du  
Centre Hospitalier de Voiron

Mémoire soutenu le 6 Septembre 2013

Par Noémie Giroud

Née le 31 Juillet 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2013

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**IMPACT D'UNE FORMATION INTERNE  
SUR LA PRISE EN CHARGE ET LA  
PERENNISATION DE L'ALLAITEMENT  
MATERNEL**

Etude pseudo expérimentale avant-après non contrôlée réalisée à la maternité du  
Centre Hospitalier de Voiron

Mémoire soutenu le 6 Septembre 2013

Par Noémie Giroud

Née le 31 Juillet 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2013



Je remercie les membres du Jury,

**Dr Pierre ANDRINI**, PH en pédiatrie et néonatalogie au CHU de Grenoble, président du Jury ;

**Mme Chantal SEGUIN**, directrice de l'école de sage-femme - Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

**Dr Valérie BELIN**, PH en pédiatrie et néonatalogie au CHU de Grenoble ;

**Mme Jocelyne DUJOURDIL**, sage-femme cadre, Clinique des cèdres ;

**Mme Laurence COMBET-BLANC**, sage-femme cadre enseignante – Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement,

**Mme Laurence COMBET-BLANC**, sage-femme cadre enseignante – Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, guidante de ce mémoire et de notre promotion,

*pour sa disponibilité, son écoute et ses petits conseils précieux tout au long de ses trois dernières années d'études et pour m'avoir permis de comprendre que lorsqu'une page se tourne une autre s'ouvre ;*

**Mmes Audrey ETIENNE et Evelyne DOUILLET**, consultantes en lactation à la maternité de Voiron, directrices de ce mémoire,

*pour nos échanges et leur implication durant l'élaboration de ce mémoire ;*

**L'ensemble de l'équipe de la maternité de Voiron,**

*pour leur implication et leur aide dans l'élaboration de ce mémoire ;*

**Les mamans et leur bébé,**

*pour leur participation à cette étude et pour leurs questions et réponses sur l'allaitement qui m'ont permis d'apprendre beaucoup sur ce sujet.*

Je remercie plus personnellement,

**Les membres de ma famille,**

*pour leur soutien et leur patience au cours de ces années d'études et de cette dernière ligne droite que représente l'élaboration d'un mémoire ;*

**Mes amis,**

*pour leur soutien, pour leur écoute, pour les nombreuses relectures de ce mémoire et pour tous les beaux moments partagés.*

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>II. POPULATION ET METHODE .....</b>	<b>4</b>
<b>II. 1. Type d'étude.....</b>	<b>4</b>
<b>II.2. Site de l'étude.....</b>	<b>4</b>
<b>II.3. Description de l'intervention.....</b>	<b>4</b>
<b>II. 4. Population .....</b>	<b>5</b>
<b>II. 5. Recueil de données .....</b>	<b>6</b>
<b>II. 6. Critères de jugement .....</b>	<b>8</b>
<b>II. 7. Variables recueillies .....</b>	<b>10</b>
<b>II. 8. Traitement des données et analyse statistique.....</b>	<b>11</b>
<b>III. RESULTATS .....</b>	<b>12</b>
<b>III. 1. Diagramme d'inclusion des patientes.....</b>	<b>12</b>
<b>III. 2. Contexte de l'enquête.....</b>	<b>13</b>
<b>III. 3. Enquête.....</b>	<b>14</b>
<i>III. 3. A. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales maternelles à l'inclusion .....</i>	<i>15</i>
<i>III. 3. B. Caractéristiques néonatales .....</i>	<i>16</i>
<i>III. 3. C. Taux de conformité.....</i>	<i>17</i>
<i>III. 3. D. Taux d'allaitement maternel dans la population étudiée.....</i>	<i>21</i>
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>23</b>
<b>IV. 1. Biais et limites .....</b>	<b>23</b>
<b>IV. 2. Discussion des résultats .....</b>	<b>25</b>



<i>IV. 2. A. Caractéristiques de la population</i> .....	25
<i>IV. 2. B. Taux de conformité</i> .....	28
<i>IV. 2. C. Taux d'allaitement</i> .....	35
<i>IV. 2. D. Ouverture</i> .....	39

<b>V. CONCLUSION</b> .....	<b>40</b>
----------------------------	-----------

<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>42</b>
--	-----------

<b>ANNEXES</b> .....	<b>45</b>
----------------------	-----------

<b>Annexe 1 : Affiche en salle d'accouchement</b> .....	<b>45</b>
---	-----------

<b>Annexe 2 : Affiche en suites de couches</b> .....	<b>46</b>
--	-----------

<b>Annexe 3 : Consentement des mères</b> .....	<b>47</b>
--	-----------

<b>Annexe 4 : Questionnaire rempli par les mères</b> .....	<b>48</b>
--	-----------

<b>Annexe 5 : Fiche de suivi en suites de couches (recto)</b> .....	<b>50</b>
---	-----------

<b>Annexe 6 : Fiche de suivi en suites de couches (verso)</b> .....	<b>51</b>
---	-----------

<b>Annexe 7 : Questionnaire à un mois</b> .....	<b>52</b>
---	-----------

<b>Annexe 8 : Questionnaire à trois mois</b> .....	<b>53</b>
--	-----------

<b>Annexe 9 : Diagramme d'inclusion du T1</b> .....	<b>54</b>
---	-----------

## **Liste des abréviations**

**AM** : Allaitement Maternel

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IHAB** : Initiative Hôpital Ami des Bébés

**CH** : Centre Hospitalier

**T1** : Premier Temps de l'enquête

**T2** : Deuxième Temps de l'enquête

**PEC** : Prise En Charge

**SA** : Salle d'Accouchement

**AP** : Auxiliaire de Puériculture

**AMe** : Allaitement Maternel exclusif

**AMp** : Allaitement Maternel partiel

**AA** : Allaitement Artificiel

**SF** : Sage-Femme

**PAP** : Peau à Peau

**APD** : Analgésie Péridurale

**AG** : Anesthésie Générale

# **I. Introduction**

L'allaitement maternel (AM) est un enjeu de santé publique en raison de ses bienfaits avérés pour l'enfant mais aussi pour la mère [1 ; 2 ; 3 ; 4]. C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandent un AM exclusif durant les six premiers mois de vie de l'enfant et sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans [1 ; 3 ; 4 ; 5].

En France selon l'étude Epifane (Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) de 2012, 69 % des femmes initiaient un AM. Ce taux diminue au cours des semaines pour atteindre un taux d'AM de 54% à un mois, de 28% à trois mois, de 15% à six mois de vie de l'enfant [6 ; 7 ; 8]. Ces chiffres sont très inférieurs à ceux trouvés dans la plupart des pays européens. En Suède, plus de 90% des femmes allaitent et le taux d'AM à six mois est supérieur à 70% [3].

De nombreux facteurs influencent la décision d'allaiter ou non son enfant et la durée de l'AM, notamment l'âge de la mère, le niveau socio-économique, le soutien de l'entourage, la précocité du choix d'allaiter ainsi que la participation à une préparation à la naissance ; mais également le vécu des allaitements précédents, le mode d'accouchement, le terme et le poids de l'enfant à la naissance... [6 ; 9 ; 10]

Les pratiques professionnelles autour de l'AM et plus particulièrement lors du séjour en maternité, ont un impact sur l'initiation et la pérennisation de l'AM. Le fait de favoriser une mise au sein précoce, un AM à la demande de l'enfant, ou encore la cohabitation mère-enfant et la non utilisation de tétine et/ou de sucette, participent à l'allongement de la durée d'allaitement maternel [11].

La formation du personnel soignant, dans le but de promouvoir l'AM, est citée dans de nombreuses recommandations. C'est le cas des recommandations de l'HAS [12], de l'OMS ainsi que de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) [13 ; 14].

En 2009, deux membres de la maternité du Centre Hospitalier (CH) de Voiron ont reçu une formation de conseillères en lactation. A partir d'avril 2011, elles ont formé une partie de l'équipe professionnelle sur ce sujet.

Dans le but d'améliorer cette formation interne et d'accompagner au mieux les mères faisant le choix d'un AM dans cette maternité, il semblait intéressant d'évaluer l'impact de cette formation sur l'initiation et la pérennisation de l'AM à Voiron.

Le premier temps de l'étude (T1) avait pour objectif principal de réaliser un état des lieux des pratiques d'accompagnement de l'AM au sein de cette maternité avant la formation interne en lactation [15]. Cette première étude a servi de support à l'information délivrée lors de la formation interne.

Dans le second temps de l'étude (T2), nous avons cherché à savoir si la formation interne en lactation a eu un impact sur la prise en charge (PEC) de l'AM dans cette maternité ainsi que sur sa pérennisation.

Notre hypothèse était que les taux de conformité de PEC par rapport aux pratiques recommandées par l'OMS et les taux d'AM ont évolué positivement après la formation interne d'une partie de l'équipe.

L'objectif principal était de comparer les taux de conformité de la PEC en salle d'accouchement (SA) et en suites de couches entre le T1 et le T2.

L'objectif secondaire était de comparer les taux d'AM à la sortie, à un et trois mois de vie de l'enfant entre le T1 et le T2.

## **II. Population et méthode**

### **II. 1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude quasi expérimentale avant-après non contrôlée.

### **II.2. Site de l'étude**

L'étude a été réalisée à la maternité du CH de Voiron. Il s'agit d'un établissement de type IIa qui a réalisé en moyenne 1600 accouchements par an sur les deux années de l'enquête (2011 et 2012).

### **II.3. Description de l'intervention**

La formation en lactation réalisée par les conseillères en lactation pour l'équipe de la maternité, avait plusieurs objectifs :

- harmoniser les pratiques en matière d'AM,
- actualiser et approfondir les connaissances,
- réfléchir sur des cas cliniques,
- renforcer le travail d'équipe et le partenariat avec les autres professionnels de santé.

Différents thèmes ont été abordés :

- des rappels : sur le fonctionnement de la lactation, des notions d'anatomie et de physiologie de la lactation, ainsi que sur la composition du lait et les bénéfices attendus pour les mères et leurs enfants,
- les conditions nécessaires pour un allaitement réussi : la première tétée en SA, les premiers jours de l'AM, les indications de compléments de lait, la fréquence des tétées, l'observation des tétées...
- d'autres thèmes plus spécifiques : les crevasses, un bébé absent et initiation de la lactation, l'allaitement de jumeaux ou de nouveau-nés macrosomes, prématurés...

## **II. 4. Population**

Nous avons inclus toutes les femmes ayant accouché à la maternité de Voiron et ayant initié un allaitement maternel à la naissance de leur enfant entre le 18 Juin 2012 et le 17 Septembre 2012.

Ont été exclus :

- les mères ayant un nouveau-né transféré en néonatalogie,
- les nouveau-nés ayant reçu un don de colostrum (tétée d'accueil),
- les mères ne parlant et/ou n'écrivant pas le français,
- les accouchements ambulatoires (séjour de moins de 24 heures),
- les mères ne pouvant pas être contactées par téléphone,
- les mères ayant présenté une grossesse multiple.

## **II. 5. Recueil de données**

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

En amont de notre étude, une réunion d'information a été réalisée afin de sensibiliser l'équipe soignante à l'étude et d'expliquer les modalités pratiques du recueil de données. Des affiches explicatives ont été déposées en salle d'accouchement [Annexe 1] et en suites de couches [Annexe 2].

Trois documents ont été distribués par l'équipe soignante en SA et restitués à l'auxiliaire de puériculture (AP) au moment du dernier bain.

Le premier document donnait aux patientes des explications sur le but de l'étude et présentait un encadré dans lequel elles pouvaient noter leur consentement et un numéro de téléphone auquel les contacter lors des enquêtes téléphoniques [Annexe 3].

Le deuxième document était un questionnaire comportant 17 questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées. Ont été recueilli les données sociodémographiques, les conditions d'accueil du nouveau-né en salle de naissance et le mode d'allaitement à la sortie de la maternité [Annexe 4].

Le troisième document nommé *Fiche de suivi en suites de couches* comportait un tableau de suivi de l'allaitement à la maternité [Annexe 5 et 6].

Ces documents avaient été testés avant le début du T1.

Ils ont été collectés une à trois fois par semaine par l'enquêteur lui-même.

Le nombre de mères allaitantes dans le service a été relevé chaque semaine sur les fiches de transmission des sages-femmes ainsi que sur les courriers de sortie des patientes ; ce qui nous a permis de contrôler nos données.

Deux entretiens téléphoniques ont été réalisés, par le même enquêteur, pour le suivi à un mois et à trois mois après la sortie de la maternité. Les tentatives de contact ont été répétées à cinq reprises à des dates et heures différentes de la journée avant abandon.

Le questionnaire à un mois comportait une première partie sur le mode d'allaitement actuel et une deuxième partie sur la survenue d'éventuelles difficultés d'allaitement, les motifs de sevrage du nouveau-né et la consultation avec un professionnel de santé. [Annexe 7]

Le questionnaire à trois mois comportait une première partie sur le mode d'allaitement actuel et une deuxième partie sur les motifs de sevrage du nouveau-né. [Annexe 8]

Les données ont été rendues anonymes à trois mois.

Des données concernant le personnel présent durant les deux temps de l'étude ont été aussi recueillies afin de connaître la stabilité de l'équipe et le pourcentage de personnel ayant reçu la formation.

L'ensemble des données du T1 ont été récupérées. Certaines ont fait l'objet d'une nouvelle analyse afin d'adapter au mieux les scores de conformité aux objectifs de l'enquête réalisée.



## **II. 6. Critères de jugement**

### Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal était le taux de conformité de l'accompagnement de l'allaitement en SA et en suites de couches. Ce taux de conformité a été établi à partir des recommandations de l'OMS et des critères IHAB [13].

### *Concernant la conformité de la prise en charge en SA :*

La prise en charge a été considérée comme conforme si elle comportait l'ensemble des éléments suivants:

- o un peau à peau (PAP) avec la mère réalisé dans les deux heures suivant la naissance,
- o une durée de PAP supérieure à 30 minutes,
- o une première mise au sein réalisée dans les deux heures du post-partum immédiat,
- o une première tétée réalisée au sein (soit dans les deux premières heures de vie soit plus tard en suites de couches),
- o l'habillage différé après la première tétée,
- o l'apport de vitamines différé après la première tétée.

Un score de conformité a été calculé en attribuant un point à chacune des variables recueillies. La PEC était conforme si le score était égal à six.

*Concernant la conformité de la prise en charge en suites de couches :*

La prise en charge a été considérée comme conforme si elle comportait l'ensemble des éléments suivants:

- o le nombre de mise au sein supérieur à huit tétées par jour durant tout le séjour à l'exclusion de J0 (jour de la naissance),
- o l'observation d'une tétée au moins une fois par jour par l'équipe durant tout le séjour,
- o la non utilisation ou l'utilisation d'un tire-lait sur indication médicale,
- o le non apport ou l'apport de complément de lait (maternel et/ou artificiel) sur indication médicale et donné à l'aide d'une méthode alternative d'alimentation (dispositif d'aide à la lactation DAL, tasse, cuillère, doigt, seringue),
- o l'absence de séjour en pouponnière,
- o un PAP réalisé durant le séjour,
- o la non utilisation de tétine/sucette.

Un second score de conformité a été calculé en attribuant un point à chacune des variables recueillies. La PEC était conforme si le score était égal à sept.

Critère de jugement secondaire :

Le critère de jugement secondaire était le taux d'AM exclusif et partiel à la sortie de la maternité, à un mois et à trois mois de vie de l'enfant.

A été considéré comme AM exclusif : l'apport unique de lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau (exception pour l'apport des vitamines D et K et des médicaments).

A été considéré comme AM partiel (AMp) : l'AM lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture [10].

## **II. 7. Variables recueillies**

- Des données sociodémographiques, telles que l'âge, la situation maritale, la nationalité et la profession. Nous avons classé :
  - dans la catégorie « col blanc » : les employées, les cadres, les professions intermédiaires, les professions intellectuelles,
  - dans la catégorie « col bleu » : les agricultrices, les ouvrières, les artisans,
  - dans la catégorie « autre » : les mères au foyer, les étudiantes, les femmes à la recherche d'un emploi.
- Les caractéristiques obstétricales et les antécédents d'allaitement,
- Des données concernant le nouveau-né,
- Des données concernant le séjour et l'allaitement,
- La présence nominative des sages-femmes (SF) et des AP au moment des deux temps de l'enquête.

Un taux de stabilité des SF a été calculé à partir du nombre d'équivalents temps plein présent lors du T1 et du nombre de SF présents lors des deux temps de l'enquête. Le même calcul a été fait pour le taux de stabilité des AP.

Le taux de formation de l'équipe a aussi été calculé.

## **II. 8. Traitement des données et analyse statistique**

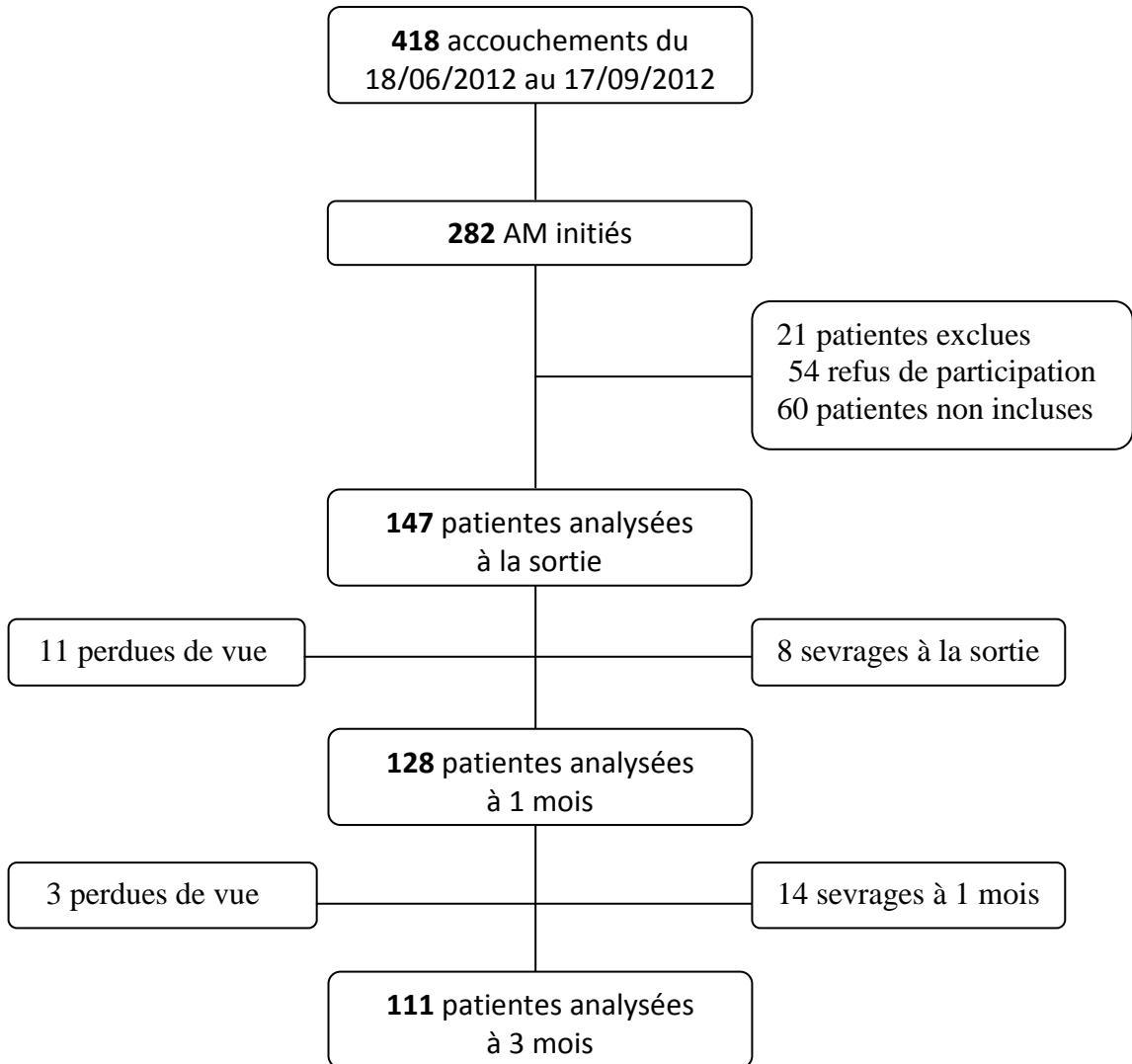
Le traitement des données et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel statview.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage, les variables quantitatives continues par la moyenne et l'écart type ou la médiane et l'espace interquartile.

En analyse univariée, nous avons utilisé le test du chi-deux pour la comparaison de pourcentage, remplacé par la probabilité exacte de Fischer en cas d'effectifs attendus inférieurs à 5, et le test paramétrique « t » de Student pour comparer les variables quantitatives continues entre les deux groupes. Le seuil de signification statistique retenu était de 0,05.

### III. Résultats

#### III. 1. Diagramme d'inclusion des patientes



**Figure 1 : Diagramme d'inclusion des patientes**

### **III. 2. Contexte de l'enquête**

Le taux de stabilité des SF entre le T1 et le T2 était de 86,2%.

Le taux de stabilité des AP entre le T1 et le T2 était de 87,5%.

Le taux de formation en lactation au sein de l'équipe était de 50% pour les AP et de 48% chez les SF au moment du T2.

Le taux de participation à l'enquête était de 52,1% lors du T2 versus 56,1% lors du T1.

- Ont été exclues de l'étude : 7,4% des mères au T2 versus 10,2% au T1.
- Ont refusé de participer à l'étude : 19,1% des mères au T2 versus 2,4% au T1.
- N'ont pas été incluses : 21,3% des mères au T2 versus 31,2% au T1.

### **III. 3. Enquête**

Entre les deux temps de l'enquête, les caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des femmes à l'inclusion ne différaient pas significativement sauf pour celles concernant la profession des mères ( $p < 0,05$ ).

Les mères étaient âgées en moyenne de 30 ans. Elles vivaient majoritairement en couple (96% lors le T2 et 93% lors du T1,  $p = 0,46$ ).

En ce qui concerne la participation à des cours de préparation à la naissance (dont une séance sur le thème de l'AM) : 51% des mères du T2 contre 49% du T1 ont bénéficié d'au moins une séance sur ce thème ( $p = 0,71$ ).

Elles étaient multipares dans 54% des cas. Lors du T1 : 97% d'entre elles ont au moins un antécédent d'AM versus 87% lors du T2 ( $p = 0,49$ ). La plupart d'entre elles avait allaité durant une période de trois à six mois (43,5% lors du T2 versus 41% lors du T1,  $p = 0,53$ ).

Le mode d'accouchement ne différait pas significativement entre les deux temps de l'étude. Les femmes ont accouché par voie basse à 88% lors du T2 et à 86% lors du T1 ( $p = 0,82$ ), elles ont bénéficié dans 62% des cas d'une APD.

Les caractéristiques des femmes à l'inclusion de notre étude sont regroupées dans le tableau I ci-dessous.

### III. 3. A. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales maternelles à l'inclusion

	<b>T2</b> <b>N2 = 147</b>	<b>T1</b> <b>N1 = 115</b>	<b>p</b>
<u>Age (e.t)</u>	30 ans (4,7)	30 ans (5,0)	0,23
< 20, % (n)	1,4 (2)	0,9 (1)	0,71
20-35, % (n)	82,3 (121)	77,4 (89)	0,41
> 35, % (n)	16,3 (24)	21,7 (25)	0,26
<u>Situation familiale, % (n)</u>			
mariée	42,2 (62)	41,7 (48)	0,46
vie maritale	53,7 (73)	51,3 (59)	
célibataire	4,1 (6)	7 (8)	0,46
<u>Nationalité, % (n)</u>			
française	97,3 (143)	97,4 (112)	0,96
autre	2,7 (4)	2,6 (3)	
<u>Profession, % (n)</u>			
col blanc	77,1 (111)	66 (76)	<b>0,05</b>
col bleu	4,9 (7)	4,3 (5)	0,85
autre	18 (26)	29,5 (34)	<b>0,04</b>
<u>Parité, % (n)</u>			
primipare	46,3 (68)	46 (53)	0,91
multipare	53,7 (79)	54 (62)	
<u>Antécédent d'AM, % (n)</u>	87,3 (69)	96,7 (60)	0,49
<u>Durée 1<sup>ers</sup> AM, % (n)</u>			
< 15 jours	1,5 (1)	6,7 (4)	0,18
15 jours-1 mois	4,3 (3)	6,7 (4)	0,70
1-3 mois	20,3 (14)	21,7 (12)	0,83
3-6 mois	43,5 (30)	40,0 (24)	0,53
> 6 mois	30,4 (21)	23,3 (14)	0,58
<u>Préparation à la naissance, % (n)</u>	51 (75)	48,7 (56)	0,71
<u>Mode d'accouchement, % (n)</u>			
voie basse	72,8 (107)	78,3 (90)	0,33
voie basse instrumentale	15 (22)	7,8 (9)	0,08
césarienne programmée	6,1 (9)	6,1 (7)	0,99
césarienne en urgence	6,1 (9)	7,8 (9)	0,79
<u>Analgésie, % (n)</u>			
APD	62,5 (92)	62,3 (71)	0,96
nubain	1,36 (2)	2,6 (3)	0,14
AG	1,36 (2)	0,9 (1)	0,06
autre	7,5 (11)	14,9 (17)	0,72
aucune	27,2 (40)	19,3 (22)	0,46

**Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales maternelles à l'inclusion**



### III. 3. B. Caractéristiques néonatales

	<b>T2</b> <b>N2 = 147</b>	<b>T1</b> <b>N1 = 115</b>	<b>p</b>
<u>Age gestationnel, % (n)</u>			
35-37 SA	1,4 (2)	0,9 (1)	0,25
37-41 SA	86,3 (126)	81,7 (94)	0,25
> 41 SA	12,3 (18)	17,4 (20)	0,71
<u>Poids de naissance, % (n)</u>			
2000-2500	4,1 (6)	2,6 (3)	0,42
2500-4000	89,8 (132)	88,7 (102)	0,81
> 4000	6,1 (9)	8,7 (10)	0,43
<u>Apgar à 1 minute, % (n)</u>			
< 6	4 (6)	9,6 (11)	0,07
> 6	96 (141)	90,3 (103)	
<u>Prélèvement de liquide gastrique, % (n)</u>			
oui	34,7 (51)	12,4 (14)	<b>&lt; 0,0001</b>

**Tableau II : Caractéristiques néonatales**

Les caractéristiques néonatales ne différaient pas significativement entre les deux temps de l'enquête.

Les nouveau-nés étaient majoritairement nés à terme (86% lors du T2 et 82% lors du T1,  $p=0,25$ ) et avaient majoritairement un poids de naissance compris entre 2500 et 4000g (90% au T2 et 89% au T1,  $p=0,81$ ).

Le prélèvement de liquide gastrique et/ou aspiration oro-naso-pharyngée a été réalisé chez 35% des nouveau-nés du T2 contre 12% du T1 ( $p<0,0001$ ).

### III. 3. C. Taux de conformité

#### **III. 3. C. a) En salle d'accouchement :**

La PEC en SA était conforme dans 63,9% au T2 versus 64,5% au T1 (p=0,93).

La moyenne obtenue sur ce score était de 4,8/6 lors du T2 contre 5,0/6 lors du T1.

	<b>T2</b>	<b>T1</b>	<b>p</b>
	<b>N2 = 147</b>	<b>N1 = 115</b>	
PAP en SA, % (n)	87,8 (129)	87,7 (100) *	0,73
Durée du PAP > 30 minutes, % (n)	78,2 (115)	75 (84) **	0,68
Première mise au sein dans les 2h du post-partum, % (n)	80,9 (119)	79 (91)	0,93
Première tétée réalisée au sein, % (n)	91,2 (134)	89,5 (102) *	0,27
Habillage différé après la première tétée, % (n)	72,1 (106)	72 (82) *	0,97
Apport de vitamines différé après la première tétée, % (n)	72,9 (107)	82 (91) ***	0,08

\* 1 donnée manquante

\*\* 3 données manquantes

\*\*\* 4 données manquantes

#### **Tableau III : Taux de conformité de SA**

Les taux de conformité des différents critères pris en compte dans ce premier score ne différaient pas significativement entre les deux temps de l'enquête.

La première tétée réalisée au sein était le critère ayant le taux de conformité le plus élevé lors des deux temps de l'enquête (91,2% au T2 et 89,5% au T1, p=0,27).

L'habillage différé après la première tétée était le critère ayant le taux de conformité le moins élevé 72% lors des deux temps de l'enquête (p=0,97).

### III. 3. C. b) En suites de couches :

La PEC était conforme dans 4.3 % des cas (soit six patientes) au T2, versus 1,9% (soit deux patientes) au T1 (p=0,28)

La moyenne obtenue sur ce score était de 4,8/7 au T2 contre 3.5/7 au T1.

	<b>T2</b> <b>N2 = 147</b>	<b>T1</b> <b>N1 = 115</b>	<b>p</b>
Nombre de mise au sein > 8 par jour durant le séjour (exclusion de J0), % (n)	38,2 (50) *****	19,1 (21) **	<b>0,0012</b>
Observation d'une tétée une fois par jour, % (n)	46,7 (64) *****	20,2 (22) ***	<b>&lt; 0,0001</b>
Compléments absents ou donnés avec indication médicale et par méthode alternative, % (n)	92,8 (129) ***	75,2 (82) ***	<b>&lt;0,0001</b>
Pas d'utilisation de tire-lait ou avec indication médicale, % (n)	98,5 (136) *****	100 (109) ****	0,25
Cohabitation 24h/24, % (n)	84,2 (117) ****	87,3 (96) **	0,48
PAP présent, % (n)	56,1 (78) ****	61,3 (68) *	0,41
Pas d'utilisation de sucette et/ou de tétine, % (n)	66,9 (93) ****	66,4 (73) **	0,93

\* 4 données manquantes

\*\* 5 données manquantes

\*\*\* 6 données manquantes

\*\*\*\* 8 données manquantes

\*\*\*\*\* 9 données manquantes

\*\*\*\*\* 10 données manquantes

\*\*\*\*\* 16 données manquantes

**Tableau IV : Taux de conformité en suites de couches**

Pour trois de ces critères de conformité, une différence statistiquement significative était présente entre les deux temps de l'enquête :

- Nombre de mise au sein supérieur à huit par jour durant le séjour (à l'exclusion de J0) était le critère ayant le taux de conformité le moins élevé lors des deux temps de l'enquête (38% au T2 versus 19% au T1,  $p=0,0012$ ),
- Observation d'une tétée une fois par jour : taux de conformité de 47% au T2 versus 20% au T1 ( $p<0,0001$ ),
- Compléments absents ou donnés avec indication médicale et par méthode alternative : taux de conformité de 93% au T2 versus 75% au T1 ( $p<0,0001$ ).

Concernant le critère observation des tétées une fois par jour durant tout le séjour :

Nous avons isolé la sous population des primo allaitantes et « antécédents d'allaitement maternel de moins de 15 jours », le taux de conformité était de 62% (44 patientes) au T2 versus 30,2% (16 patientes) au T1 ( $p= 0,0005$ ).

Concernant les compléments de lait, nous avons observé que :

- 30 nouveau-nés (20,4%) ont reçu au moins un complément de lait lors du T2 versus 30 nouveau-nés (26%) lors du T1 ( $p=0,28$ ),
- 4 (13,3%) de ces enfants ont reçu uniquement des compléments de lait maternel lors du T2 versus aucun lors du T1 ( $p=0,11$ ),
- 13 nouveau-nés (43%) ont reçu à la fois des compléments de lait maternel et de lait artificiel lors du T2 versus 7 nouveau-nés (23%) lors du T1 ( $p=0,10$ ).

La non utilisation d'un tire-lait ou son utilisation sur indication médicale était le critère ayant le taux de conformité le plus élevé lors des deux temps de l'enquête (98,5% au T2 et 100% au T1,  $p=0,25$ ).

Les bouts de sein ont été utilisés par 22,3% des mères au T2 ( $n=31$ ) contre 11% des mères au T1 ( $n=13$ ) ( $p=0,06$ ).

### III. 3. D. Taux d'allaitement maternel dans la population étudiée

	<b>T2</b> <b>N2 = 147</b>	<b>T1</b> <b>N1 = 115</b>	<b>p</b>
<u>A la sortie de la maternité, % (n)</u>			
AM	94,5 (139)	93 (107)	0,82
Dont AMe	92,5 (136)	89 (102)	0,29
Dont AMp	2 (3)	4 (5)	0,25
AA	5,4 (8)	7 (8)	0,63
<u>A 1 mois, % (n)</u>			
AM	81,9 (113) ****	76,4 (84) ***	0,14
Dont AMe	67,4 (93) ****	60 (66) ***	0,21
Dont AMp	14,5 (20) ****	16,4 (18) ***	0,57
AA	10,4 (14) ****	16,4 (18) ***	0,14
<u>A 3 mois, % (n)</u>			
AM	63,7 (76) *	50,9 (54) **	0,15
Dont AMe	48,9 (66) *	39,6 (42) **	0,34
Dont AMp	14,8 (20) *	11,3 (12) **	0,58
AA	18,5 (25) *	24,5 (26) **	0,18

\* 3 perdues de vue

\*\* 4 perdues de vue

\*\*\* 5 perdues de vue

\*\*\*\* 11 perdues de vue

#### **Tableau V : Taux d'allaitement maternel à la sortie, à 1 mois et à 3 mois**

Le taux d'AM initié à la maternité de Voiron était de 67,5% au T2 et de 76,8% au T1 (p=0,009).

A la sortie de la maternité, le taux d'AM exclusif était de 92,5% et celui de l'AM partiel était de 2% lors du T2 versus respectivement 89% et 4% lors du T1 (p=0,29 et p=0,25).

A un mois de vie de l'enfant, les taux d'AM ne différaient pas significativement entre les mères du T1 et celles du T2.

- Le taux d'AMe était de 67% au T2 versus 60% au T1 (p=0,21),

- Le taux d'AMp était de 14,5% au T2 versus 16% au T1 (p=0,57),

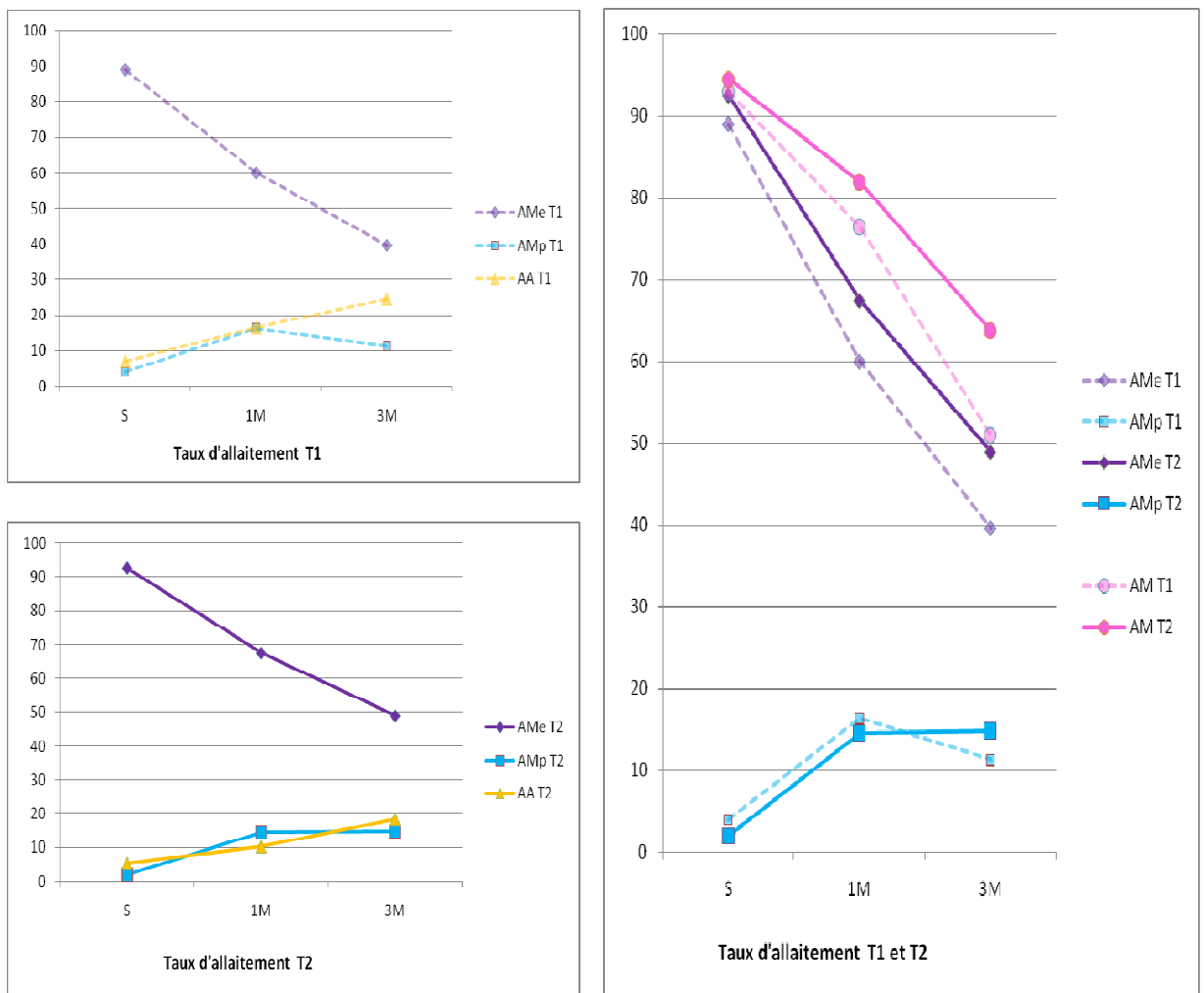
Soit un taux d'AM de 82% au T2 versus 76% au T1 (p=0,14).

A trois mois de vie de l'enfant, les taux d'AM ne différaient pas significativement entre les mères du T1 et celles du T2.

- Le taux d'AMe était de 49% au T2 versus 40% au T1 ( $p=0,34$ ),
- Le taux d'AMp était de 15% au T2 versus 11% au T1 ( $p=0,58$ ),

Soit un taux d'AM de 64% au T2 versus 51% au T1 ( $p=0,15$ ).

Cette évolution des taux d'allaitement est représentée dans la figure 2



**Figure 2 : Taux d'allaitement du T1 et du T2**

## **IV. Discussion**

### **IV. 1. Biais et limites**

L'analyse de nos résultats montre que notre étude comporte des limites et des biais.

#### **Notre étude comporte plusieurs biais de sélection :**

En effet, nous avons 21% des mères allaitantes qui n'ont pas été incluses dans l'enquête lors du T2 et 31% lors du T1.

Afin d'inclure la totalité des femmes allaitantes au sein de notre étude et de limiter le biais de mémorisation, le questionnaire devait être distribué en SA par l'équipe présente. Nous avons fait le choix d'organiser une distribution des documents la moins contraignante possible pour l'équipe et de ne pas tracer nominativement la distribution de ces documents. De ce fait, il ne nous a pas été possible de savoir si les mères n'ayant pas répondu au questionnaire avaient reçu l'information en SA et choisi de ne pas participer ou si elles sont parties de la maternité avec les documents.

Afin de sensibiliser l'équipe, plusieurs réunions d'information avaient été réalisées, des affiches avaient été disposées dans le service (Annexes 1 et 2), les documents avaient été imprimés sur des feuilles de couleur de façon à être plus voyants. Les mêmes documents que lors du T1 ont été utilisés pour que l'équipe associe les affichettes à l'enquête « allaitement ». De plus, l'enquêteur s'était rendu dans le service une à trois fois par semaine pour participer à la distribution des questionnaires. Au final, notre taux de participation atteint 52% ce qui est satisfaisant.



Nous avons exclu de l'étude les mères ne parlant et/ou n'écrivant pas le français. La population de notre étude n'est donc pas représentative de la population ayant accouché à Voiron durant les deux temps de l'enquête.

De plus, cette formation interne a eu lieu uniquement à la maternité de Voiron. Notre étude étant mono-centrique, nous ne pouvons donc pas exporter nos données. La validité externe est donc faible.

#### Notre étude comporte aussi un biais du au questionnaire

Lors de notre étude nous avons pu constater que l'une des questions posées aux mères dans le questionnaire avait pu être mal interprétée. Cette difficulté concernait l'item sur l'habillage différé après la première tétée (Annexe 4). Certains des questionnaires nous ont été retournés avec les deux possibilités de réponse cochées et des annotations telles que : « il a été pesé avant et habillé après ».

Nous avons donc fait le choix de considérer que le critère concernant l'habillage différé après la première tétée avait été respecté si ce genre de précision était noté et si l'enfant avait uniquement été pesé avant la tétée.

#### Une autre limite à cette enquête :

A cause du délai qui nous était imparti, nous ne pouvions attendre que l'ensemble de l'équipe ait reçu la formation. En effet, une prochaine session de formation se déroulera en octobre 2013.

Le taux de formation au sein de l'équipe était de 50% pour les SF et de 48% pour les AP au moment de notre enquête. Néanmoins, nous avons pu observer des différences statistiquement significatives dans l'accompagnement de l'AM à la maternité de Voiron.

De plus, les taux de stabilité au sein de l'équipe sont élevés, 86% pour les SF et 87,5% pour les AP.

## **IV. 2. Discussion des résultats**

### **IV. 2. A. Caractéristiques de la population**

#### **Concernant les mères à l'inclusion :**

Les chiffres retrouvés dans notre enquête sont assez proches de ceux de l'enquête périnatale (EP) de 2010 [16], pour ce qui est de l'âge maternel (30 ans pour le T1 et le T2 versus 29,9 ans pour l'EP), de la primiparité (46,3% au T2 et 43% au T1 versus 43,4% dans l'EP) et des mères célibataires (4,1% au T2, 7% au T1, différence non statistiquement significative, versus 7,2% pour l'EP).

Par contre, ils diffèrent en ce qui concerne la nationalité, 2,7% des mères étaient de nationalité étrangère au T2 et 2,6% au T1, versus 13,4% pour l'EP. Cette différence s'explique par le fait que nous avons exclu de l'étude les femmes ne parlant et/ou n'écrivant pas le français.

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

Dans notre enquête, nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative entre les deux temps en ce qui concerne la plupart des caractéristiques obstétricales et sociodémographiques maternelles à l'inclusion. Ces différentes caractéristiques sont connues pour avoir une influence sur l'initiation et la pérennisation de l'AM [6 ; 9 ; 10]. L'âge moyen des mères par exemple (qui est de 30 ans lors des deux temps de l'enquête) est un des critères influençant le plus fortement l'AM. Mais aussi le fait de vivre en couple, les antécédents d'AM ou le fait d'avoir participé à des séances de préparation sur le thème de l'AM.

Une seule de ces caractéristiques pourrait être un facteur de confusion. En effet, il existe une différence statistiquement significative concernant le type de profession des mères ( $p < 0,05$ ). Cette différence concerne la catégorie « col blanc » (les employées, les cadres, les professions intermédiaires, les professions intellectuelles) et la catégorie « autre » (les mères au foyer, les étudiantes, les femmes à la recherche d'un emploi).

Or le niveau socio-économique des mères est un critère qui a une influence importante sur l'AM. Les résultats de différentes études semblent montrer que plus le niveau socio-économique est faible, plus le taux d'initiation d'AM est faible et le risque de sevrage précoce élevé [6 ; 9 ; 10].

Dans notre étude, le niveau socio-économique serait plus élevé. Cependant la différence retrouvée ne concerne que la profession pratiquée par la mère or le niveau socio-économique dépend d'un grand nombre d'autres facteurs (la profession du père, le niveau d'étude, le revenu du ménage) ; facteurs que nous n'avons pas recueillis. Il se pourrait alors que sur ce critère nos deux populations de mères à l'inclusion ne soient pas si différentes.

#### Concernant les nouveau-nés à l'inclusion :

Les caractéristiques néonatales ne différaient pas significativement entre le T1 et le T2 sauf en ce qui concerne le prélèvement de liquide gastrique et/ou aspiration oro-naso-pharyngée.

Ce prélèvement a été réalisé chez 35% des nouveau-nés du T2 contre 12% du T1 ( $p < 0,0001$ ).

En 2005, une étude a été réalisée à la maternité de Voiron concernant deux facteurs influençant la mise en route de l'AM : les soins en SA et l'utilisation de suppléments alimentaires [18].

Dans cette étude, 64% des enfants (42 sur 66) avaient bénéficié d'une aspiration oro-naso-pharyngée. Cette aspiration était faite en routine lors des premiers soins à l'enfant. Soixante-neuf pour cent des enfants aspirés avaient

rencontré des difficultés d'allaitement contre 36% pour ceux qui ne l'avaient pas été, différence statistiquement significative ( $p=0,03$ ). Ce résultat venait confirmer l'hypothèse que des gestes intrusifs non justifiés peuvent compromettre le réflexe de succion et la mise en place de l'AM.

Les recommandations actuelles précisent que les nouveau-nés bien portants ne nécessitent pas d'aspiration et que cette pratique systématique doit être abandonnée. Elle devrait être réservée au cas de détresse respiratoire et d'encombrement ou sur avis pédiatrique. De même, les aspirations gastriques doivent être réservées au dépistage de l'atrésie de l'œsophage sur facteur de risque et au prélèvement à visée bactériologique [17].

Dans notre enquête, nous avons constaté que ce pourcentage est nettement inférieur par rapport à 2005 (35% lors du T2 versus 64%) ; cependant on constate une hausse statistiquement significative de ce chiffre par rapport au T1 (35% vs 12%).

On peut supposer que suite à l'étude de 2005, qui avait permis d'établir un nouveau protocole de PEC des nouveau-nés en SA, un changement des pratiques s'était effectué. En outre, en 2009, le Réseau Périnatal Alpes-Isère (RPAI) a initié un groupe de travail sur « l'accueil du nouveau-né en salle de naissance », auquel ont participé activement un pédiatre, une sage-femme, une auxiliaire de puériculture de l'équipe. Un nouveau protocole a vu le jour et a été présenté à l'équipe [17]. En 2011, le RPAI a évalué l'application du protocole, il a été retrouvé 39% d'aspiration gastrique [19]. Ce chiffre est proche de celui du T2 (35%). Le T1 a eu lieu en 2011 lui aussi, le faible taux d'aspiration gastrique retrouvé ne semble donc pas correspondre aux chiffres du RPAI sur cette même année. Lors du T1, ce taux a probablement été sous estimé.

L'évolution de ce taux depuis 2005 est importante passant de 64% en 2005 à 35% en 2012 lors du T2 de notre enquête. Ce taux évolue à la baisse suite aux études et aux protocoles réalisés dans cette maternité.

Les résultats de notre enquête permettront sans doute de réactiver les acquis des études et formations précédentes en ce qui concerne la PEC en SA.

## IV. 2. B. Taux de conformité

### En salle d'accouchement :

Les taux de conformité des différents critères pris en compte dans ce premier score ne différaient pas significativement entre les deux temps de l'enquête.

On ne constate pas de différence dans la PEC de l'AM en SA.

Ces différents critères avaient déjà des scores de conformité élevés lors du T1 (supérieurs à 72%). La PEC en SA était conforme dans 63,9% des cas au T2 versus 64,5% au T1 ( $p=0.93$ ). Ce qui est un taux de conformité élevé. Les moyennes obtenues pour ce même score sont aussi élevées lors des deux temps de l'enquête environ cinq sur six.

### *Le peau à peau :*

Selon l'étude réalisée à Voiron en 2005 [18], 56% des dyades mère-enfant avaient bénéficié d'un contact en PAP à la naissance (63% des accouchements par voie basse et 33% des césariennes). Cette population avait rencontré moins de problèmes au cours des premières mises au sein (46% contre 76%, différence statistiquement significative,  $p=0,03$ ). Le fait de ne pas avoir pu faire de PAP immédiatement avait pour conséquence une augmentation significative du recours à des compléments de lait (53% contre 30,6%  $p<0,01$ ).

Nous constatons donc, qu'en plus des bénéfices reconnus du PAP, tels que l'adaptation thermique, le renforcement du lien mère-enfant... il a aussi un impact sur la mise en place de l'AM et sur sa pérennisation. En effet, les mères qui rencontrent des difficultés avec leur AM dès la maternité ont un risque élevé de sevrage précoce [12 ; 15].

Dans notre enquête, 88% des nouveau-nés ont pu bénéficier du PAP dans les deux heures suivant leur naissance. Cette différence s'explique par le fait que

dans l'étude de 2005, les chiffres font référence à un PAP immédiat après la naissance.

Dans certains cas l'activité est telle que mettre un enfant en peau à peau sur sa mère n'est pas conforme aux recommandations. En effet, celui-ci ne peut être réalisé que si le nouveau-né et sa mère répondent à des critères bien particuliers (né à terme et sans pathologie...). De plus, les conditions doivent être suffisantes pour pouvoir le surveiller de façon régulière [17 ; 19].

Ces difficultés dues à l'activité sont aussi citées dans une autre étude réalisée à la maternité de Voiron par le Réseau Périnatal Alpes-Isère en 2011. Les SF et les AP déclarent que le PAP est proposé systématiquement mais 29% citent des difficultés à sa réalisation liées à l'activité en SA et au manque de disponibilité [19].

#### *L'habillement différé :*

Dans notre enquête, c'est le critère qui a le taux de conformité le plus bas (72%). Or comme nous l'avons vu dans la partie biais et limites, la conformité de ce critère a sans doute été minorée du fait de la mauvaise formulation de la question.

#### *Score de conformité global :*

Parfois lors d'une PEC, l'équipe doit choisir entre deux injonctions contradictoires. Dans le cas de l'accompagnement de l'AM : favoriser l'initiation de l'AM (PAP) et éviter un accident grave du nouveau-né en SA. Notre étude n'a pas tenu compte des contre indications au PAP et plus particulièrement de la charge de travail [17].

Nous avons donc minoré certains des taux, ce qui a pu baisser le score de conformité global.

La PEC en SA, de par son taux de conformité élevé aux recommandations actuelles, implique que tout est mis en place à ce stade de la PEC pour favoriser l'initiation et la pérennisation de l'AM à la maternité de Voiron.

#### En suites de couches :

Les taux de conformité des différents critères pris en compte dans ce second score présentent des différences statistiquement significatives entre les deux temps de l'enquête.

On constate une amélioration de la conformité de la PEC de l'AM en suites de couches. Les pratiques professionnelles ont donc évolué positivement entre les deux temps de l'enquête.

Cependant ces chiffres restent tout de même faibles. En effet, la PEC n'est conforme que dans 4,3% des cas lors du T2 (contre 1,9% lors du T1). Les scores moyens obtenus sont de 4,8/7 au T2 contre 3,5/7 au T1.

Trois des critères de conformité recueillis présentaient une différence statistiquement significative :

- le nombre de mise au sein supérieur à huit par jour durant le séjour (à l'exclusion de J0),
- l'observation d'une tétée une fois par jour,
- les compléments absents ou donnés avec indication médicale et par méthode alternative.

### *Nombre de mise au sein par jour :*

Selon l'International Lactation Consultant Association (ILCA), nous avons retenu huit tétées par jour comme étant le minimum de tétées pour les nouveau-nés comme critère conforme de mise au sein [20].

Ce chiffre de huit tétées par jour est concordant avec d'autres études. Certaines d'entre elles ont mis en évidence que la pratique d'un allaitement à horaires fixes est associée à une réduction de la durée de l'allaitement (Labarère 2001). Les experts recommandent donc un allaitement à la demande. De même, la promotion d'un allaitement fréquent a une influence positive sur sa durée (Peters 2005) [21].

De plus, on retrouve ce chiffre dans le calcul du Breastfeeding Assessment Score (BAS). Ce score se calcule à partir de huit items. La note obtenue pouvant aller de moins six à plus dix. Un score inférieur à huit reflète un risque accru de sevrage précoce. Concernant l'item fréquence des tétées, la note maximale est attribuée lorsque le délai entre les mises au sein est de moins de trois heures (soit plus de huit tétées sur 24 heures) [22].

Nous le retrouvons aussi dans un article (« *les premiers jours* ») paru dans les cahiers de l'allaitement n°1, qui préconisait qu'un minimum de huit tétées efficaces devrait être considéré comme la norme [15].

Concernant ce critère, nous avons choisi d'exclure J0. En effet, ce taux risquait d'être influencé par l'heure de naissance ; un enfant né à 23h ne pourra pas bénéficier du même nombre de tétées dans la journée qu'un enfant né à 7h.

De plus, nous avons observé lors du T1, que huit tétées minimum à J0 et à J1 ne semblaient pas refléter une réalité du terrain. En effet il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées [15].

Ce taux de conformité a augmenté significativement. La formation semble avoir permis à l'équipe d'informer plus les mères en ce qui concerne l'AM à la demande c'est-à-dire dès les premiers signes d'éveil afin de favoriser la lactation. Or, l'allaitement à la demande, la reconnaissance des signes d'éveil est une condition essentielle à la pérennisation de l'AM.



Ce critère reste néanmoins celui qui a le taux de conformité le moins élevé (38% au T2 versus 19% au T1,  $p=0,0012$ ). La formation n'étant pas actuellement terminée il serait intéressant que les conseillères en lactation insistent sur ce critère lors des prochaines sessions.

#### *Observation des tétées :*

En ce qui concerne ce critère, nous avons vu qu'il existe une différence significative entre les deux temps de l'enquête. Cette différence est aussi significative lorsque l'on prend en compte la notion de primo allaitement ou d'antécédent d'AM de moins de 15 jours dans le calcul du taux de conformité.

Nous avons choisi d'isoler cette sous population car ce sont ces mères qui nécessiteraient le plus d'accompagnement lors de l'initiation de leur allaitement. Nous retrouvons cette notion dans le calcul du BAS (Breastfeeding Assessment Score). En effet, un item concerne cette sous population. L'item est intitulé « expérience antérieure d'AM », deux points sont accordés si l'AM précédant était un succès, zéro si c'était un échec et un point si c'est un primo allaitement [22]. Rappelons qu'un score inférieur à huit reflète un risque accru de sevrage précoce, nous constatons donc que cette sous population nécessite d'être plus accompagnée lors de l'initiation de l'AM.

Nous constatons que cette sous population est bien ciblée en ce qui concerne ce critère. En effet, le score de conformité pour ce sous groupe est de 62% au T2 versus 30,2% au T1. Ce score n'est que de 46,7% et 20,2% (respectivement) pour l'ensemble de la population étudiée.

Cependant, il ne faut pas oublier que chaque dyade mère-enfant nécessite un accompagnement adapté. Une mère ayant déjà eu un ou plusieurs antécédents d'AM favorables, peut avoir besoin lors d'un nouvel allaitement d'un accompagnement plus important qu'on ne le supposerait initialement au vu de ses antécédents.

L'observation d'une tétée est un moment privilégié où un membre de l'équipe prend le temps d'expliquer à la mère comment se positionner confortablement et

surtout comment positionner son enfant pour qu'il prenne correctement le sein et ait une succion efficace. Or une bonne position au sein est un facteur de prévention déterminant pour l'initiation et la poursuite de l'AM. En effet, une succion inefficace et/ou mal positionnée peut entraîner des tétées douloureuses, des lésions du mamelon [10 ; 12 ; 15] ainsi qu'un manque de lait. Ces douleurs peuvent contribuer à un arrêt prématuré de l'AM [12 ; 15] et le manque de lait était l'une des principales causes de sevrage retrouvée lors du T1 [15].

On constate à quel point ce critère peut avoir un impact important sur l'initiation et la pérennisation de l'AM.

#### *Les compléments de lait :*

L'utilisation de compléments n'est pas sans conséquences sur l'AM. Les recommandations actuelles préconisent donc de donner des compléments de lait uniquement dans certaines situations bien définies : sur indication médicale et en informant les mères des conséquences éventuelles que ce don de complément peut entraîner (retard de l'établissement de la lactation, confusion sein/tétine...). Le don de lait maternel est à privilégier et les compléments doivent être donnés à l'aide d'une méthode alternative (seringue, DAL...) [18].

En effet, dans l'étude de Branger, le recours aux compléments en maternité est associé à une durée d'allaitement beaucoup plus courte (six semaines contre 13 semaines,  $p < 0,01$ ). Cette observation a été démontrée à travers d'autres études également (Anaes 2002) [21].

Dans une étude de la DRASS qui s'intéressait aux pratiques en Rhône-Alpes en 2004 et 2006, 45% des nouveau-nés avaient reçu des compléments (dont 15% un seul) [23].

Dans l'étude de 2005 réalisée à Voiron [18], 36% des nouveau-nés avaient reçu un ou plusieurs compléments de lait (100% avec un DAL ou autre système recommandé). Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans notre enquête (20,4% au T2 et 26% au T1). On constate une diminution de ce taux, les résultats

obtenus lors de ces études et les recommandations abordées lors de la formation semblent avoir eu un impact positif sur les pratiques professionnelles concernant ce critère.

Dans notre enquête, nous avons observé que ce critère présentait un taux de conformité plus élevé lors du T2 (92,8% versus 75,2% lors du T1), ce qui constitue un changement de pratiques. Nous avons aussi observé d'autres différences dans les pratiques professionnelles (non statistiquement significatives). En effet, lors du T2, les enfants qui ont reçu au moins un complément de lait, ont bénéficié plus souvent de don de lait maternel. Cette différence est observée pour le don de lait maternel seul (13,3% contre 0%) et pour les dons de lait artificiel et de lait maternel associés (43% contre 23%).

#### *Les bouts de sein :*

L'utilisation de bout de sein lors des tétées n'était pas un critère cité dans les recommandations de bonnes pratiques. Nous ne l'avons donc pas pris en compte dans le calcul du score de conformité global. Cependant il serait intéressant de savoir si leur utilisation était conforme (justifiée, encadrée et de courte durée) car le pourcentage de mères les utilisant est élevé. Ce chiffre a augmenté de façon non statistiquement significative entre les deux temps de l'enquête passant de 11% à 22% en un an.

Lors du T2, nous avons interrogé les mères concernant cette utilisation. Les motifs les plus souvent évoqués étaient : les crevasses, les douleurs lors des tétées et un choix personnel (utilisation lors des AM précédents).

Rappelons seulement, que le recours à l'utilisation d'un bout de sein doit rester quelque chose d'épisodique. Il ne doit pas être la solution privilégiée face à une douleur ou à une crevasse qui pourrait être efficacement corrigée par un meilleur positionnement de l'enfant lors des tétées.

Il aurait été intéressant de savoir si les mères utilisaient toujours ce bout de sein à la sortie de la maternité ou si cela n'avait été le cas que de façon épisodique. Lors des entretiens téléphoniques réalisés à un mois de vie de l'enfant, un certain nombre de mères indiquaient l'utiliser encore de façon régulière et certaines même à chaque tétée.

#### IV. 2. C. Taux d'allaitement

Selon l'enquête périnatale de 2010, le taux d'AM initié en France est de 68,7% dont 60,2% d'AM exclusif [16].

Le taux d'AM (exclusif et partiel) initié en 2004, en Isère, était de 70%. En Rhône-Alpes, ce taux était de 68,5% [6 ; 24].

Selon l'enquête Epifane de 2012, 69,1% des mères initient un AM (59,7% AMe et 9,3% un AMp).

Le taux d'AM initié de notre population était de 67,5% au T2 et de 76,8% au T1 ( $p=0,009$ ).

Nous pouvons constater que lors du T1, ce taux était supérieur aux taux national, régional et départemental [6 ; 20]. Le taux du T2 est plus proche des chiffres retrouvés dans les études citées. Il existe néanmoins une différence statistiquement significative entre les deux temps de notre enquête. Notre étude s'est déroulée sur une période de trois mois, à un moment différent de l'année par rapport au T1. Cette différence n'aurait peut être pas été retrouvée si les deux temps avaient eu lieu à la même période ou si ils avaient été réalisés sur une année entière. Cependant, nous constatons que même si moins de mères allaitent au T2, elles ont tendance à allaiter plus longtemps.

Dans notre enquête, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre le T1 et le T2 en ce qui concerne les taux d'AM à la sortie, à un et à trois mois.

*A la sortie de la maternité :*

Nous avons observé que le taux d'AMe était légèrement plus élevé lors du T2 par rapport au T1. Même si moins de mères font le choix d'un AM lors du T2, elles auraient plus tendance à allaiter de manière exclusive par rapport au T1.

*A un mois :*

Le taux d'AM dans notre population était de 82% au T2 et 76% au T1.

Ces taux sont supérieurs à ceux trouvés dans les études récentes.

En effet, dans l'étude Epifane, 35,4% des mères pratiquent un AMe et 19% un AMp à un mois. Soit un taux d'AM de 54,4%.

En 2004, le taux d'AM à un mois était de 47% et en Rhône-Alpes, ce taux était de 51% [3 ; 24].

*A trois mois :*

Le taux d'AM dans notre population du T2 était de 64% et celui du T1 de 51%.

Ces taux sont eux aussi supérieurs. En effet, en France, en 2004, le taux d'AM à trois mois était de 30% et en Rhône-Alpes, il était de 28%.

Dans notre enquête, le taux d'AM diminue au profit d'un AMp et d'un allaitement artificiel qui augmentent régulièrement au fil des semaines (Figure 2).

Cependant, l'AM reste le mode d'alimentation le plus utilisé pendant les trois premiers mois, contrairement aux données nationales [24].

Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que dans notre enquête, nous avons une population avec des critères plutôt favorables pour l'AM.

En effet, nous avons vu précédemment que de nombreux facteurs ont une influence sur l'initiation et la pérennisation de l'AM. Dans notre enquête, les mères exerceraient des professions correspondant à des niveaux d'études plus élevés. Selon une analyse multivariée, plus le niveau d'étude est élevé plus les mères sont susceptibles d'allaiter et plus la durée de l'AM est longue [4 ; 15 ; 24]. Cela pourrait expliquer le fait que les taux d'AM sont supérieurs aux données nationales. Cependant, cette notion est contrebalancée par le fait que la reprise du travail est un des principaux facteurs de sevrage.

Il aurait été intéressant de collecter des informations plus précises sur le niveau d'étude des mères, sur le niveau socio-économique du couple ou de la mère seule et sur la reprise du travail (date, possibilité de tirer son lait...).

De plus, dans notre enquête, les mères qui avaient un ou plusieurs antécédents d'AM constituaient un groupe plus favorable à l'AM. Lors du T2, 87,3% des multipares avaient déjà allaité (96,7% lors du T1). Parmi elles, 43,5% ont allaité pendant un période de trois à six mois (41,3% au T1) et 30,4% allaitaient encore à six mois et plus (24,1% au T1). Or en France, seulement 14% des enfants sont encore allaités à six mois

Nous constatons donc que lors des deux temps de l'enquête nos populations étaient composées de multipares ayant déjà eu des AM beaucoup plus longs que la population générale, donc ayant déjà une bonne expérience de l'AM.

Dans notre enquête, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative en ce qui concerne les taux d'AM. Lors du T2, nous avons trouvé des différences significatives en ce qui concerne la PEC en suites de couches. La formation interne a permis d'améliorer cette PEC de l'AM à la maternité de Voiron. Les résultats n'étant pas statistiquement significatifs pour les taux d'AM, nous ne pouvons pas conclure que cette formation a eu un réel impact

sur les taux d'AM à la sortie, à un mois et à trois mois. Cependant, ces taux ont tendance à être supérieurs lors du T2 (82% à un mois puis 64% à trois mois) par rapport au T1 (respectivement 76% et 51%), alors qu'en ce qui concerne les taux initiés cette tendance est inversée (67,5% au T2 versus 76,8% au T1).

Plusieurs études se sont intéressées à étudier l'impact de la formation des professionnels de santé sur l'AM. Une méta-analyse a montré que des interventions basées sur le soutien des professionnels de santé présentaient un bénéfice clair jusqu'à deux mois, au-delà les résultats n'étaient pas sensiblement améliorés (Sikorsi 2003, Dennis 2002). De plus, un programme intensif de formation de trois jours pour les professionnels des maternités peut être suivi d'une augmentation significative (modérée) de la durée d'allaitement (Vittoz 2004) [21].

Notre enquête a sans doute manqué de puissance. Avec un nombre supérieur de mères à l'inclusion, nous aurions peut être pu obtenir des résultats plus significatifs.

## IV. 2. D. Ouverture

Il serait intéressant de faire à nouveau cette enquête lorsque la totalité de l'équipe professionnelle aura été formée, afin d'évaluer la PEC et l'accompagnement de l'AM à la maternité de Voiron à la fin de la formation interne.

Nous avons vu que certains critères pourraient être pris en compte lors d'une nouvelle enquête afin de faire correspondre au mieux les scores de conformité aux recommandations actuelles.

Du fait d'un délai imparti court pour cette enquête nous avons fait le choix de ne pas rappeler les mères à six mois de vie de leur enfant. Cependant, ces chiffres auraient été intéressants à exploiter. En effet, dans la plupart des études réalisées sur l'AM, le recueil de données s'étend jusqu'aux six premiers mois. De plus, les recommandations préconisent un AM exclusif jusqu'aux six mois de l'enfant. Connaître ce résultat prendrait donc tout son intérêt aux vues de ces recommandations.

Notre étude a permis de cibler les critères de PEC qui ne sont pas suffisamment conformes aux recommandations actuelles. Elle permettra de cibler les points à approfondir lors des dernières sessions de formation dispensées à l'équipe. De plus, l'enquêteur se rendra à la maternité de Voiron afin de présenter les résultats de l'enquête.

Enfin un nombre conséquent de données n'a pas été exploité et pourrait faire l'objet de nouvelles études sur le thème de l'AM à Voiron, comme par exemple : les difficultés rencontrées, les motifs de sevrage, le recours à un professionnel de santé ou à une association en lactation...



## **V. Conclusion**

Notre enquête s'est intéressée à l'allaitement maternel. Nous avons réalisé une étude quasi-expérimentale avant-après non contrôlée afin de connaître l'impact d'une formation interne sur l'initiation et la pérennisation de l'allaitement à la maternité de Voiron.

L'objectif principal était de comparer les taux de conformité de la prise en charge en salle d'accouchement et en suites de couches entre les deux temps de l'enquête. L'objectif secondaire était de comparer les taux d'allaitement maternel à la sortie, à un et trois mois de vie de l'enfant entre les deux temps de l'enquête.

Nos résultats ont montré que la prise en charge en salle d'accouchement avait un taux de conformité élevé par rapport aux recommandations actuelles. A ce stade de la prise en charge, tout était mis en place pour accompagner au mieux les mères dans leur allaitement.

En ce qui concerne l'accompagnement en suites de couches, le taux de conformité global reste faible malgré une nette amélioration de la prise en charge par rapport au T1. Trois de nos résultats présentaient une différence statistiquement significative : le nombre de mise au sein supérieur à huit par jour durant le séjour (à l'exclusion de J0), l'observation d'une tétée une fois par jour, et les compléments absents ou donnés avec indication médicale et par méthode alternative (DAL, tasse...).

De nombreux critères restent donc à améliorer, en particulier lors de l'accompagnement des mères en suites de couches. D'autres critères qui ne faisaient pas parti des scores de conformité tels que l'aspiration des nouveau-nés et l'utilisation des bouts de sein sont aussi à améliorer. Nous avons vu que ces critères ainsi que l'accompagnement par les professionnels de santé peuvent avoir un impact important sur l'initiation et la pérennisation de l'allaitement. En effet, ils ont un rôle préventif vis-à-vis des crevasses, du manque de lait... et donc du sevrage précoce [10 ; 12].

Il serait donc intéressant que les résultats de notre enquête soient réutilisés lors des dernières sessions de formation de l'équipe. Ainsi, les conseillères en lactation pourraient souligner l'importance de certains critères que nous avons étudiés notamment ceux qui ont les taux de conformité les plus faibles (le nombre de mise au sein supérieur à huit par jour durant le séjour et l'observation d'une tétée une fois par jour).

En ce qui concerne les taux d'allaitement maternel, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux temps de l'enquête. Nous avons observé, comme nous l'attendions, que le taux d'allaitement maternel exclusif a tendance à diminuer au profit de AMP et de l'allaitement artificiel au fil des semaines. Cependant, nous avons obtenu des résultats montrant que l'allaitement maternel exclusif reste le mode d'alimentation le plus utilisé dans notre population, durant les trois premiers mois, contrairement aux données nationales.

Nous avons vu que la formation interne réalisée dans cette maternité a permis d'améliorer l'accompagnement de l'allaitement maternel mais nous n'avons pas pu mettre en évidence un impact direct sur les taux d'allaitement. Cependant, les taux d'allaitement maternel trouvés lors du T2 de l'enquête ont tendance à être supérieurs à ceux du T1 et ce malgré le fait que le taux d'allaitement initié était significativement plus bas par rapport à celui du T1. Ces résultats laissent penser que l'amélioration de l'accompagnement observé lors de l'initiation de l'allaitement maternel dans cette maternité pourrait avoir un impact sur sa pérennisation.

## Références bibliographiques

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

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

[3] Favier-Steeger L. *Les causes du sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie de l'enfant : Etude rétrospective auprès de 104 mères allaitantes*. Thèse de Docteur en Médecine : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2006.

[4] *Les bénéfices santé de l'allaitement*. La santé de l'homme n°408. Juillet-Août 2010. 15 et 38p.

[5] Salle B. Rapport de l'académie de médecine. *L'alimentation du nouveau-né et du nourrisson*. Irlande 2004

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

[7] Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. *Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire Institut de Veille Sanitaire. Septembre 2012 ; n°34 : p.383-387.

[8] DRASS Rhône-Alpes. *Etude relative aux durées et aux facteurs qui influencent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006*. Juillet 2008.

[9] Champier A. *Les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel et la réussite du projet d'allaitement maternel des femmes, en particulier le rôle des associations de soutien à l'allaitement maternel*. Mémoire d'Ecole de sages-femmes de Grenoble : Université Joseph Fourier Grenoble ; 2005.

- [10] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de la vie de l'enfant. Recommandations*. ANAES. Mai 2002. 177p.
- [11] Castell M. *Evaluation de l'impact d'un programme de formation des professionnels de santé sur l'allaitement maternel. Etude de type avant-après portant sur 648 patientes réalisée à la Maternité Nord du CHU de Grenoble*. Mémoire de d'Ecole de sages-femmes de Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2002
- [12] Haute Autorité de Santé. *Favoriser l'allaitement maternel, processus et évaluation*. HAS. Juin 2006. 27p.
- [13] OMS et UNICEF. *L'initiative hôpital amis des bébés, 2ème partie : Exécution au niveau des hôpitaux*. Directives de l'UNICEF. Genève. OMS et UNICEF. 1992.
- [14] IHAB-France. *Devenir « Ami des Bébé » en France*. Août 2011. Disponible sur : <http://amis-des-bebes.fr>
- [15] Verilhac L. *Etat des lieux de l'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité de Voiron*. Mémoire de l'Ecole de sages-femmes de Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2012
- [16] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. *Enquête périnatale 2010, les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Mai 2011. 132p
- [17] Accueil du nouveau-né de 37SA et plus sans pathologie, dans les deux premières heures de vie. Protocole RPAI
- [18] Jarrand-El-Aoufir N. et Lecomte-Cabanes S. *Evaluation des pratiques de la maternité de Voiron concernant deux facteurs influençant la mise en route de l'allaitement maternel : les soins en salle de naissance, l'utilisation des suppléments alimentaires*. Thèse de Docteur en Médecine : Grenoble 1 ; 2005.
- [19] Martin C., Fourny M., Labajos M., Cans C., Debillon T., *Soins au nouveau-né en salle de naissance, évaluation d'un protocole de réseau*. Réseau Périnatal Alpes-Isère 2011
- [20] International Lactation Consultant Association. *Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement maternel exclusif*. ILCA. Juin 2005. 30p.

[21] Noirhomme-Renard F., Farfan-Portet M.I., Berrewaerts J. *Soutenir l'allaitement dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ?* Juillet 2006

[22] Laborde L. and co. *Intérêt du Breastfeeding Assessment Score pour la prédiction du sevrage précoce de l'allaitement maternel en France.* 2006

[23] Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'AM en Rhône-Alpes en 2004/2006. DRASS 2008

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

## Annexes

### Annexe 1 : Affiche en salle d'accouchement

A l'équipe de la salle d'accouchement

Je réalise un mémoire sur l'allaitement maternel à la maternité de Voiron. C'est le deuxième temps de l'étude. Pour cela, j'aurai besoin de l'aide de l'équipe.

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

Merci de votre collaboration

Noémie GIROUD ESF3

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

## Annexe 2 : Affiche en suites de couches

A l'équipe de suites de couches

Je réalise un mémoire sur l'allaitement maternel à la maternité de Voiron. C'est le deuxième temps de l'étude. Pour cela, j'aurai besoin de l'aide de l'équipe.

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

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

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

Merci de votre collaboration.

Noémie GIROUD ESF3

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

## **Annexe 3 : Consentement des mères**

Madame,

Je suis étudiante sage-femme en 3<sup>ème</sup> année, et je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude sur l'allaitement maternel à la maternité de Voiron.

Cette étude comporte un questionnaire, une fiche de suivi de votre séjour (qui sera à remplir quotidiennement) ainsi que deux entretiens téléphoniques qui seront réalisés à 1 mois et à 3 mois de vie de votre enfant.

Si vous consentez à participer à cette étude, je vous prierai de remplir la partie suivante afin que je puisse vous joindre pour les entretiens téléphoniques.

Je soussignée, .....

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

Mon numéro de téléphone :

Fait à :

Le :

Signature :

Les documents qui vous ont été remis (questionnaire et fiche de suivi du séjour) seront à remettre à l'auxiliaire de puériculture ou à la sage-femme le jour de la sortie (au moment de la dernière pesée de votre bébé).

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, je vous invite à les poser à l'équipe ou à me contacter au 06....., de même si vous souhaitez connaître les résultats de mon étude je vous invite à noter votre adresse mail.

En vous remerciant par avance de votre participation,

Noémie Giroud



## **Annexe 4 : Questionnaire rempli par les mères**

Etiquette maman

Votre âge : .....

Etes-vous  mariée  vie maritale  séparée  célibataire

Votre nationalité :  française  autre :.....

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

Combien avez-vous d'enfants ? .....

Les avez-vous allaités au sein ?

Le 1<sup>er</sup> enfant :  Oui  Non Si oui, combien de temps ? .....

Le 2<sup>ème</sup> enfant :  Oui  Non Si oui, combien de temps ? .....

Le 3<sup>ème</sup> enfant :  Oui  Non Si oui, combien de temps ? .....

Le 4<sup>ème</sup> enfant :  Oui  Non Si oui, combien de temps ? .....

Autres enfants : .....

### **Pour cette grossesse :**

- Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance dédiées à l'allaitement maternel ?  Oui  Non

- Grossesse gémellaire  Oui  Non

### **Pour cette naissance,**

- Vous avez accouché :  Par les voies naturelles  
 Avec l'aide de forceps ou d'une ventouse  
 Par césarienne

- Si votre enfant est né par césarienne, celle-ci était-elle programmée ?  Oui  Non

- Avez-vous bénéficié d'une technique pour soulager la douleur des contractions ?  Oui  Non  
Si oui, était-ce  Une péridurale  
 Une injection de Nubain (dans les fesses)  
 Une anesthésie générale  
Autres : .....

**A la naissance, votre bébé :**

- Pesait : ..... g

- A-t-il été positionné en peau à peau nu contre vous ? (*Mère et enfant nus ventre contre ventre*)

Oui  non

. Si oui, cela c'est déroulé :

- Dès la naissance
- Dans les 2 1ères heures de vie
- Après votre retour en chambre

. Ce peau à peau a duré, environ :

- Moins de 30 mn
- Entre 30 mn et 1h
- Entre 1 et 2h
- Plus de 2h

- La 1<sup>ère</sup> mise au sein a eu lieu

- Dès l'accouchement
- Dans les 2 premières heures de vie
- Après votre retour en chambre

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

- Au sein
- A la tasse
- Au biberon

- Votre enfant a été pesé et habillé

- Avant la 1<sup>ère</sup> tétée
- Après la 1<sup>ère</sup> tétée

- Votre bébé a reçu ses vitamines

- Avant la 1<sup>ère</sup> tétée
- Après la 1<sup>ère</sup> tétée

- Le jour de votre sortie, votre enfant est nourri:

- Exclusivement au sein
- Au sein et au biberon
- Exclusivement au biberon

**Pour la sage-femme ou l'A.P. donnant le questionnaire en salle de naissance :**

APGAR :                      Terme de l'accouchement :                      LG prélevé  Oui  Non

## Annexe 5 : Fiche de suivi en suites de couches (recto)

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

<b><u>Séjour en pouponnière</u></b> Un bâtonnet I pour tout séjour en pouponnière d'au moins 1heure														
<b><u>Peau à peau</u></b> Un bâtonnet I pour chaque moment passé en peau à peau														
<b><u>Tétine ou sucette</u></b> Un bâtonnet I à chaque fois qu'une tétine ou sucette est proposée au bébé														

**Annexe 6 : Fiche de suivi en suites de couches (verso)**

Cette fiche est à compléter quotidiennement.

**Merci de bien vouloir remettre à l'auxiliaire de puériculture ou à la sage-femme les 3 documents qui vous ont été donnés (la feuille de **consentement**, le **questionnaire** ainsi que **cette fiche de recueil**) le jour de la sortie (au moment de la dernière pesée).**

Je vous remercie de votre participation

## Annexe 7 : Questionnaire à un mois

1) Comment votre enfant est-il nourri ?

- Sein   
Mixte   
Biberon

- AM exclusif → nb de tétées par jour : .....

- si AM partiel → - majoritaire (>80% LM)   
- moyen (20-80% LM)   
- faible (<20% LM)

Motifs ? .....

- si AA → motifs de sevrage ? (dans l'ordre 1.2.....)

- décision personnelle
- manque de lait
- manque de soutien
- fatigue maternelle
- douleurs des seins
- mauvaise prise de poids du bébé
- tétées trop nombreuses
- pression de l'entourage
- reprise du travail
- peur de délaisser les aînés
- problème de santé de l'enfant
- problème de santé maternel
- autres.....

### Suivi à 1 mois

Accompagnement au sevrage ? .....

Si oui par qui ? .....

Date du sevrage : - <15j   
- 15-21j   
- >21j

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

Si oui : avec qui ? .....

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

Si oui : lesquelles ? .....

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

Si oui : lesquelles ? .....

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

Si oui : qui ? .....

De quelle manière cette aide vous a été apportée ? .....

## Annexe 8 : Questionnaire à trois mois

### Suivi à 3 mois

1) Comment votre enfant est-il nourri ?

- Sein   
Mixte   
Biberon

- AM exclusif → nb de tétées par jour : .....

- si AM partiel → - majoritaire (>80% LM)   
- moyen (20-80% LM)   
- faible (<20% LM)

Motifs ? .....

- si AA → motifs de sevrage ? (dans l'ordre 1.2.....)

- décision personnelle
- manque de lait
- manque de soutien

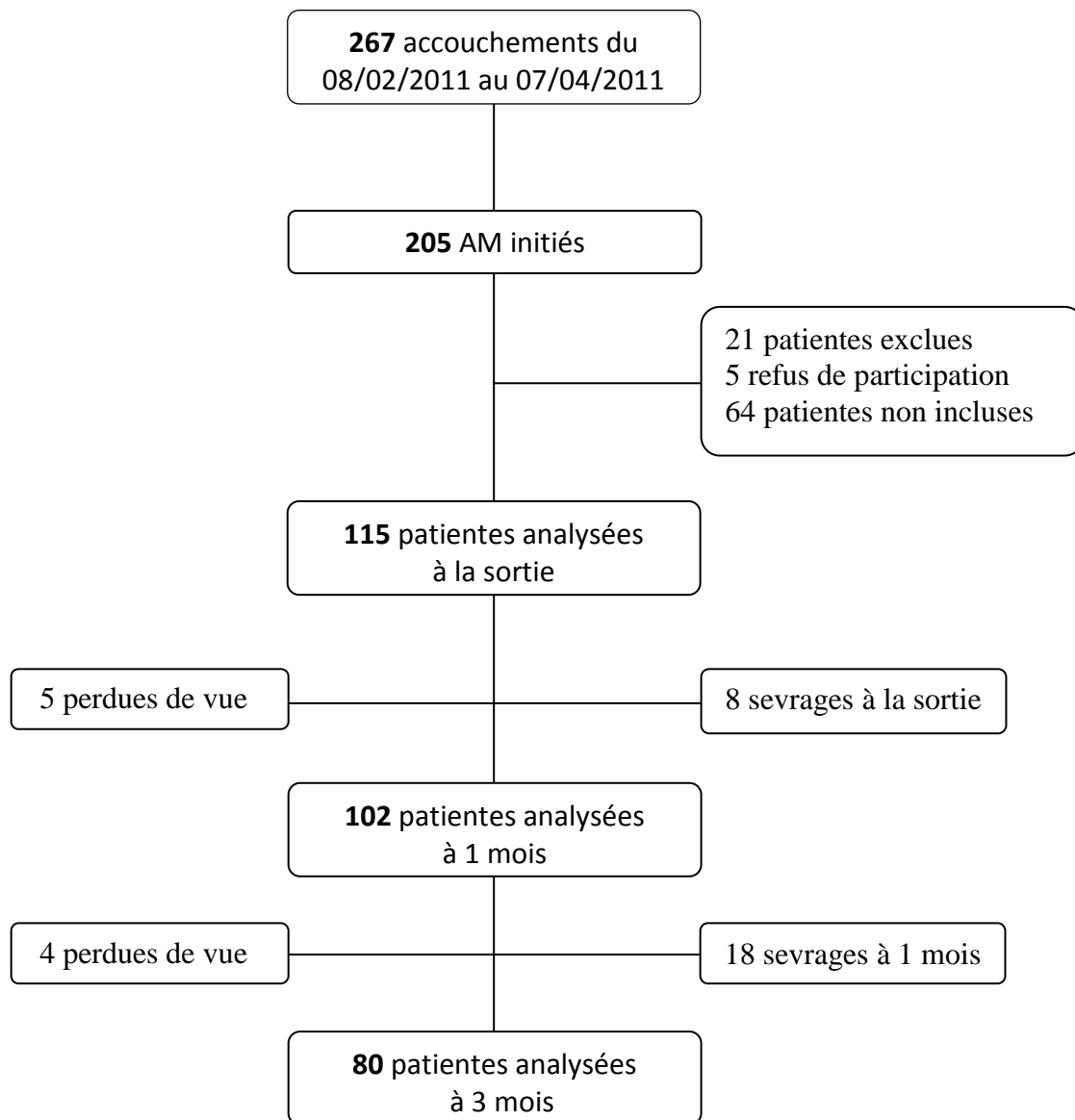
- fatigue maternelle
- douleurs des seins
- mauvaise prise de poids du bébé
- tétées trop nombreuses
- pression de l'entourage
- reprise du travail
- peur de délaisser les aînés
- problème de santé de l'enfant
- problème de santé maternel
- autres.....

Accompagnement au sevrage ? .....

Si oui par qui ? .....

- Date du sevrage : - <15j   
- 15-21j   
- >21j

## Annexe 9 : Diagramme d'inclusion du T1



## **Résumé**

**Objectifs :** L'objectif principal de cette étude était de comparer les taux de conformité de la PEC en SA et en suites de couches entre les deux temps de l'enquête. L'objectif secondaire était de comparer les taux d'allaitement maternel à la sortie, à un et trois mois de vie de l'enfant entre le T1 et le T2.

**Population et méthodes :** Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale avant-après non contrôlée, réalisée à la maternité de Voiron. Le T1 s'est déroulé du 8/02/11 au 7/04/11, 115 mères ont été recrutées. Le T2 s'est déroulé du 18/06/12 au 17/09/12, 147 mères ont été recrutées. Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire à la maternité et d'une enquête téléphonique à un mois et à trois mois de vie de l'enfant. Le critère de jugement principal était le taux de conformité de l'accompagnement de l'AM en SA et en suites de couches.

**Résultats :** Nos résultats ont montré que la PEC en SA avait un taux de conformité élevé par rapport aux recommandations actuelles. Lors du T2, le taux de conformité en suites de couches reste faible malgré une nette amélioration par rapport au T1. Concernant les taux d'AM, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux temps de l'enquête. Les taux d'AM du T2 étaient supérieurs à ceux du T1, et ce malgré le fait que le taux d'AM initié était significativement plus bas par rapport à celui du T1. L'amélioration de la PEC observée lors de l'initiation de l'allaitement maternel dans cette maternité pourrait avoir eu un impact sur sa pérennisation.

**Conclusion :** De nombreux critères restent à améliorer, notamment lors de l'accompagnement de l'AM en suites de couches. Il serait donc intéressant que ces résultats soient réutilisés lors des dernières sessions de formation de l'équipe.

**Mots clés :** *Allaitement maternel, formation, accompagnement, conformité.*