

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE
DE ROUEN

ANNEE 2014

THESE POUR LE DOCTORAT EN
MEDECINE

(diplôme d'Etat)

PAR

SCHWALLER Frédérique

NEE LE 28/06/1984 à Gruchet-Le-Valasse

Présentée et soutenue publiquement le 04 décembre 2014

**Les compléments au sein des maternités
françaises IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébes)
en 2013 : état des lieux**

PRESIDENT DE JURY : Professeur HERMIL
DIRECTEUR DE THESE : Docteur LAURENT

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique médicale et techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie

Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN Médecine légale
Mr François PROUST	HCN Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN Réanimation médicale - Médecine

d'urgence

Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Serge JACQUOT	UFR Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie

Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique

Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques

Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET	UFR Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) moléculaire (UMR 1079)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance, et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Pierre Czernichow

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance, et mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Claire LAURENT

Vous m'avez avec confiance proposé ce travail, et fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.

Je vous remercie pour votre soutien, vos conseils, votre grande disponibilité, et votre patience.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et mon profond respect.

A mes parents,

Pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ma vie, et de ces longues études.
Sans vous je n'en serai sûrement pas là.

A mon frère et ma sœur,

Pour m'avoir supporté toutes ces années.

A toute l'équipe médicale du cabinet de la plaine,

Pour votre accueil et votre aide.

A tous ceux qui ont participé à ma formation, et plus particulièrement, mes maîtres de stages, les Docteurs Alain BARBOT, Didier BERJONNEAU, Philippe DORE, Noëlle FRICOUT, Pascal JULIENNE, et Marie-Catherine LAGAÚDE-FIQUET.

Vous m'avez fait découvrir toutes les possibilités de la médecine générale, et m'avez donné le goût et l'envie de poursuivre dans cette voie.

A tous mes amis de médecine,

Pour tous les bons souvenirs que je garderai de ces études, et pour votre soutien dans les périodes plus difficiles.

A tous mes amis non médecins,

Pour leur patience et leur tolérance pour mon travail. Merci d'être toujours présents.

A toutes les équipes, des maternités IHAB françaises,

Pour avoir pris du temps pour participer à cette étude.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.22
---------------------------	------

1ere PARTIE

I. La tétée	p.24
--------------------------	------

A. Déroulement de la tétée.....	p.24
---------------------------------	------

B. Evaluation de l'efficacité de la tétée.....	p.24
--	------

C. Une technique spéciale de déglutition.....	p.25
---	------

D. L'importance de l'état de vigilance du nouveau-né pour une tétée réussie.....	p.26
--	------

E. Les positions d'allaitement.....	p.27
-------------------------------------	------

II. Bénéfices de l'allaitement maternel	p.28
--	------

A. Pour le nouveau-né.....	p.28
----------------------------	------

1. Protection contre les infections.....	p.28
--	------

2. Rôle discuté dans la prévention de l'allergie.....	p.28
---	------

3. Prévention de l'obésité et du surpoids.....	p.28
--	------

4. Diminution du risque de leucémie.....	p.29
--	------

5. Diminution du risque de diabète de type 1 et de type 2.....	p.29
--	------

6. Diminution du risque de mort subite du nourrisson.....	p.29
---	------

7. Liens discutés.....	p.29
------------------------	------

B. Pour la mère.....	p.29
----------------------	------

1. Moins de complications en suite de couche.....	p.29
---	------

2. Diminution du risque de développer un diabète de type 2.....	p.29
---	------

3. Diminution du risque de cancer.....	p.30
--	------

C. Economies financières.....	p.30
-------------------------------	------

1. Economies pour la société.....	p.30
-----------------------------------	------

2. Economies pour la famille.....	p.30
-----------------------------------	------

3. Economies pour les employeurs.....	p.30
---------------------------------------	------

III. Contres indications à l'allaitement maternel	p.31
--	------

A. Liées à la mère.....	p.31
B. Liées au nouveau-né.....	p.31
IV. Les freins à l'allaitement maternel.....	p.31
A. Facteurs liés à la mère.....	p.31
1. Facteurs socio-démographiques et culturels.....	p.31
2. Expériences précédentes.....	p.32
3. Facteurs de choix personnel.....	p.32
4. Connaissances et croyance au sujet de l'allaitement maternel.....	p.32
5. Facteurs psychosociaux.....	p.33
6. Pratique de l'allaitement et soins au nouveau-né.....	p.33
7. Mode de vie.....	p.33
8. Emploi.....	p.33
B. Facteurs liés au nouveau-né.....	p.33
C. Facteurs liés à l'entourage.....	p.34
D. Pratiques hospitalières.....	p.34
1. Pratiques des soins mère-enfant.....	p.34
2. Publicité pour les préparations pour nourrissons dans les maternités.....	p.34
3. Soutien des professionnels de santé.....	p.35
E. Facteurs liés aux politiques de santé publique.....	p.35
1. Publicité pour les préparations pour nourrissons.....	p.35
2. Congés maternité.....	p.35
F. L'utilisation de compléments réduit la durée de l'allaitement maternel.....	p.35
1. Bases scientifiques.....	p.35
2. Hypothèses pour tenter d'expliquer cet impact.....	p.36
3. Facteurs de risque d'utilisation de compléments.....	p.36
3a. Conditions de naissance.....	p.36
3b. Soins encadrant la naissance.....	p.36
3c. Caractéristiques du nouveau-né.....	p.37
3d. Caractéristiques de la mère.....	p.37
4. Indications médicales des compléments.....	p.38
V. L'allaitement maternel en France : état des lieux.....	p.38
A. Les enquêtes nationales péri-natales.....	p.38
B. L'étude épiphane.....	p.40

C. Situation par rapport aux autres pays industrialisés.....	p.41
1. Les taux d'initiation d'allaitement maternel.....	p.41
2. La durée d'allaitement maternel.....	p.42

VI. Politiques nationales et internationales de soutien à l'allaitement

maternel	p.42
A. Textes internationaux	p.42
1. Code international de commercialisation des substituts de lait maternel (1981).....	p.42
2. Convention internationale relative aux droits de l'Enfant (1989).....	p.43
3. La déclaration d'Innocenti (1989, complétée en 2005).....	p.44
4. L'Initiation Hôpital Ami des Bébé (IHAB 1991).....	p.45
5. La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 2002.....	p.46
B. Au niveau européen.....	p.47
1. Directives européennes pour mettre en application le Code International de commercialisation des substituts de lait maternel dans les législations européennes....	p.47
2. Le plan d'action de 2004 (révisé en 2008) pour la protection, la promotion, et le soutien de l'allaitement maternel en Europe.....	p.47
C. Au niveau national.....	p.47
1. La coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM).....	p.48
2. Recommandations au sujet de l'allaitement maternel de l'ANAES en 2002.....	p.48
3. Programme National Nutrition Santé (PNNS) 1 (2006–2010) et 2 (2011– 2015).....	p.48
4. L'IHAB en France.....	p.48
4a. Historique en France.....	p.48
4b. Soutiens de l'IHAB en France.....	p.49
4c. Etablissements labellisés en France(2012).....	p.49
4d. Les critères du label IHAB en France.....	p.50
4e. Les étapes vers le label.....	p.52
4f. Effet de la labellisation sur l'allaitement maternel en France.....	p.53

2e partie : L'ETUDE

I. Objectif de l'étude	p.56
-------------------------------------	------

II. Matériel et méthode	p.57
A. Type d'étude.....	p.57
B. Population et déroulement de l'étude.....	p.57
C. Les questionnaires.....	p.58
D. Analyse des résultats.....	p.59
III. Résultats	p.60
A. <u>Caractéristiques des mères de l'étude</u>	p.60
1. IMC.....	p.60
2. Age maternel.....	p.60
3. Expériences maternelles d'allaitement.....	p.60
4. Diabète maternel.....	p.61
5. Problème mammaire.....	p.61
6. Parité.....	p.61
B. <u>Informations sur le nouveau-né</u>	p.63
1. Terme de naissance.....	p.63
2. Poids de naissance.....	p.63
3. Malformations.....	p.63
C. <u>L'accouchement</u>	p.64
1. L'anesthésie.....	p.64
2. Le mode d'accouchement.....	p.64
3. Peau à peau.....	p.66
4. Souffrance fœtale au moment de la naissance.....	p.66
D. <u>Indications du complément</u>	p.66
1. Alimentation de sortie du nouveau-né en fonction de l'indication du complément.....	p.66
2. Jour d'administration du premier complément en fonction de l'indication du complément.....	p.68
E. <u>Particularités du groupe "indication médicale " au complément</u>	p.69
F. <u>Particularités du groupe "demande maternelle" du complément</u>	p.71
G. <u>Mode d'administration du complément</u>	p.71
1. Influence de l'indication du complément sur le mode d'administration de celui- ci.....	p.72
2. Autres caractéristiques du complément.....	p.73

<u>H. Nombre de compléments</u>	p.73
<u>I. Quantités de compléments administrés</u>	p.74
<u>J. Horaires du complément</u>	p.74
<u>K. Mesures préventives aux compléments</u>	p.74
1. En fonction de la cause de délivrance des compléments.....	p.75
2. En fonction de l'alimentation de sortie de maternité du nouveau-né.....	p.75
3. En fonction du poids et du terme de naissance du nouveau-né	p.76
4. En fonction du mode d'accouchement.....	p.77
5. En fonction du type d'anesthésie lors de l'accouchement.....	p.77
6. En fonction du nombre de compléments reçus par le nouveau-né pendant son séjour en maternité.....	p.79
<u>L. Vécu du personnel vis-à-vis de la délivrance du complément</u>	p.78
<u>M. Perte de poids des nouveau-nés</u>	p.78
<u>N. Comparaison des résultats selon les maternités</u>	p.79
1. Cause de délivrance des compléments selon les groupes de maternité.....	p.80
2. Détails des indications médicales selon les maternités.....	p.82
3. Mode d'administration du complément en fonction de la maternité.....	p.82
4. Alimentation de sortie en fonction des maternités.....	p.83
5. Importance de la perte de poids des nouveau-nés de l'étude, entre leur naissance et la sortie de maternité, selon les maternités.....	p.84
6. Fréquence de l'utilisation des mesures préventives, selon les maternités de l'étude.....	p.84
<u>O. Compléments sur indication médicale, par rapport aux protocoles de l'OMS et l'ABM</u>	p.85
1. Indication médicale au complément pour un problème maternel.....	p.85
2. Indication médicale au complément pour un problème chez le nouveau-né.....	p.85
3. Les compléments d'indication médicale, suite à un besoin des mères et des nouveau-nés.....	p.86
<u>IV. Discussion</u>	p.87
<u>A. Profil type des nouveau-nés de cette étude</u>	p.87
<u>B. Les questionnaires</u>	p.88
<u>C. Parité</u>	p.89

D. Mode d'accouchement.....	p.89
E. Indication du complément : caractéristiques du groupe "demande maternelle".....	p.90
F. Caractéristiques du groupe des compléments proposés par le personnel.....	p.91
G. Caractéristiques du groupe des indications médicales aux compléments.....	p.92
H. Nombre de compléments durant le séjour en maternité.....	p.93
I. Quantité administrée lors du premier complément.....	p.94
J. Mesures préventives aux compléments.....	p.94
K. Perte de poids des nouveau-nés de l'étude.....	p.95
L. Les maternités de l'étude.....	p.96
M. Ecart par rapport aux recommandations sur l'usage des compléments.....	p.98
N. Propositions en vue de diminuer le nombre de compléments.....	p.100
1. Importance de la promotion de l'allaitement maternel.....	p.100
1a. Au niveau des politiques de santé publique.....	p.100
1b. Au sein des maternités IHAB françaises.....	p.101
2. Importance de la formation du personnel.....	p.101
3. Intérêt d'une harmonisation des pratiques entre les maternités.....	p.102
<u>CONCLUSION</u>	p.104
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p.106
<u>ANNEXES</u>	
<u>Annexe n°1 : le questionnaire de l'étude</u>	p.111
<u>Annexe n°2 : l'échelle IBFAT</u>	p.115
<u>Annexe n°3 : les 12 conditions de l'IHAB française</u>	p.116
<u>Annexe n°4 : les 3 principes fondamentaux de l'IHAB</u>	p.118
<u>Annexe n°5 : comparaison des protocoles de prise en charge des hypoglycémies entre les maternités françaises IHAB en 2013</u>	p.119
<u>Annexe n°6 : indications médicales au don de compléments d'après l'ABM</u> ...	p.120
<u>Annexe n°7 : indications médicales au don de complément d'après l'OMS/l'UNICEF</u>	p.122
<u>Annexe n°8 : indications médicales au don de compléments d'après la CFAM</u>	p.124

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est un enjeu de santé publique, y compris dans nos sociétés industrialisées modernes, au vu de ses bénéfices inégalés par l'industrie, pour les nouveau-nés, leurs mères, et la société en général.

Malheureusement, en particulier en France, il existe de nombreux obstacles à sa généralisation.

L'OMS et l'UNICEF au niveau international (13, 17, annexe n°7), l'union européenne au niveau européen (11), et la HAS au niveau national (16), insistent tous sur son importance, et proposent régulièrement des programmes et des recommandations visant à sa promotion et son soutien.

L'une des mesures phares, et celle ayant prouvé dans différentes études son efficacité, en terme d'augmentation de la fréquence de l'initiation et de la durée de l'allaitement maternel, est l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, encore sous représentée en France.

La base de cette initiative est l'application pratique des 12 règles édictées par l'OMS et l'UNICEF pour le succès de l'allaitement maternel (annexe n°7).

Une de ces règles est de limiter la distribution de compléments aux nouveau-nés, car celle-ci met en péril l'allaitement maternel (annexe, 16, 23, 24, 25, 26).

Les hôpitaux accrédités doivent répondre à des critères précis d'évaluation, et sont régulièrement recontrôlés, pour favoriser le bien-être des parents, des nouveau-nés et l'allaitement maternel. Notamment tous les ans, ils comptabilisent les pourcentages d'allaitement maternel et de nouveau-nés complémentés au sein des maternités.

En France, ces relevés au sein de toutes les maternités IHAB, révèlent un nombre encore important de bébés complémentés, et des taux de compléments très variables d'une maternité à une autre.

Le but de cette étude, est donc d'essayer d'expliquer ces différences de taux ; et de proposer, en se basant sur les résultats de l'étude, des solutions afin de diminuer l'utilisation des compléments.

PREMIERE PARTIE

I. LA TETEE (4):

A. Déroulement de la tétée:

Le nouveau-né sait coordonner les mouvements de succion, de déglutition et de respiration.

Pour prendre le sein, il ouvre très grand la bouche en basculant la tête en arrière et happe largement l'aréole et non seulement le mamelon. Ses lèvres, largement déroulées sur le sein adhèrent sur l'aréole de toute leur surface. Il place la langue loin en avant, dépassant la gencive inférieure, et l'enroule en gouttière sous le bout de sein. Celui-ci s'allonge dans le tube formé par le palais au-dessus et la langue au-dessous, l'emmenant loin dans la bouche, jusqu'à la jonction entre le palais dur, osseux et le palais mou postérieur (voile du palais). De chaque côté, des renflements graisseux des joues appelés "boules de Bichât" permettent un maintien latéral du contenu buccal. L'axe du bout du sein dans la bouche est oblique vers le haut, en direction du palais. Tous les récepteurs sensitifs de l'aréole en contact avec ce "tube" sont ainsi largement stimulés. La langue effectue un véritable mouvement de va-et-vient, horizontal et ondulant complexe. Dans le même temps, la mâchoire inférieure s'abaisse rythmiquement. Le nouveau-né a une particularité anatomique : la paroi postérieure de la bouche est presque étanche, car la position haute du larynx amène l'épiglotte au contact du voile du palais. Quand il abaisse sa mâchoire, alors que ses lèvres sont collées au sein, il crée une puissante dépression intra-buccale (jusqu'à 250mm de Hg) qui aspire le lait des sinus lactifères et des canaux terminaux jusque dans la bouche. La tétée combine aspiration (la bouche fait ventouse sur le sein), compression de l'aréole et dépression.

B. Evaluation de l'efficacité de la tétée :

On peut voir qu'un nouveau-né tète efficacement, qu'il a provoqué l'éjection active de lait, au fait que :

- comme le lait arrive à grands jets, le nouveau-né se concentre sur ce qu'il fait. Il est réveillé, très attentif, regardant sa mère.
- Il tète en longues salves de plusieurs dizaines de mouvements de succion, sans s'arrêter, sans ralentir son rythme.
- Le rythme est régulier, d'environ un mouvement par seconde (40 à 60 par minutes)

- les pauses sont rares et brèves et le nouveau-né ne lâche pas le sein
- il déglutit à chaque mouvement de succion (court abaissement de la gorge).

L'échelle IBFAT (annexe n°2)

Une échelle standardisée a été élaborée et permet d'évaluer la qualité de la tétée des nouveau-nés de façon comparative au sein des études et des maternités.

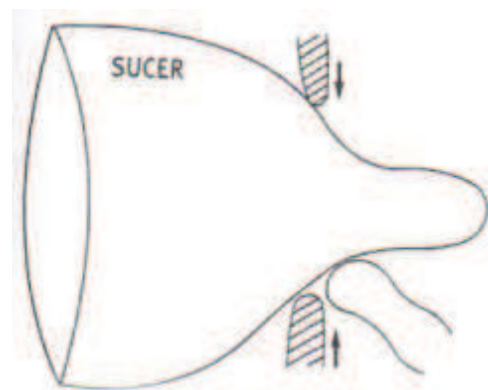
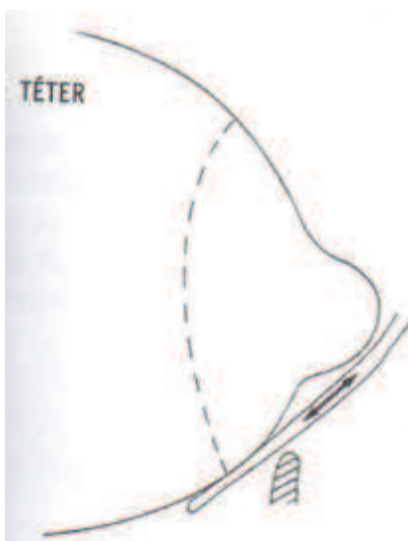
C. Une technique spéciale de déglutition :

La technique de déglutition utilisée par les nouveau-nés allaités au sein, "déglutition infantile", est très différente de notre "déglutition de type adulte".



Dans la "déglutition de type adulte", la pointe de la langue, située en arrière de la gencive inférieure, remonte contre le palais, puis le corps de la langue fait progressivement "le gros dos" en se collant d'avant en arrière sur le palais. C'est une technique prévue pour les aliments solides. Préalablement mâchés, ils sont happés par la langue qui les conduit vers l'arrière, à la verticale de l'œsophage. Normalement cette déglutition ne survient chez les nourrissons allaités qu'avec les premières cuillères de purée ou de compote, donc vers 4 à 6 mois.

Sur certains biberons, dont la tétine est dure, pour ouvrir ses trous, le bébé doit pincer le caoutchouc entre ses deux gencives, et laisser la langue à l'intérieur de sa gencive inférieure. Au moment d'avalier, la langue ne peut pas sortir loin vers les lèvres et doit donc remonter vers le palais : ce qui est le début de la déglutition "adulte".

L'utilisation de biberons chez les nouveau-nés perturbe donc leur technique de déglutition "infantile", et risque de fixer précocement la méthode "adulte" et donc d'empêcher par la suite toute tétée au sein efficace.



La dynamique de la bouche du nouveau-né (4)

<u>Déglutition infantile</u>	<u>Déglutition adulte</u>
La langue avance	La langue remonte
La langue dépasse les arcades dentaires, elle est collée sous l'aréole et la gencive inférieure est recouverte	La langue est en arrière de la gencive inférieure
La bouche est grande ouverte	Les deux gencives sont en appui
Le mouvement de déglutition est horizontal en deux temps : - avancée directe - retour ondulant	Le mouvement est vertical : - pincer - aspirer
	

Une autre difficulté peut être créée par le flux régulier et abondant du biberon, alors que le sein a un débit très irrégulier (plusieurs réflexes d'éjection dans une même tétée), et très variable selon les mères. Si la mère a un faible flux de lait, le bébé risque de refuser le sein après avoir pris un biberon, ce qui rend la mère anxieuse, et cela diminue encore le débit du lait (pics d'ocytocine moins important en cas de stress).

D. L'importance de l'état de vigilance du nouveau-né pour une tétée réussie

Un nouveau-né qui est prêt à téter a un comportement caractéristique, grâce à ses réflexes innés : état d'éveil calme actif, recherche active (fouissement et orientation), ouverture de la bouche et langue sortie (mouvements de succion) .

S'il est déjà en train de pleurer, son comportement est désorganisé et il a beaucoup de mal à prendre le sein.

Etat de vigilance des nouveau-nés dans l'ordre d'enchaînement (selon la classification de Prechtl) (22)

Sommeil agité
(stade 2)
environ 35 minutes



Hypotonie musculaire +
mouvements brusques
de tout le corps et
mimiques faciales

Sommeil calme
(stade 1)
environ 25 minutes



Immobile et calme, dort
« à poings fermés »
cœur et respiration
plus lents et réguliers

Se réveille ou repasse en sommeil agité

v

Eveil calme
(stade 3)
quelques minutes
3 à 6 fois par jour



Nouveau-né calme,
attentif, cherche la
relation
→ bon moment pour la tétée

Eveil agité (actif)
(stade 4)
Etat très fréquent



Activités réflexes de
suction, cherche le sein
→ bon moment pour téter

Eveil agité avec pleurs
(stade 5)
Très fréquent surtout
Si le nouveau-né dort peu



Activités désorganisées,
difficultés pour se calmer
→ mauvais moment pour téter

Dessin : I. Bayot

E. Les positions d'allaitement : (4)

2 règles impérieuses :

- pour la mère : le confort absolu
- pour le nouveau-né : son ventre, son nombril doivent être au contact du corps de la mère, et sa bouche doit être exactement dans le prolongement du sein, juste au niveau de l'aréole. Il ne doit pas avoir besoin pour téter de lever ou tourner la tête.

Pour que le mamelon prenne le bon axe dans la bouche du nouveau-né, la prise du sein est asymétrique. Le bébé touche d'abord le sein avec son menton et renverse la tête légèrement en arrière. Son nez est spontanément dégagé. Il prend plus d'aréole inférieure dans sa bouche que d'aréole supérieure, et attire le sein de sa mère le plus loin possible dans sa bouche.

Il ne faut pas essayer de dégager le nez du bébé, pincer l'aréole ou masquer l'odeur de

l'aréole (qui motive sa recherche de l'aréole).

II. BENEFICES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

A. Pour le nouveau-né (5 et 6)

1. Protection contre les infections :

- diminution du risque de développer une diarrhée infectieuse, et de sa gravité, d'après de nombreuses études concordantes, et cette efficacité est d'autant plus importante qu'il s'agit d'un allaitement maternel exclusif et prolongé. Mais ce bénéfice ne semble durer que pendant la période d'allaitement maternel.

- diminution du risque d'entéropathie ulcéro-nécrosante du nouveau-né.
- diminution de l'incidence des otites moyennes aiguës dans l'enfance.
- diminution du risque de développer une infection respiratoire, de sa gravité et donc d'hospitalisation (pneumopathie, bronchiolite) si le nouveau né est allaité pendant au moins 4 mois.
- diminution de la fréquence des infections urinaires et des pyélonéphrites pendant la durée de l'allaitement maternel.

2. Rôle discuté dans la prévention de l'allergie :

Les études portant sur l'effet préventif de l'allaitement maternel vis à vis des allergies sont nombreuses, et parfois contradictoires. Néanmoins après regroupement en méta-analyses et correction de certains biais, l'Agency for Health Care Research and Quality, dans sa publication de 2007 (reprise dans le rapport du Pr Turck, pour le Programme National Nutrition Santé 2, en France, en 2010) concluait :

- l'allaitement maternel exclusif de plus de 3 mois réduirait le risque de dermatite atopique chez les enfants à risque (dont au moins un des parents au 1er degré souffre d'une allergie avérée)
- l'allaitement maternel exclusif de plus de 4 mois diminuerait le risque de développer un asthme, surtout chez les enfants de moins de 10 ans à risque.

3. Prévention de l'obésité et du surpoids :

- bien que de nombreux biais rendent l'interprétation des études sur le lien entre

allaitement maternel des nouveaux-nés et obésité dans l'enfance délicate (études épidémiologiques), il semble exister un effet préventif de l'allaitement maternel contre le développement ultérieur d'une obésité.

4. Diminution du risque de leucémie :

- Il existerait, d'après plusieurs études, une diminution du risque de développer une leucémie aiguë lymphoïde ou myéloïde, chez les enfant de moins de 15 ans, allaités pendant au moins 6 mois.

5. Diminution du risque de diabète de type 1 et 2

6. Diminution du risque de mort subite du nourrisson :

- La fréquence des morts subites du nourrisson seraient moins importantes au sein de la population des nouveau-nés allaités, par rapport à ceux n'ayant jamais reçu d'allaitement maternel.

7. Liens discutés :

Il est évoqué, sans étude probante pour l'instant, des bénéfices de l'allaitement maternel pour la prévention :

- du développement de maladies auto-immunes comme la maladie cœliaque, les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin, la sclérose en plaques.
- maladies vasculaires par diminution de la tension et du cholestérol.
- amélioration du développement cognitif.

B. Pour la mère (5 et 6):

1. Moins de complications en suite de couche :

- rétraction plus rapide de l'utérus, et donc diminution de l'abondance et de la durée des saignements.
- diminution du risque de dépression du post-partum.
- diminution de l'incidence des infections du post-partum.

2. Diminution du risque de développer un diabète de type 2 :

- Ce lien n'a été retrouvé que pour les femmes n'ayant pas fait de diabète gestationnel.

3. Diminution du risque de cancer :

- diminution du risque de cancer du sein et des ovaires.

C. Economie financière (7, 20 et 21) :

1. Economies pour la société :

L'allaitement maternel protège contre les infections. Il diminue les consultations médicales, la prescription de médicaments et le risque d'hospitalisation ; et donc le coût financier pour la sécurité sociale.

Une analyse de l'INSERM en 2005 évaluait ainsi, que si le taux d'allaitement maternel en France était aussi élevé qu'en Norvège (40%), on pourrait éviter 8000 cas de diarrhées à rotavirus et 1000 hospitalisations par an.

Si l'on considère que l'allaitement maternel permet d'éviter 20% d'hospitalisation chez le nourrisson de moins d'un an (chiffres volontairement sous-estimés), alors il permettrait d'économiser environ 9 millions d'euros par an, en France, sur les frais d'hospitalisations (20 et 21).

2. Economies pour la famille :

Le taux d'allaitement maternel est particulièrement faible dans les populations défavorisées, or qui dit allaitement artificiel dit achat de lait en poudre, de tétines et de biberons,... Sans parler des surcoûts médicaux liés aux taux plus élevés d'infections.

Le surcoût lié à l'achat du lait artificiel est estimé à environ 500 euros pour un nourrisson pendant les 6 premiers mois (20 et 21).

3. Economies pour les employeurs :

Les employées qui allaitent seraient moins absentes au travail, puisque leurs enfants sont moins fréquemment malades.

Une étude américaine parue en 1995 (41) retrouvait que deux tiers des absences maternelles survenaient chez des enfants non allaités, et que les absences d'une journée étaient significativement plus fréquentes chez ces enfants non allaités (26%) que chez les

enfants allaités (11%).

III. CONTRE – INDICATIONS A L'ALLAITEMENT MATERNEL

(5 et 7)

Elles sont rares.

A. Liées à la mère :

- infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est estimé de 4 à 22 %. En cas de traitement antirétroviral efficace, avec charge indétectable, il persiste malgré tout un faible risque de contamination, conduisant dans les pays développés à contre-indiquer l'allaitement. Les recommandations sont moins claires pour les pays défavorisés, avec le problème d'approvisionnement en lait en poudre et eau potable. L'OMS déconseille ainsi l'allaitement maternel, s'il existe une alternative à l'allaitement qui soit sûre, acceptable, faisable et accessible.

- maladie cardiovasculaire ou respiratoire sévère
- hémopathie ou cancer en cours de traitement
- quelques médicaments

B. Liées au nouveau-né :

- galactosémie congénitale

IV. LES FREINS A L'ALLAITEMENT MATERNEL (7 et 8)

A. Facteurs liés à la mère

1. Facteurs socio-démographiques et culturels

Les femmes qui allaitent le plus et plus longtemps, dans les données de la littérature,

sont :

- plus âgées
- multipares
- mariées / en couple
- d'un niveau de scolarité supérieur
- socio-économiquement plus favorisées

2. Expériences précédentes

Les femmes qui ont elles-mêmes été allaitées, et qui ont déjà allaité précédemment allaitent plus et plus longtemps que les autres.

3. Facteurs de choix personnel

- une planification de la grossesse prolongerait la durée d'allaitement maternel.
- un désir prénatal d'allaiter également.
- plus la décision d'allaiter est prise précocement, meilleures semblent être l'initiation et la durée de l'allaitement.
- Les facteurs retrouvés dans les études qui contribueraient à la décision de la mère de choisir d'allaiter sont : le bénéfice pour la santé de l'enfant, le côté naturel, le lien plus étroit émotivement avec l'enfant, les gratifications (sentiment d'utilité, satisfaction physique, image de soi positive, affirmation de leur féminité).
- Au contraire les raisons invoquées par les mères d'utilisation de biberon seraient : une perception par la mère d'une préférence du père, l'incertitude concernant la quantité de lait prise au sein, leur activité professionnelle, l'image sociale négative de la femme allaitante, leurs conceptions éducatives, et la volonté égalitaire de partage des tâches dans le couple que le biberon faciliterait.

4. Connaissances et croyances au sujet de l'allaitement maternel

- un niveau de connaissance plus élevé au sujet de l'allaitement, chez les primipares, est associé à une durée d'allaitement prolongée.
- la perception d'une insuffisance de lait semble être la première raison amenant les mères à introduire du lait artificiel et/ou à mettre fin à l'allaitement maternel, alors que l'insuffisance de lait physiologique est très rare.
- L'incertitude concernant la quantité de lait prise par le bébé allaité au sein, est souvent invoquée par les mères comme raison les amenant à utiliser le biberon.

5. Facteurs psychosociaux

- La confiance en soi des mères et leur sentiment d'auto-efficacité sont d'importants prédicteurs de la durée et du niveau d'allaitement.
- La dépression post natale est significativement associée à un sevrage plus précoce.

6. Pratique de l'allaitement et soins au nouveau-né

- L'absence de complication au cours de l'allaitement a une influence positive sur le processus d'allaitement.
- L'allaitement à horaires fixes est associé à une réduction de la durée d'allaitement.
- La présence du nouveau-né la nuit avec sa mère, la cohabitation mère-enfant, est associée à une durée d'allaitement plus longue, en particulier les premiers jours à la maternité.
- Le recours aux compléments à la maternité est associé à une durée d'allaitement plus courte.
- On observe une association négative entre l'introduction précoce d'une tétine au nouveau-né et la durée de l'allaitement maternel.

7. Mode de vie

Le tabagisme maternel, durant la période périnatale, est associé à une plus faible initiation de l'allaitement et à un sevrage plus précoce.

8. L'emploi

- L'emploi de la mère constitue un facteur significativement associé à un sevrage précoce dans plusieurs études sur l'allaitement.
- L'environnement au travail joue un rôle important (accès limité à l'utilisation d'un tire-lait, manque de lieu disponible pour tirer son lait, absence de réfrigérateur pour conserver son lait, manque de flexibilité horaire, et temps de travail important).

B. Facteurs liés au nouveau-né :

- Les taux d'initiation de l'allaitement sont plus faibles chez les enfants prématurés.

- La faible prise de poids est associée à un sevrage plus précoce.
- Une technique de succion correcte est un préalable indispensable à la réussite de l'allaitement et à sa durée.

C. Facteurs liés à l'entourage :

Plusieurs études ont montré que les pères ont un rôle influant dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant et que leur soutien est crucial pour le succès de l'allaitement.

Les a priori négatifs des pères vis-à-vis de l'allaitement maternel, retrouvés dans certaines observations sont :

- l'entrave que cela pourrait entraîner dans leur relation romantique avec leur partenaire.
- abîmer les seins.
- gêner le développement de leur propre relation avec leur bébé.

D. Pratiques hospitalières :

1. Pratiques des soins mère-enfant :

- La mise au sein précoce après l'accouchement a été soulignée comme bénéfique sur la durée d'allaitement.
- Promouvoir un allaitement fréquent a une influence positive sur la durée de l'allaitement
- Le fait de recommander certaines pratiques comme l'utilisation d'une tétine ou sucette et l'allaitement à horaires fixes, ou la prise de compléments (23, 24, 25, 26), ont un impact négatif sur la poursuite de l'allaitement.
- La cohabitation de la mère et de l'enfant dans la même chambre, y compris la nuit est favorable à la poursuite de l'allaitement.

2. Publicité pour les préparations pour nourrissons dans les maternités :

La distribution gratuite d'échantillon de lait réduit l'allaitement exclusif, en particulier pour les femmes n'ayant pas encore fait un choix en ce qui concerne l'allaitement.

3. Soutien des professionnels de santé :

- Les mères rapportent dans les études un manque d'encouragements individualisés de la part de leur médecin dans la période qui suit directement leur sortie d'hôpital.
- Il semble que les médecins manquent de confiance en leurs compétences pour soutenir l'allaitement maternel, ont peu de pratique, sont sceptiques quant aux bénéfices de l'allaitement maternel par rapport au lait artificiel, et manquent de temps (Taveras 2004 (34)).

E. Facteurs liés aux politiques de santé publique

1. Publicité pour les préparations pour nourrissons

La distribution d'échantillons gratuits de préparations pour nourrissons, a un impact négatif sur l'initiation et la durée d'allaitement maternel.

2. Congés maternité

L'association négative entre le retour précoce au travail et la durée de l'allaitement a été documentée dans de nombreuses études dans les pays industrialisés.

F. L'utilisation de compléments réduit la durée de l'allaitement maternel

1. Bases scientifiques :

De nombreuses études ont cherché à étudier l'impact des pratiques hospitalières sur la fréquence de l'allaitement maternel et sa durée. Parmi celles-ci, une semble particulièrement néfaste pour la poursuite de l'allaitement : le don de compléments.

Cette supplémentation est associée à un sevrage plus précoce dans une majorité de ces études (27, 24, 30), même si certaines le considèrent plus comme un marqueur de difficultés au démarrage de l'allaitement maternel, ou d'une faible motivation maternelle (30 et 28), et que d'autres ne retrouvent pas (32) ou de façon non significative (23) ce lien. Cette influence négative est reconnue par l'HAS et l'OMS, qui ont publié des recommandations afin de limiter l'utilisation de ces compléments :

- l'OMS au travers de l'IHAB dès 2002 (17)

- l'HAS, au sein de ses recommandations de mai 2002 sur l'allaitement maternel (16) " L'introduction de compléments perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce", de niveau de preuve de grade C.
- l'HAS confirme sa position dans le rapport du Pr Turck, de juin 2010, pour le Programme National Nutrition Santé 2 (7).

2. Hypothèses pour tenter d'expliquer cet impact (30)

- diminution de la fréquence des tétées, et donc interférence avec le système "de l'offre et de la demande", et baisse de la production de lait, par absence de stimulation.
- Risque de stase lactée, d'engorgement, et donc in fine diminution de la production de lait.
- interférence possible avec l'apprentissage de la succion au sein, surtout si on utilise des biberons pour administrer les compléments
- perte de confiance de la mère dans sa capacité à allaiter, en particulier en cas d'utilisation de compléments en l'absence d'indication médicale (30).

3. Facteurs de risque d'utilisation de compléments

a. Conditions de naissance

La délivrance dirigée (35) et la naissance par césarienne (27, 35), sont dans certaines études associées avec un taux plus élevé de compléments ; au contraire de l'accouchement par voie basse (37).

b. Soins encadrant la naissance

Le don de compléments est plus important, dans certaines études, en cas de :

- manque de temps du personnel (38)
- manque de formation du personnel sur l'allaitement maternel (8)
- absence d'aide concernant l'allaitement, aux mères, lors de leur séjour en salle de naissance et en suite de couches (8)
- laps de temps prolongé entre l'accouchement et la première tétée (37).

Au contraire, les compléments semblent moins utilisés en cas d'allaitement maternel à la demande (37).

Enfin, il semble exister une importante variation du taux de compléments en fonction des

maternités (37).

c. Caractéristiques du nouveau-né

Les nouveau-nés reçoivent plus de complément, dans certaines études, si :

- leur poids de naissance n'entre pas dans les « normes », qu'ils soient plus légers (27) ou plus lourds (35) qu'attendu, par peur de l'hypoglycémie.
- Ils présentent des difficultés à téter (27, 36)
- ils ont des facteurs de risque d'hypoglycémie (27, 30)
- leur perte de poids est jugée excessive (27, 30)
- leurs tétées sont considérées comme étant trop espacées (30)
- leur pleurs sont jugés difficiles à gérer par leur mère, ou le personnel (30).

d. Caractéristiques de la mère

Le taux de complément est plus important, si les mères :

- sont primipares, ou sans expérience d'allaitement maternel (27)
- perçoivent un manque de lait (36)
- sont fatiguées (30)
- sont angoissées (30)

Au contraire, les nouveau-nés ont moins de compléments, si leur mère :

- sont mariées (37)
- ont fait des études supérieures (37)
- ont décidé d'allaiter avant le début de la grossesse (37).

D'après Gisèle Gremmo-Feger (30), le recours aux compléments est souvent associé à des difficultés de démarrage de l'allaitement maternel, elles-mêmes en lien avec des conditions de naissance non physiologiques. Ces naissances compliquées, sont en effet à l'origine d'un comportement non optimal du nouveau-né au sein, et d'un retard de montée de lait maternel, qui aggravent la perte de poids et justifient le recours aux compléments.

Afin de diminuer le recours aux compléments, il s'agit donc de limiter les dépenses d'énergie et de recueillir le lait maternel. Il faut essayer d'éviter les pleurs du nouveau-né, l'agitation et surtout son hypothermie :

- en encourageant la proximité physique et le contact peau-à-peau, dès la naissance, entre la mère et son enfant,
- en limitant les soins, et en les faisant coïncider, si possible, avec le rythme

physiologique du nouveau-né.

4. Indications médicales des compléments :

Il n'existe pas de protocole validé, au niveau international, ou même national, pour encadrer les prescriptions médicales de compléments, et ceux-ci peuvent varier d'une maternité à l'autre, même au sein du label IHAB.

- l'OMS / UNICEF, proposent via le BFHI (Baby- friendly hospital initiative) en 1992, un protocole très strict et restrictif d'indications aux compléments (document réactualisé en 2006 et 2009), loin de ce qui est actuellement appliqué dans les hôpitaux français (Annexe n°7).
- l'Academy of breastfeeding Medicine (l'académie médicale d'allaitement maternel américaine), en propose un plus souple, détaillé et pratique (annexe n°6).

V. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE : ETAT DES

LIEUX

A. Les enquêtes nationales périnatales (9)

Les données disponibles proviennent des enquêtes nationales périnatales. Ces études reposent sur le principe d'un recueil d'informations sur l'état de santé, et les soins périnataux à partir d'un échantillon représentatif des naissances. Les nouveau-nés venus au monde dans les maternités publiques et privées, d'âge gestationnel d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou qui pesaient au moins 500g à la naissance. Le recueil portait sur la totalité des naissances pendant une semaine, c'est-à-dire tous les enfants nés vivants ou morts. Les informations provenaient de trois sources :

- un interrogatoire auprès des femmes, en suites de couches, pour connaître leurs caractéristiques sociodémographiques et la surveillance prénatale,
- un recueil des données relatives aux complications de la grossesse, à l'accouchement et à l'état de l'enfant à la naissance à partir du dossier médical,
- et une fiche remplie par la maternité décrivant les principales caractéristiques de l'établissement.

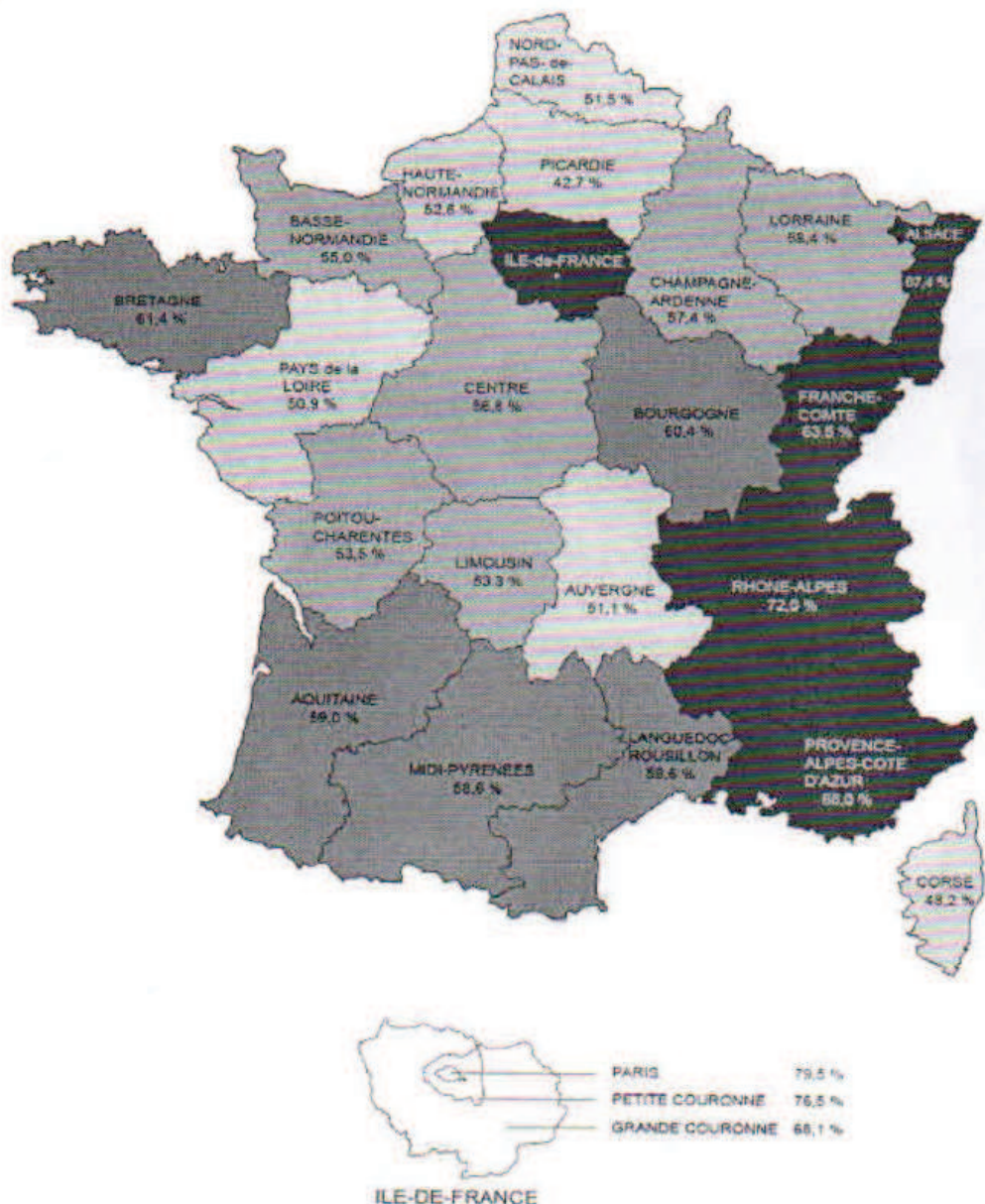
La proportion d'enfants allaités pendant leur séjour à la maternité, de façon exclusive ou

partielle, a augmenté régulièrement depuis les taux des enquêtes de 1972 :

- 1972 : 36%
- 1976 : 51,6%
- 1995 : 51,6% (dont 40,5% en allaitement maternel exclusif lors du recueil des données à la maternité)
- 1998 : 52,5% (dont 43,9% en allaitement maternel exclusif)
- 2003 : 62,6% (dont 55,4% en allaitement maternel exclusif)
- 2010 : 69% (dont 60,2% en allaitement maternel exclusif)

Il existe des différences régionales importantes quant aux taux d'initiation de l'allaitement. En 2003, les extrêmes étaient représentés par la Picardie avec 43%, et la Région Parisienne avec 74%.

Prévalence régionale de l'initiation de l'allaitement, en France, en 2003, selon l'ENP



B. L'étude épiphane (10)

En 2012 a été lancé en France, l'étude Epiphane : Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie.

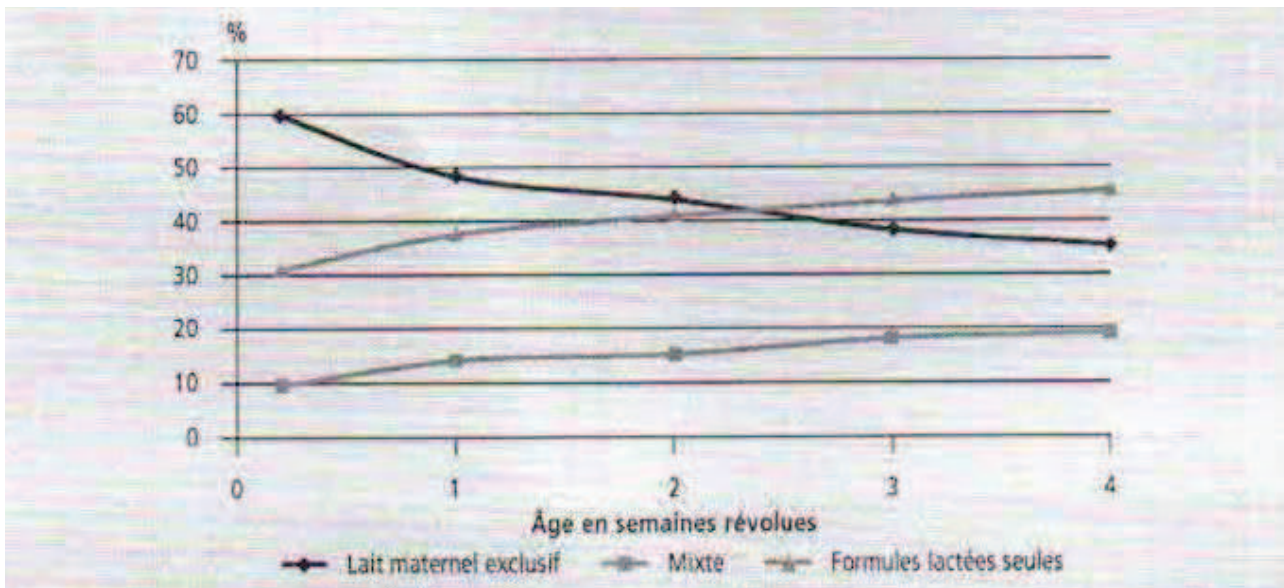
Elle avait pour but de décrire de façon régulière, sur un échantillon aléatoire national de nourrissons, les pratiques et la durée de l'allaitement maternel, l'utilisation des formules lactées du commerce, et les modalités de la diversification alimentaire.

Elle portait sur un échantillon aléatoire de nourrissons nés entre mi-janvier et début avril 2012, dans des maternités tirées au sort sur tout le territoire de France métropolitaine et suivis pendant 12 mois. Les mères sont interrogées par questionnaires à la maternité,

ainsi qu'à un mois, quatre mois, huit mois, et douze mois :

- Il a été retrouvé un taux d'initiation de l'allaitement maternel à la maternité de 69,1%, dont 59,7% d'allaitement maternel exclusif (et 9,3% de partiel).
- Ce taux diminue fortement au cours de la première semaine : à la fin de la première semaine, ils ne sont plus que 48% à ne pas avoir reçu de substituts de lait maternel.
- Dès un mois, ils ne sont plus que 54% à être allaités, et seulement 35% de façon exclusive.

Evolution des taux d'alimentation lactée de la maternité à un mois, étude Epiphane 2012, France (10)



C. Situation par rapport aux autres pays industrialisés (7 et 11)

Malgré l'augmentation récente, le taux d'initiation et la durée de l'allaitement maternel en France se situait parmi les plus faibles d'Europe au début des années 2000.

1. Les taux d'initiation d'allaitement maternel :

Le taux d'initiation de l'allaitement maternel a augmenté dans la plupart des pays européens au cours des dernières années :

- au Royaume Uni, l'allaitement est passé de 62% en 1990 à 70% en 2005.
- en Italie de 85% en 1995 à 91% en 1999.

- aux États Unis de 57% en 1993, à 68% en 1998, et 71% en 2002.

Ce taux varie de façon importante selon les pays européens, ainsi en 2003 :

- de moins de 40% en Irlande.
- à plus de 95% dans les pays scandinaves.
- quatorze pays ont un taux supérieur à 90% (dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Suisse).
- et cinq pays un taux entre 70 et 90% (dont l'Espagne, les Pays-Bas et la Grande Bretagne).

2. La durée d'allaitement maternel :

On ne dispose pas de données au niveau national, en France, concernant la durée de l'allaitement maternel, du fait de l'absence d'évaluations épidémiologiques régulières.

Celle-ci est le plus souvent très courte en France : sa durée médiane a été estimée à 10 semaines en 1998, mais il existe d'importantes disparités régionales.

Par rapport aux autres pays européens, elle est courte :

- en 2000, en France le taux d'allaitement estimé passe de 53% à la sortie de maternité, à 15% à 3-4 mois de vie.
- alors qu'en Suède par exemple, en 2000, il est de 98% à la sortie de maternité, et de 83% à 3-4 mois.

VI. POLITIQUES NATIONALES ET INTERNATIONALES DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL

A. Textes internationaux

L'OMS s'inquiète dès les années 1970 de la question de la protection et de la promotion de l'allaitement maternel.

1. code international de commercialisation des substituts de lait maternel (1981)

(12)

Finalement, en 1981, la 34^{ème} assemblée mondiale de la santé de l'OMS adopte un code visant à réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel.

Les principales dispositions du Code international, enrichies des résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé (mises à jour et éclaircissements), sont :

- Les gouvernements ont la responsabilité de fournir des informations sur l'alimentation des nourrissons. Des dons de matériel, d'information par les producteurs ou les distributeurs ne sont autorisés que sur demande, et avec l'approbation écrite de l'autorité gouvernementale appropriée.
- Pas de publicité pour les substituts du lait maternel auprès du public.
- Pas d'échantillons directs ou indirects, ni de cadeaux aux mères ou à leur famille.
- Pas de contact direct ou indirect entre les représentants des firmes et les mères.
- Pas de cadeaux ni d'échantillons personnels aux professionnels de santé. Les échantillons fournis ne peuvent être employés que pour l'évaluation professionnelle ou la recherche scientifique au niveau de l'institution. Les professionnels de santé ne devraient pas donner d'échantillons aux femmes enceintes ni aux mères de nourrissons et de jeunes enfants.
- L'information des professionnels de santé devrait se limiter aux données scientifiques et aux faits.
- Un soutien financier aux professionnels de santé ne devrait pas créer des conflits d'intérêt.
- Toute information donnée aux mères doit inclure les bienfaits de l'allaitement maternel, les coûts et les risques de l'alimentation artificielle.
- Pas de publicité pour les produits visés par le code international dans le système de santé, ni de fournitures gratuites.
- Sur l'étiquetage, les expressions telles qu' "humanisé, maternisé" et d'autres termes analogues sont interdites ainsi que les images ou textes qui idéalisent l'alimentation artificielle.
- Les allégations nutritionnelles ou de santé ne sont pas permises pour les substituts du lait maternel, sauf si l'exception est établie dans la législation nationale.

2. Convention internationale relative aux Droits de l'Enfant (1989) (7)

La protection, la promotion, et le soutien de l'allaitement maternel font partie intégrante du domaine des droits de l'homme, comme le stipule la Convention, adoptée par l'Organisation des Nations Unies le 20 novembre 1989, article 24 : "les États parties reconnaissent le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible... Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent des mesures appropriées pour... Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents."

3. La déclaration d'Innocenti (1990, complétée en 2005) (13) :

La déclaration d'Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants (représentants de 10 agences de l'ONU et de 32 pays) à la réunion OMS/UNICEF sur "l'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale" qui s'est tenue au Spegale Degli Innocenti à Florence du 30 juillet au 1er août 1990. Il s'agit d'une stratégie mondiale pour la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel.

Elle repose sur 4 cibles opérationnelles :

- Désigner un coordinateur national doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multi sectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé.
- Faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les "dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel" énoncées dans la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel et les services liés à la maternité.
- Mettre en œuvre les principes et l'objectif du code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée Mondiale de la Santé.
- Promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application.

Elle a été enrichie en 2005 par 5 cibles opérationnelles supplémentaires :

- Élaborer, mettre en œuvre, suivre et évaluer une politique complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte des politiques et

programmes nationaux concernant la nutrition, la santé de l'enfant, et la réduction de la pauvreté.

- Faire en sorte que le secteur de la santé et les autres secteurs concernés protègent, encouragent et appuient l'allaitement exclusif au sein pendant 6 mois et sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà, tout en garantissant aux femmes l'accès aux moyens nécessaires, dans la famille, la communauté, et au travail, pour y parvenir.
- Promouvoir une alimentation complémentaire adéquate, sûre, appropriée, et à terme, parallèlement à la poursuite de l'allaitement maternel.
- Donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans des situations de difficultés exceptionnelles et sur le soutien dont ont besoin dans pareil cas les mères, les familles, et les autres personnes qui s'occupent des enfants.
- Envisager la nécessité de nouvelles mesures, législatives ou autres, dans le cadre d'une politique plus vaste sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et aux objectifs du Code International des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

4. L'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB 1991) (7, 14, 15)

Cette initiative a été lancée en 1991. Il s'agit de la principale stratégie d'intervention de l'OMS et de l'UNICEF pour protéger et soutenir l'allaitement maternel. Elle se base sur les "dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel" énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF de 1989.

Elle propose dès 1992, un label "Hôpitaux Amis des bébés" aux équipes respectant les 10 conditions et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Ces 10 conditions ont été modifiées et complétées par l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Chaque coordination nationale de l'IHAB peut utiliser des termes adaptés dans son pays et changer l'intitulé des recommandations, du moment que les critères de chaque recommandation ne sont pas modifiés. C'est ce qui a été fait en France (annexe 3).

Au niveau international, l'obtention par un hôpital du label IHAB repose sur le respect :

- Des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et UNICEF de 1989, réactualisées en 2009.

- Le respect du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel.
- Le taux d'allaitement maternel exclusif, de la naissance à la sortie de la maternité, égal ou supérieur à 75%.

En septembre 2011, lors du séminaire d'Uppsala en Suède pour l'extension du label IHAB aux unités de néonatalogie, est introduite par un groupe de travail Nordique et Québécois, la notion de 3 principes de base à la démarche IHAB. Ces principes doivent permettre d'assurer le respect de l'esprit IHAB de soins centrés sur la famille, en assurant un fil conducteur aux 12 recommandations (18 et annexe 4) :

- Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né.
- Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille.
- Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins.

La labellisation IHAB améliore le taux d'allaitement à la sortie de maternité et entraîne une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (niveau de preuve grade B, ANAES 2002) (16, 25, 26).

En 2006 on répertoriait plus de 19600 hôpitaux dans 150 pays qui avaient obtenus le label "amis des bébés". En Europe on en comptait environ 650, et 5 maternités labellisées en France.

5. La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 2002 (17) :

Elle rappelle l'importance de la mise en place des mesures préconisées par la Déclaration d'Innocenti, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et l'Initiative des hôpitaux "amis des bébés".

Et elle établit les lignes directrices pour une alimentation adéquate du nourrisson et du jeune enfant, en insistant sur l'importance d'un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie (recommandations de l'OMS signées le 16 mai 2001 par l'Assemblée Mondiale de la Santé : résolution WHA 54.2) : " 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 l'âge de 2 ans ou plus."

B. Au niveau européen (7 et 11) :

La société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatrique (ESPGHAN), recommande un allaitement maternel exclusif d'une durée de 6 mois idéalement, et au minimum de 4 mois.

1. Directives européennes pour mettre en application le Code International de commercialisation des substituts de lait maternel dans les législations européennes

Alors que tous les pays européens ont signé le Code en 1981, c'est seulement en 1991 qu'une première directive reprenant des éléments du Code, afin de réglementer la commercialisation des substituts de lait maternel dans les pays européens, est adoptée par la Commission Européenne.

Elle sera complétée par d'autres directives en 1992 et 2006.

Il faudra attendre 1994 pour que ces directives commencent à être transcrites dans la législation française.

2. Le plan d'action de 2004 (révisé en 2008) pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel en Europe :

Il offre un cadre, un plan coordonné, pour la mise en place de programmes pertinents, nationaux et régionaux de promotion de l'allaitement maternel.

Il se base sur la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

C. Au niveau national :

L'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois de la vie de l'enfant par :

- la Haute Autorité de Santé (HAS, anciennement ANAES en 2002),
- la Société Française de pédiatrie (SFP),

- l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA),
- le Collège National des Sages-Femmes (CNSF),
- le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF).

1. La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) (15) :

Il s'agit d'une association née en 2000. Elle regroupe des associations de professionnels de la santé et d'usagers, ainsi que des individuels, professionnels ou usagers, afin d'impulser des actions de promotion de l'allaitement maternel en France et d'être un interlocuteur représentatif auprès des institutions. Elle dispose d'un conseil scientifique composé de professeurs de pédiatrie et de gynécologie obstétrique et d'experts dans le domaine de l'allaitement.

Sa création en 2000 a permis de lancer l'IHAB en France.

2. Recommandations au sujet de l'allaitement maternel de l'ANAES (future HAS) en 2002 (16) :

Dans ces recommandations, elle propose des conseils d'organisation et des modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel et de sa poursuite jusqu'au moins 6 mois.

Elle encourage l'application des "10 conditions pour le succès de l'allaitement " proposées par l'OMS et l'UNICEF, dans le cadre de l'Initiative "Hôpitaux Amis des Bébé" (IHAB).

3. Programme National Nutrition Santé (PNNS) 1 (2006-2010) et 2 (2011-2015) (7) :

La promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs spécifiques du PNNS. Il propose une série de mesures afin de permettre et de favoriser la promotion de l'allaitement maternel tant dans sa durée que dans son initiation.

4. L'IHAB en France (14 et 15) :

a. Historique en France

Alors que l'IHAB est créée en 1992 au niveau international, il faut attendre 2000, en France, pour que l'IHAB débute, suite à la demande des équipes de deux maternités, qui souhaitent être labellisées (le centre hospitalier de Lons Le Saunier et la clinique Saint Jean de Roubaix).

Grâce à la création la même année de la CoFam, un groupe de travail IHAB voit le jour en son sein, et organise la première évaluation et attribution de label « Hôpital Ami des

Bébés » au CH de Lons Le Saunier. Un comité d'attribution formé de représentants des sociétés et associations de gynéco-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture et principales associations de mères est constitué.

Il faudra ensuite attendre 2002, pour que Roubaix soit à son tour évalué et reçoive le label. En 2011 l'association "IHAB France" est créée, pour se concentrer uniquement sur le programme Ami des Bébés.

b. Soutiens de l'IHAB en France

Le Comité français de l'UNICEF soutient officiellement l'IHAB depuis 2007.

En 2006, l'HAS recommande d'engager les maternités dans une démarche d'obtention du label IHAB, et reconnaît une amélioration du taux d'allaitement à la sortie de la maternité et une augmentation de la durée d'allaitement exclusif au sein de l'IHAB (niveau de preuve grade B) (19, 25, 26).

Le PNNS 2 reconnaît également l'intérêt de l'IHAB afin de favoriser l'allaitement maternel, mais aussi son intérêt même en cas d'allaitement artificiel. " Il a été montré que les compétences, le savoir-faire et la motivation acquis autour de l'accueil du nouveau-né et de l'allaitement grâce à l'IHAB bénéficient à tous les nouveau-nés, allaités ou non, et à toutes les mères, allaitantes ou non, ainsi qu'à l'activité du service dans son ensemble, en particulier pour la relation entre soignants et parents, et la cohérence entre les professionnels. La philosophie de l'IHAB est de créer un état d'esprit d'accueil et d'accompagnement en maternité de toutes les familles, que le nouveau-né soit allaité ou pas, en leur offrant des soins alliant qualité et sécurité." (7).

c. Établissements labellisés en France (2012) :

En 2012, 18 établissements sont labellisés en France ; et 20 fin 2013.

LES MATERNITES IHAB en 2012 en France (avec dates d'accréditation)



d. Les critères du label IHAB en France

Depuis 2011, pour recevoir le label IHAB en France, les équipes de maternité et de néonatalogie doivent satisfaire aux critères des 12 recommandations suivantes (*les parties en italique concernent les nouveau-nés prématurés et/ou malades, donc les pratiques en maternité et/ou en néonatalogie*) (14 et annexe 3) :

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants. *Exigences identiques pour les services de néonatalogie.*
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique. *Exigences identiques pour les services de néonatalogie.*
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement. *Informé de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.*
4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. *Il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 Semaines d'Aménorrhée.*
5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né. *Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation si leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui.*
6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. *Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et le lait de lactarium si un complément est nécessaire.*
7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. *Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.*
8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant. *Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable. Réfléchir aux stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.*
9. Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités. *Réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières (succion non nutritive...).*
10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau. *Exigences adaptées pour les services de néonatalogie.*
11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international

de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM), aussi appelé Code OMS.

Exigences identiques pour les services de néonatalogie.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Le code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel n'interdit pas les dons de matériel et d'équipements pour les services et sous certaines conditions, les financements d'étude, de recherches, de formation et activités analogues...

La coordination française a établi une éthique financière à propos de ces financements, exigeant la transparence auprès des professionnels du service concernés (que les financements soient perçus par une association de service ou par l'établissement), et une réflexion sur les conflits d'intérêts qu'ils peuvent entraîner. Il est également demandé de diversifier les sources de financements.

A ces 12 recommandations s'ajoutent, les 3 principes décrits lors du séminaire d'Uppsala de 2011 (18 et annexe 4). Ils ont été intégrés dans la démarche et dans les évaluations en France en 2013. Ils s'appliquent aux équipes de maternité comme à celles de néonatalogie.

Comme dans d'autres pays où le taux d'allaitement est faible, le comité d'attribution du label a défini un label national, dont la différence principale avec le label international porte sur le taux d'allaitement :

- Il n'est pas exigé de taux minimum d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de la maternité, mais ce taux doit être en progression par rapport aux années antérieures et être supérieur à la moyenne départementale.
- De plus, il est demandé un travail en réseau, avec des liens ou des actions en dehors de l'établissement (PMI, groupes de mères, pédiatres, généralistes, sages-femmes libérales, ...), ce qui est compris dans le respect des 3 principes de 2011.

Le label est délivré pour 4 ans, au bout desquels la (ou les) équipes de maternité (et de néonatalogie) doivent être réévaluées.

e. Les étapes vers le label :

- 1 : autoévaluation. Le service juge lui-même de ses pratiques à l'aide de questionnaires d'autoévaluation, pour savoir où l'équipe se situe par rapport aux conditions du label.

- 2 : projet de service. Élaboration et mise en route d'un plan d'action concernant les changements nécessaires pour répondre aux critères. C'est l'étape la plus longue qui va nécessiter la formation du personnel, la mise à jour des procédures, et la vérification du chemin parcouru en renouvelant l'autoévaluation.
- 3 : déclaration de mise en route vers le label. Par cette déclaration, non obligatoire, l'établissement formalise son engagement vers le label. Elle peut être remplie et envoyée à l'IHAB France, quel que soit l'état d'avancement du projet. Elle permet ainsi de connaître les établissements engagés dans la démarche, et de favoriser les échanges et les partages d'expériences entre les équipes. Celles-ci seront informées en priorité des séminaires de formation spécifique sur l'IHAB, organisés par l'IHAB France.
- 4 : évaluation extérieure. Lorsque les pratiques sont en accord avec les critères, l'établissement s'adresse à l'IHAB France afin que des experts viennent vérifier les pratiques et rédiger un rapport d'évaluation.
- 5 : attribution du label ou du certificat d'engagement. Après examen du rapport d'évaluation, un comité-représentant des sociétés savantes, des collègues de professionnels et des associations d'usagers attribue le label "Ami des Bébé" ou un certificat d'engagement, si des points importants restent à améliorer.
- 6 : suivi et réévaluation. Le label est attribué pour une durée de 4 ans. A ce terme, l'établissement doit demander une réévaluation pour conserver son statut. Dans l'intervalle, l'IHAB France organise tous les ans un suivi des principaux indicateurs.

f. Effet de la labellisations sur l'allaitement maternel, en France

En France, l'effet de l'IHAB sur les taux d'initiation de l'allaitement ne semble pas exister pour l'instant, mais plusieurs maternités ont étudié les effets sur la durée de l'allaitement et deux thèses de médecine sont arrivées aux résultats suivants :

- En 2008, dans une enquête transversale entre 3 maternités rurales type 1 des Régions Charente et Aquitaine (40), les durées moyennes d'allaitement maternel exclusif étaient de 2,4 mois et 2,9 mois pour les maternités dans la démarche IHAB contre 1,6 mois dans la maternité témoin ($p=0,01$). Les taux d'allaitement maternel total à l'âge 3 mois étaient de 31,1% et 35,3% pour les maternités dans la démarche IHAB contre 16,7% dans la maternité témoin ($p=0,01$).
- En 2012, dans une enquête avant-après label IHAB à la Maternité du CH de Roubaix (type IIB) (39), les durées médianes d'allaitement maternel exclusif sont

passées de 3 mois à 4 mois ($p=0,012$).

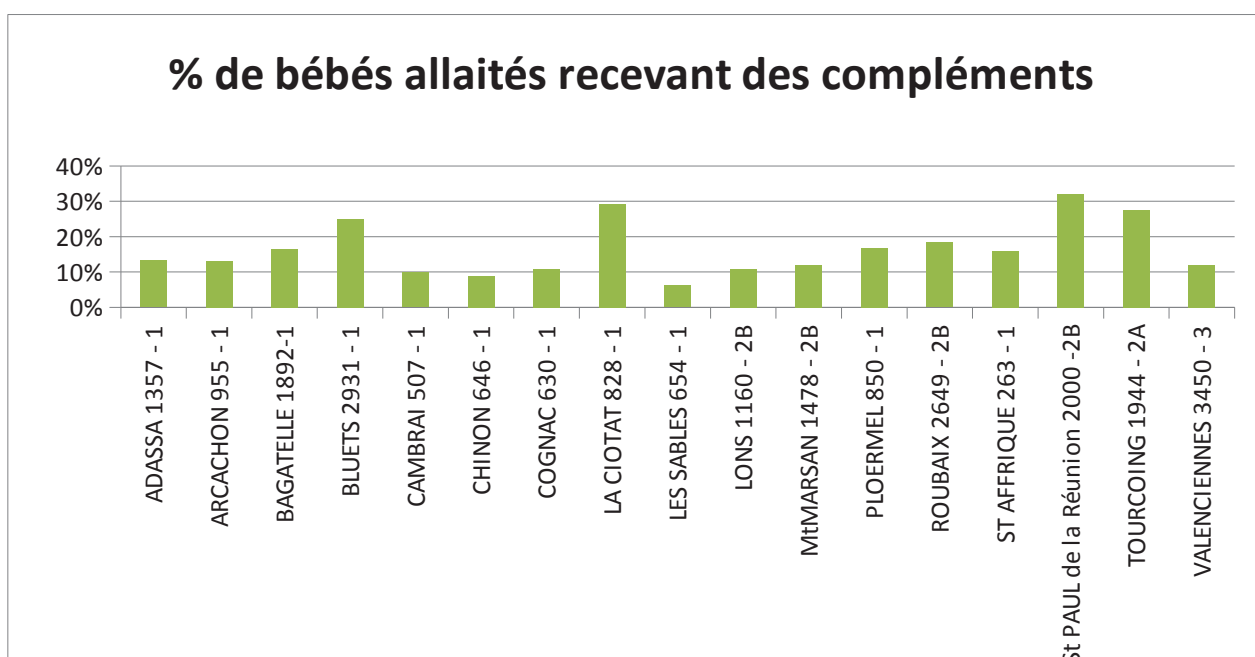
DEUXIEME PARTIE

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le label Initiative Hôpital Ami des BébéS a été créé afin de protéger et soutenir l'allaitement maternel. Une de ses recommandations est de "ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale". En effet de nombreuses études retrouvent un raccourcissement de la durée de l'allaitement maternel en cas de don de complément au nouveau-né.

Chaque année, les établissements français labellisés envoient leurs statistiques d'alimentation des nouveau-nés, dont le nombre de nouveau-nés complétés, à l'association IHAB France. Il est constaté des différences importantes de taux de compléments entre ces maternités.

Comme le montre, notamment, ce tableau récapitulatif du pourcentage de nouveau-nés allaités recevant des compléments, au sein des maternités IHAB françaises en 2012 :



L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux, afin :

- D'essayer d'expliquer cette différence de taux de compléments entre ces maternités.
- De proposer des solutions afin d'essayer de diminuer ces différences, et le nombre de compléments administrés.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude

L'étude est observationnelle, transversale, réalisée de manière prospective et/ou rétrospective au sein des maternités françaises labellisées IHAB en 2013.

B. Population et déroulement de l'étude

Sur les 18 maternités françaises labellisées IHAB en 2013, 6 n'ont pas participé à l'étude :

- maternité d'Adassa, à Strasbourg,
- maternité de Cognac,
- maternité de La Ciotat,
- maternité des Sables d'Olonne,
- maternité de Tourcoing,

par manque de disponibilité de leur équipe, et en raison d'une étude du même type réalisée en interne peu de temps avant pour la maternité de La Ciotat.

L'étude concerne les naissances au cours de 30 jours consécutifs, choisis entre le 22 avril et le 30 juillet 2013, selon la convenance de chaque établissement.

Initialement prévu exclusivement en prospectif, le recueil n'a finalement pu être réalisé qu'en rétrospectif dans 3 maternités (par manque de temps pour les équipes concernées) :

- La maternité de Mont-de-Marsan,
- Les Bluets à Paris,
- La maternité de Valenciennes,
- Et en partie en rétrospectif pour la maternité de Roubaix (11 questionnaires sur 42).

Ce qui représente finalement 116 questionnaires sur 236 remplis en rétrospectif.

Le recueil des données s'est donc effectué entre avril 2013 et janvier 2014. Il repose sur le remplissage d'un questionnaire type pour tous les nouveau-nés de ces maternités, allaités, recevant au moins un complément au cours du séjour au sein de la maternité.

Les questionnaires remplis en prospectifs, l'ont été comme prévu par le personnel donnant le premier complément. Par contre ceux remplis en rétrospectif, ont été complétés à partir des dossiers, par la surveillante de la maternité, la correspondante IHAB de l'établissement, voire par nous-même pour la maternité de Valenciennes.

C. Les questionnaires

Les questionnaires se divisent en 3 parties principales :

- Le but de la première partie est de récolter des informations, dans un premier temps sur la mère, puis sur le nouveau-né, puis sur le déroulement de l'accouchement.
- La deuxième, se concentre sur "le complément", son indication, si d'autres alternatives ont été tentées, son mode d'administration.
- Enfin la dernière, concerne la sortie de maternité : la perte de poids du nouveau-né durant son séjour dans la maternité, le mode d'allaitement de sortie envisagé par la mère.

Pour la réalisation des questionnaires nous nous sommes inspirés de protocoles encadrant le don de complément :

- De l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans le cadre de sa création de l'IHAB, édité en 1992 et révisé en 2006, "raisons médicales acceptables pour des compléments temporaires ou permanents" ; et de son interprétation par le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel de Belgique (annexes n° 7 et 8).
- De l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM : Académie médicale sur l'allaitement maternel des Etats Unis), révisé en 2009, "Protocole n°3 de l'ABM, recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité" (annexe n°6).
- Et de la conférence de Gisèle Gremmo-Feger du 28/11/200, à Paris, lors de la première journée nationale sur l'Initiative Hôpital Amis des Bébés : "A propos des

données médicales de l'IHAB : comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ?" (30).

D. Analyse des résultats

Les questionnaires ont ensuite été analysés avec le logiciel épidata et épidata analysis.

La comparaison des deux variables qualitatives entre elles a été effectuée avec le test de Chi² de Pearson. Lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, il était complété par le test exact de Fischer. L'ensemble des tests comparatifs a été réalisé en considérant des hypothèses bilatérales.

Les variables quantitatives étaient décrites par leur moyenne, et médiane.

La comparaison entre deux moyennes, c'est-à-dire d'une variable quantitative selon une variable qualitative, a été réalisée avec le test de Student. Si le fichier comportait un faible échantillon (moins de 30), ou que la variable n'avait pas une distribution "normale" (par exemple si la moyenne était très différente de la médiane), ou si le test de Bartlett était positif, l'analyse était alors complétée par un test de Kruskal-Wallis.

III. RESULTATS

12 maternités sur les 18 labellisées ont donc participé à l'étude, et 236 questionnaires ont été remplis à propos de nouveau-nés allaités et complétés durant leur séjour, avec des grandes disparités selon les hôpitaux :

- 1 seul pour Chinon,
- 2 pour Cambrai,
- 2 pour Saint Afrique,
- 5 pour Ploërmel,
- 6 pour Ancenis,
- 8 pour Arcachon,
- 9 pour Mont de Marsan (recueil rétrospectif),
- 19 pour la maternité Bagatelle à Bordeaux,
- 42 pour Roubaix (dont 11 questionnaires remplis en rétrospectif),
- 46 pour la maternité Gabriel Martin, à Saint Paul (Réunion),
- 46 pour la maternité des Bluets à Paris (recueil rétrospectif),
- 50 pour Valenciennes (recueil rétrospectif),

116 questionnaires ont été complétés en rétrospectif et 120 en prospectif.

A. Caractéristiques des mères de l'étude :

1. IMC

La moyenne de leur poids est de 25,6.

2. Age maternel

La moyenne est de 30 ans.

3. Expériences maternelles d'allaitement

Dans cette étude 87 mères seulement ont déjà allaité, soit 36,9%.

Parmi celles ayant déjà allaité, 33 ont eu des difficultés lors d'allaitements antérieurs, soit 37,9% des mères de l'étude ayant déjà allaité.

4. Diabète maternel

38 mères de l'étude ont du diabète (gestationnel ou non), soit 16,1%, sans différence retrouvée, par rapport au reste des nouveau-nés complémentés de l'étude, pour les indications des compléments, et le mode d'alimentation de sortie.

5. Problème mammaire

6 mères ont un antécédent de chirurgie mammaire, et 15 de malformation des mamelons, soit un effectif de 8,9% au sein de l'étude.

6. Parité

Les primipares représentent 54,9% de l'effectif.

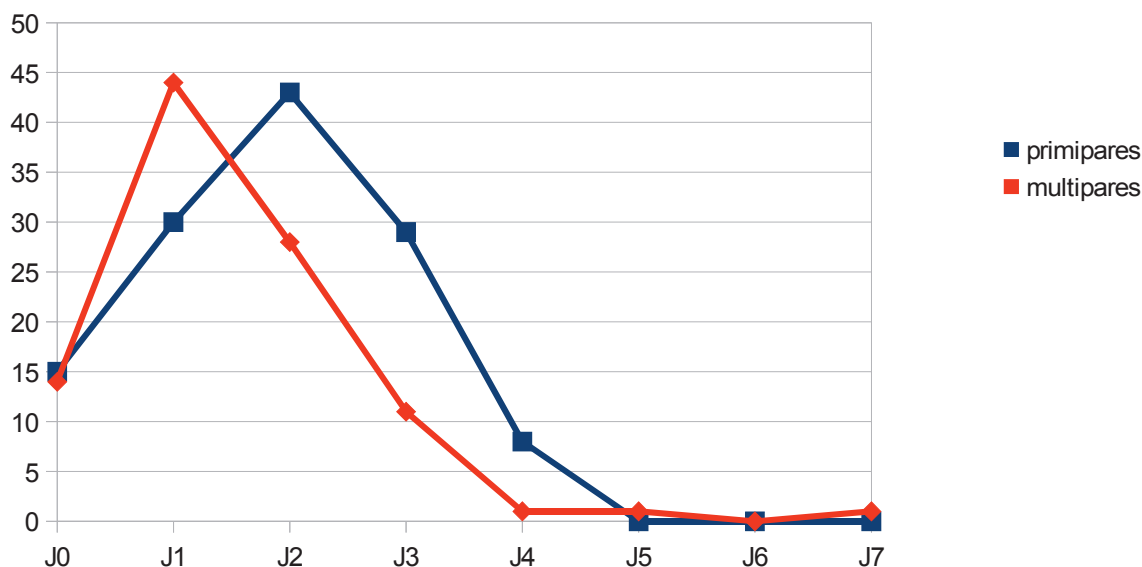
Le premier complément est donné, de façon significative, plus tardivement s'il s'agit d'une primipare : plus fréquemment à J2 pour les primipares (34,4% des nouveau-nés de primipares recevant des compléments), et à J1 pour les multipares (44% des nouveaux-nés des multipares recevant des compléments), avec un $p=0,0091$ (tableau et figure 1).

Tableau et figure 1 : jour d'administration du premier complément en fonction de la parité de la mère

parité	Moyenne du jour du premier complément	médiane
primipares	1,88	2
multipares	1,49	1

p Value = 0,0091

Bartlett's test for homogeneity of variance Chi2= 0.028 df(1) **p= 0.867**



Il n'est pas retrouvé, de différence significative de type d'alimentation de sortie, ni d'indication de compléments, selon la parité de la mère, chez les nouveau-nés ayant reçus des compléments.

Parmi les multipares de l'étude dont les nouveau-nés ont pris des compléments, 17,9% n'avaient jamais allaités, et 37,9% avaient déjà eu des difficultés lors des précédents allaitements.

Alimentation de sortie	multipares	Multipares ayant déjà allaité	Multipares ayant déjà eu des difficultés d'allaitement	Multipares n'ayant jamais allaité
Allaitement maternel exclusif	48 (45,3%)	45 (51,7%)	14 (42,4%)	3 (15,8%)
Allaitement partiel	32 (30,2%)	25 (28,7%)	10 (30,3%)	7 (36,8%)
Alimentation artificielle	26 (24,5%)	17 (19,5%)	9 (27,3%)	9 (47,3%)
total	106 (100%)	87 (100%)	33 (100%)	19 (100%)

Tableau 2 : alimentation de sortie de maternité des nouveau-nés en fonction des expériences antérieures d'allaitement de leur mère

D'ailleurs c'est parmi les multipares n'ayant jamais allaité qu'est constaté le plus important taux d'arrêt d'allaitement (47,3% sont passées en alimentation artificielle lors de la sortie de la maternité, tableau 2).

B. Informations sur le nouveau-né

1. Terme de naissance

La moyenne du terme de naissance est de 39 SA.

11 nouveau-nés de l'étude sont prématurés, nés avant 37 SA, soit 4,7% :

- parmi eux 4 sont des grands prématurés (nés à 25, 26, 28 et 29 SA),
- 4 sont nés à 35 SA,
- et 3 à 36 SA.

2. Poids de naissance

La moyenne du poids de naissance est de 3280 grammes.

Parmi ces nouveau-nés, 30,9% ont un poids de naissance inférieur à 3000 grammes, et 8% un poids de naissance supérieur à 4000 grammes.

Le complément est moins souvent donné suite à une demande maternelle (31,6%), et le plus souvent sur indication médicale (47,4%) chez les nouveau-nés pesant plus de 4000g, contrairement aux autres groupes, sans que cela ne représente une différence significative ($p = 0,1281$).

Il n'est pas retrouvé de différence, selon le poids du nouveau-né, en ce qui concerne : les différentes indications médicales, le pourcentage de perte de poids pendant le séjour, le pourcentage d'hypoglycémie, le jour du premier complément, l'alimentation de sortie, le pourcentage de mères diabétiques.

3. Malformations

6 malformations chez les nouveau-nés de cette étude ont été répertoriées :

- 4 freins de la langue,
- une fente labiale,
- une dysplasie rénale.

C. L'accouchement

1. L'anesthésie

La grande majorité des accouchements de l'étude a été réalisé sous péridurale ou rachianesthésie (84,2%).

2. Mode d'accouchement

76,3% des accouchements de l'étude se sont faits par voie basse, 13,6% par césarienne en urgence et 10,2% par césarienne programmée.

Le jour du premier complément varie selon le type d'accouchement (tableau et figure 3) :

- les compléments sont donnés plus fréquemment à J1 et J2 pour les accouchements par voie basse (35,6 et 31,6%),
- à J2 pour les césariennes programmées (42,9 %),
- et à J3 pour les césariennes en urgence (41,9%).

Il est significativement différent entre les accouchements par voie basse (en moyenne à J 1,6), et ceux par césarienne en urgence (en moyenne à J 2,32), avec $p=0,0037$.

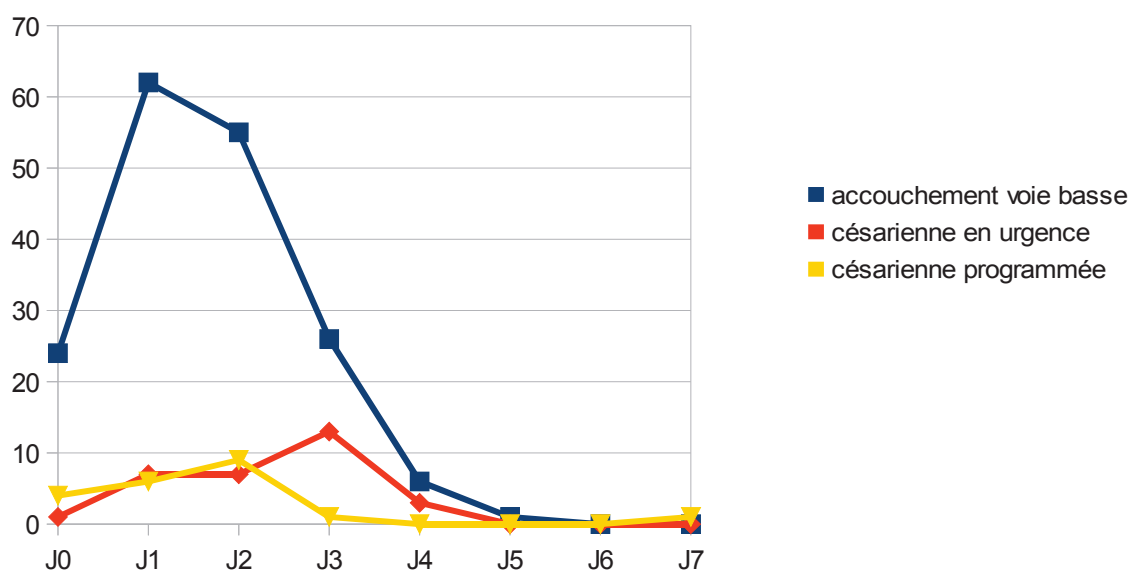


Tableau et figure 3 : jour d'administration du premier complément en fonction du mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Moyenne du jour du premier complément	médiane
Par voie basse	1,6	2
Césarienne en urgence	2,32	3

p Value = 0,0005

Bartlett's test for homogeneity of variance Chi2= 0.000 df(1) **p= 0.99**

Tableau 4 : cause du complément en fonction du mode d'accouchement

Cause du complément	Accouchement par voie basse	Césarienne en urgence	Césarienne programmée	total
Demande maternelle	104 (58,4%)	7 (21,9%)	9 (37,5%)	120 (51,3%)
Proposition du personnel	5 (2,8%)	1 (3,1%)	0	6 (2,6%)
Personnel maternelle +	11 (6,2%)	0	0	11 (4,7%)
Indication médicale	49 (27,5%)	22 (68,8%)	13 (54,2%)	84 (35,9%)
Médicale maternelle +	7 (3,9%)	2 (6,3%)	2 (8,3%)	11 (4,7%)
médicale personnel +	1 (0,6%)	0	0	1 (0,4%)
Médicale personnel + maternelle +	1 (0,6%)	0	0	1 (0,4%)
total	178 (100%)	32 (100%)	24 (100%)	234 (100%)

En cas d'accouchement par voie basse, la majorité des indications des compléments est d'origine maternelle, de façon significativement plus importante que ceux sur indication médicale, $p = 0,000$.

Alors que les indications des compléments des nouveau-nés nés par césarienne sont principalement médicales (68,8% des indications de compléments chez les nouveau-nés

nés en cas de césarienne en urgence, et 54,2% en cas de césarienne programmée) (tableau 4).

3. Peau à peau

Un peau-à-peau entre la mère, ou le père et le nouveau-né a été noté dans 146 dossiers (61,9%).

4. Souffrance fœtale au moment de la naissance

Le score Apgar à une minute est déjà à 10 dans 208 dossiers (88,1%).

La médiane du ph artériel est de 7,24 et celles du taux de lactates de 3,6.

Il n'y a pas eu de nouveau-né intubé en salle de naissance au sein de l'étude, et seuls 2 ont dû être transférés en néonatalogie.

D. indications du complément

Les mères seules, sont à l'origine de 51,3% des compléments donnés.

Et 35,9% des compléments sont administrés sur seule indication médicale.

Seuls 2,6% des compléments sont proposés par le personnel sans suivre le protocole, et sans demande maternelle.

Des compléments ont été délivrés pour 2 indications (ou plus) distinctes, dans 13 cas.

1. Alimentation de sortie du nouveau-né en fonction de l'indication du complément

Parmi les mères demandant un complément, 22,5% souhaitent un allaitement mixte et 20,8% souhaitent un arrêt de l'allaitement maternel.

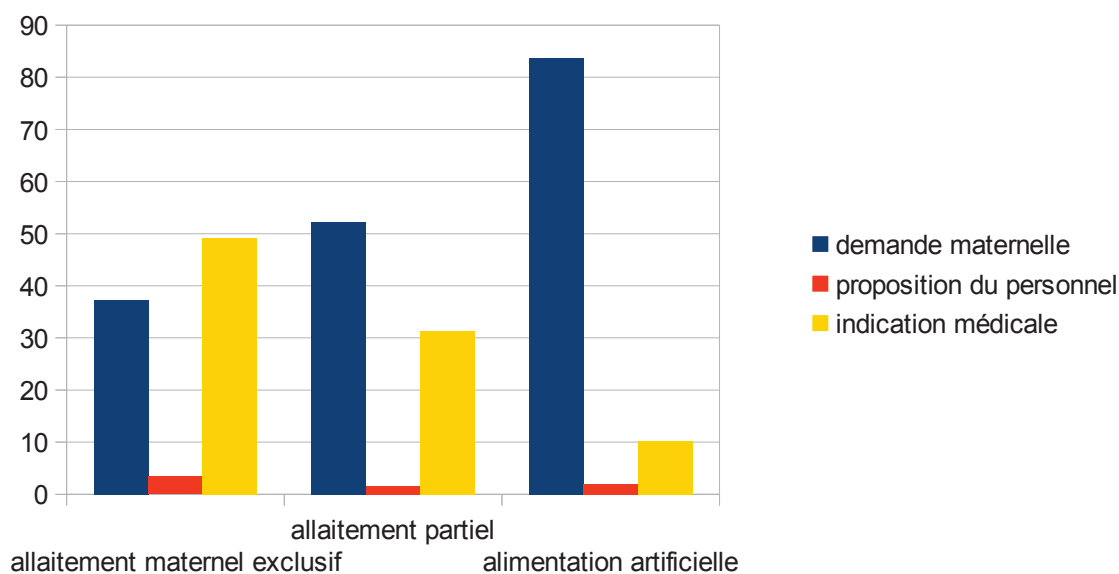
Ainsi à la sortie, dans le groupe des compléments donnés sur demande maternelle, les mères sont réparties en 3 groupes équivalent entre celles ayant arrêté d'allaiter, celles étant passées en allaitement partiel, et celles poursuivant un allaitement maternel exclusif (34,2%, 29,2%, et 36,7%). Contrairement aux autres indications, où la majorité des mères souhaitent un allaitement maternel exclusif à la sortie de maternité. (69% des nouveau-nés ayant reçu un complément sur indication médicale et 66,7% sur initiative du personnel).

Donc, à la sortie, dans 83,7% des cas de décision d'arrêt d'allaitement, le premier complément avait été demandé par la mère. De même parmi celles souhaitant un allaitement mixte à la sortie, 52,2% étaient à l'origine du premier complément donné à leur nouveau-né.

A l'inverse, dans 49,2% des décisions d'allaitement maternel exclusif à la sortie, les compléments relevaient d'une indication pédiatrique, et 37,3% seulement d'une demande maternelle seule (tableau et figure 5).

Tableau et figure 5 : mode d'alimentation de sortie choisi par les mères pour leur nouveau-né, en fonction de la cause du premier complément

Cause du complément	Allaitement maternel exclusif	Allaitement partiel	Alimentation artificielle
maternelle	44 (37,3%)	35 (52,2%)	41 (83,7%)
personnel	4 (3,4%)	1 (1,5%)	1 (2%)
médicale	58 (49,2%)	21 (31,3%)	5 (10,2%)
total	118 (100%)	67 (100%)	49 (100%)



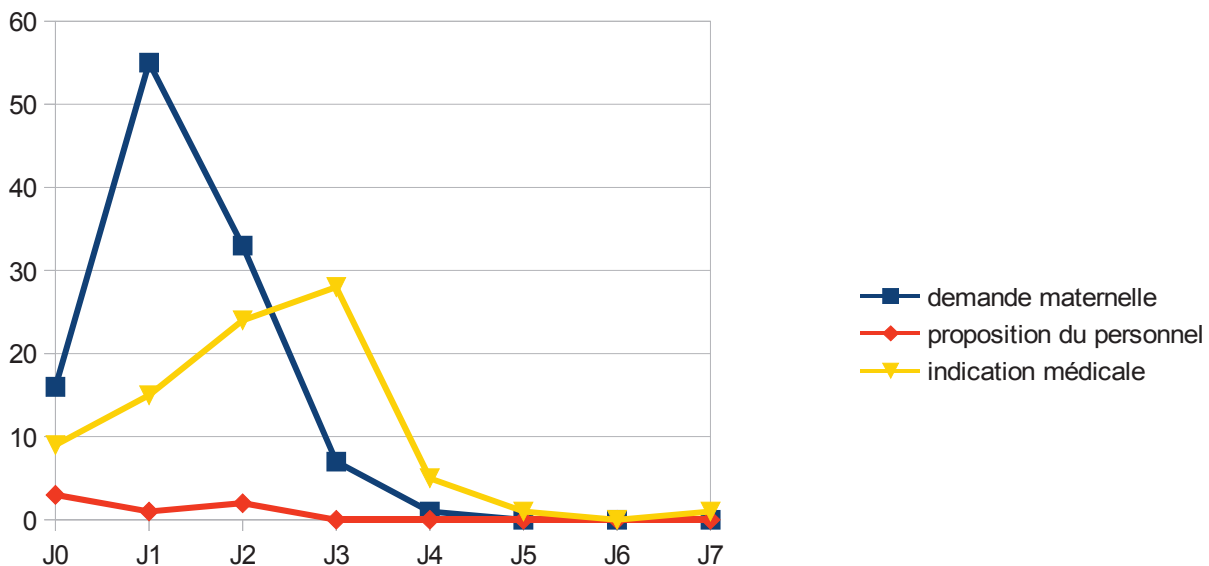
Le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de maternité est significativement plus

important en cas de complément d'indication médicale, qu'en cas de demande maternelle, $p = 0,0000$.

2. Jour d'administration du premier complément en fonction de l'indication du complément

Le complément est administré de façon plus précoce, s'il est donné sur initiative du personnel (50% à J0), que sur demande maternelle (49,1% à J1) et que sur indication médicale (33,7% à J3 et 28,9% à J2) (figure 6).

Figure 6 : premier jour d'administration de complément au nouveau-né en fonction de la cause du complément



La différence, pour le premier jour d'administration du complément, est significative entre les compléments sur demande maternelle (en moyenne à J1,3) et ceux sur indication médicale (J2,16), avec $p = 0,000$ par le test de Kruskal-Wallis.

Indication du complément	Moyenne du jour d'administration du premier complément	médiane
Demande maternelle	1,3	1
Indication médicale	2,16	2

p Value = 0,0005

Bartlett's test for homogeneity of variance $\chi^2 = 17.185$ $df(1)$ **p = 0.0000**

Donc, comme le test de Bartlett est ici significatif, le résultat obtenu n'est pas interprétable, et nécessite d'être complété par un test de Kruskal-Wallis :

Kruskal - Wallis One-Way Analysis of Variance

Ranks of "jour du premier complément"

cause	N	Sum of Ranks
maternelle	112	9008.00
médicale	83	10102.00

Chi2 = 25.5082 df(3) p= 0.0000 - 5 ties

Corrected for Ties: Chi2 = 27.7000 Df(3) **p= 0.000**

E. Particularités du groupe "indication médicale" au complément

Dans 18,8% des cas d'indication médicale celle-ci était uniquement liée à une cause maternelle, dans 41,7% des cas elle était liée à un problème chez le nouveau-né, et dans 38,5% des cas aux deux (tableau 6).

Tableau 6 : répartition des indications médicales

Indications médicales	Nombre de nouveau-nés complémentés	Pourcentage des nouveau-nés complémentés pour indication médicale
Liées à un problème maternel	18	18,80%
Liées à un problème chez le nouveau-né	40	41,70%
Nouveau-né + mère	37	38,50%
total	95	100,00%

La majorité des compléments d'indication médicale est donnée suite à une perte de poids

(62,5% des cas) ; celle-ci est supérieure ou égale à 10% du poids de naissance dans 55,1% des cas. Elle s'accompagne d'une succion inefficace dans 55% des dossiers.
Tableau 7.

Tableau 7 : détail des indications médicales

Causes plus précises des indications médicales	Nombre de nouveau-nés concernés	Pourcentage de nouveau-nés, parmi ceux complémentés pour indication médicale (n=96)
Douleur intolérables lors des tétées	21	21,90%
Retard de montée de lait	40	41,70%
Hypoglycémie du nouveau-né	8	8,30%
Perte de poids	60	62,50%

Autres causes	Nombre de nouveau-nés	pourcentage
RCIU	6	6,25%
Diabète gestationnel	3	3,10%
Asthénie maternelle	3	3,10%
Frein de la langue	2	2,10%
jumeaux	2	2,10%
Mère absente	2	2,10%
Nouveau-né énervé	2	2,10%
prématuré	2	2,10%
Anémie du nouveau-né	1	1,00%
Nouveau-né endormi	1	1,00%
Détresse respiratoire à la naissance	1	1,00%
Difficulté à la prise du sein	1	1,00%
Mamelons plats	1	1,00%
Vomissements maternels	1	1,00%
total	28	29,20%

F. Particularités du groupe "demande maternelle" du complément

Les causes les plus souvent invoquées par les mères pour demander un complément sont par ordre décroissant, une douleur aux mamelons (35% des cas de demande maternelle), des pleurs du nouveau-né (34,2% des cas), une fatigue maternelle (27,5%), un nouveau-né semblant affamé (25%), un souhait d'allaitement mixte (22,5%), un arrêt d'allaitement maternel (20,8%). Tableau 8.

Tableau 8 : détails des demandes maternelles de compléments

Causes plus précises des demandes maternelles	Nombres de nouveau-nés concernés	Pourcentage parmi les nouveau-nés complémentés pour demande maternelle (n=120)
Mamelons douloureux	42	35,00%
Pleurs du nouveau-né	41	34,20%
Fatigue maternelle	33	27,50%
Nouveau-né semblant affamé	30	25,00%
Allaitement mixte souhaité par la mère	27	22,50%
Arrêt de l'allaitement maternel souhaité par la mère	25	20,80%
Nouveau-né somnolent	8	6,70%
Nouveau-né refusant le sein	5	4,20%

G. Mode d'administration du complément

Les compléments sont le plus souvent administrés par seringue (45%), puis par paille ou DAL (29,8%). Il est donné par biberon dans 23,9% des cas.

1. Influence de l'indication du complément sur le mode d'administration de celui-

ci

94,2% des compléments administrés par biberons (figure 7) sont de demande maternelle, principalement dans un contexte de passage en allaitement mixte (42,3% des cas), ou en allaitement artificiel (48,1% des cas) (figure 8).

Dans 2 cas d'indication médicale le complément est donné par biberon :

- dans un cas pour des douleurs maternelles lors des tétées, et le nouveau-né sort finalement en allaitement maternel exclusif,
- dans l'autre cas pour un retard de montée de lait et une perte de poids du nouveau-né à 10%, et il sort en alimentation artificielle.

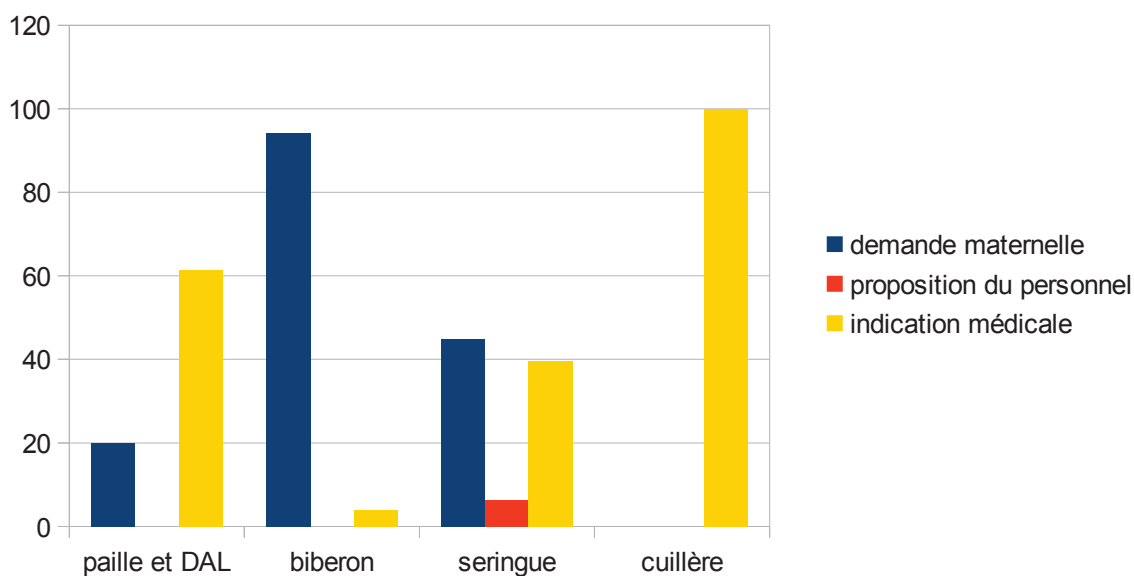
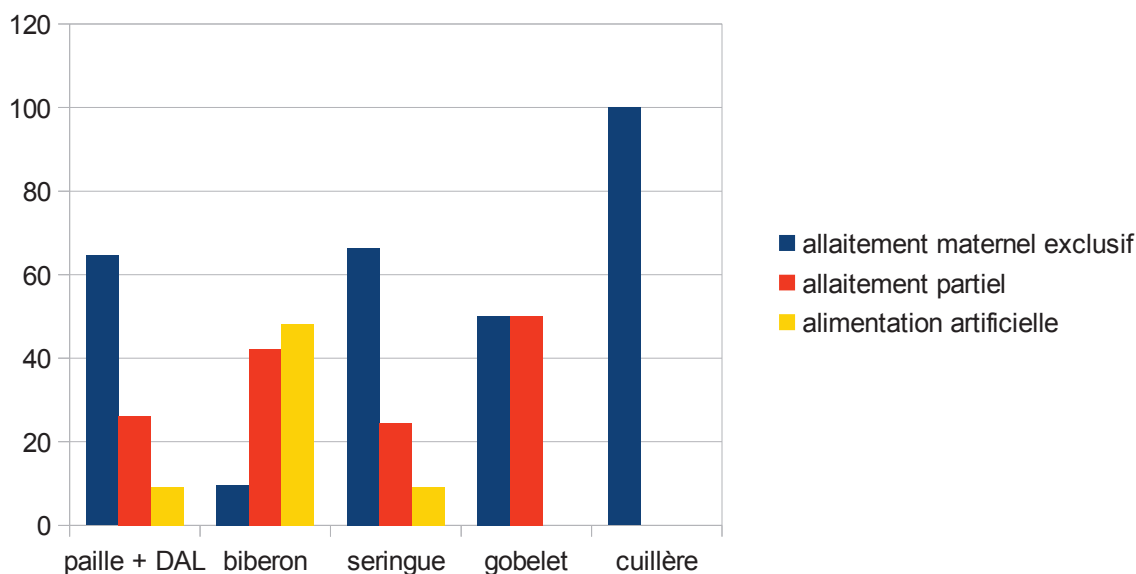


Figure 7 : mode d'administration du premier complément en fonction de la cause du complément

L'administration du complément par biberon est significativement plus fréquente en cas de compléments demandés par la mère, par rapport à ceux d'indication médicale, avec $p = 0,0000$.

La poursuite de l'allaitement maternel exclusif, à la sortie de maternité, est significativement moins fréquent en cas de compléments donnés par biberons, avec $p = 0,0000$.

Figure 8 : alimentation de sortie en fonction du mode d'administration du premier complément au nouveau-né



2. Autres caractéristiques du complément

La seringue, la paille et le DAL sont utilisés dans 74,8% des cas.

Il s'agit principalement de lait HA (75% des cas).

Et le complément est principalement administré, la première fois, par le personnel (64,5%).

H. Nombre de compléments

La médiane, dans l'étude, du nombre de compléments administrés par nouveau-né complémenté, est de 4, et la moyenne de 5,7.

Il est donné plus de 4 compléments dans 55,4% des cas en cas d'indication médicale, dans 29,6% s'il s'agit d'une demande maternelle, et dans 20% des cas en cas d'initiative

du personnel.

77,3% des nouveau-nés ayant reçus moins de 4 compléments durant leur séjour à la maternité sortent en allaitement maternel, contre 53,3% de ceux ayant reçus plus de 4 compléments.

I. Quantités de complément administrées

La médiane de la quantité de compléments reçue par les nouveau-nés, lors de leur première complémentation est de 12ml, et la moyenne de 15.

Dans 15% des cas, seulement 5ml ou moins ont été pris par le nouveau-né, sans différence significative en fonction de l'indication du complément.

J. Horaire du complément

Les quantités de premiers compléments donnés la journée et la nuit sont équivalentes, mais leur indication varie selon le nycthémère.

Ainsi, les premiers compléments d'indication médicale sont plus volontiers délivrés dans la journée, à 73,8% ; alors que ceux faisant suite à une demande maternelle ne sont que 40,8% à être administrés le jour.

K. Mesures préventives aux compléments

Dans seulement 146 dossiers, soit 61,9% il est précisé qu'il y a eu un contact peau à peau d'au moins une heure dans les 5 minutes suivant l'accouchement.

L'information de la mère sur les risques encourus pour la poursuite de l'allaitement maternel en cas de prise de compléments, n'est faite, d'après les questionnaires, que dans 54 dossiers, soit 45% des dossiers de compléments demandés par les mères.

De même seulement 138 questionnaires (58,5%) mentionnent une proposition de peau à peau pour éviter le recours au complément à la mère, et seulement 152 (64,4%) une

expression manuelle.

1. En fonction de la cause des compléments

C'est dans le groupe des indications médicales que ces mesures semblent le plus mises en place : dans 65,5% des cas un peau à peau, et dans 88% des cas une expression manuelle (tableau 9).

Au contraire, quand le complément est proposé à l'initiative du personnel, il semble qu'elles soient peu utilisées : dans 33 % des cas seulement.

Tableau 9 : utilisation du peau à peau en fonction des causes de compléments

Causes des compléments	Pourcentage de dossier où une expression manuelle est mentionnée	Pourcentage de dossiers où un peau à peau est mentionné, par rapport à l'effectif total du groupe
maternelle	41,60%	54,00%
personnel	33,00%	33,00%
médicale	88,00%	65,50%
total	60,00%	58,10%

Mais ces différences, d'application de mesures préventives, ne sont significatives que pour l'expression manuelle. Dans ce cas, l'expression manuelle est significativement moins utilisée en cas de complément sur demande maternelle ($p = 0,0000$), et sur proposition du personnel ($p = 0,0048$ par test de Fischer, comme l'effectif du groupe "proposition du personnel" ne compte que 6 dossiers), que sur indication médicale.

2. En fonction de l'alimentation de sortie de maternité du nouveau-né

Ces mesures ont été significativement appliquées moins souvent chez les mères optant pour une alimentation artificielle à la sortie de maternité (tableau10).

Tableau 10 : applications des mesures préventives en fonction de l'alimentation de sortie du nouveau-né

Alimentation de sortie du nouveau-né	Expression manuelle	Peau à peau en maternité	Peau à peau en salle de naissance
Allaitement maternel exclusif	86 (soit 71,7% du groupe allaitement maternel)	85 (70,8%)	86 (71,7%)
Alimentation artificielle	24 (soit 49% du groupe alimentation artificielle)	16 (32,7 %)	18 (37,5%)
Comparaison par le test du Chi2	P = 0,0050	P = 0,0000	P = 0,0000

3. En fonction du poids et du terme de naissance du nouveau-né

Il n'existe pas de différence significative en fonction du poids ou du terme du nouveau-né d'application des mesures préventives.

4. En fonction du mode d'accouchement

Les nouveau-nés nés par césarienne programmée, au sein de l'étude, ont moins souvent eu un peau à peau que les autres, surtout en salle de naissance où la différence est significative par rapport aux césariennes en urgence (et aux accouchements par voie basse), avec $p = 0,0180$ (tableau 11).

Tableau 11 : application des mesures préventives en fonction du mode d'accouchement

	Nombre et pourcentage d'expression manuelle	Peau à peau dans les 5 minutes suivant l'accouchement	Peau à peau au cours du séjour en maternité
Accouchement par voie basse	113 (62,8%)	120 (66,7%)	106 (58,9%)
Accouchement par césarienne en urgence	23 (71,9%)	19 (59,4%)	21 (65,6%)
Accouchement par césarienne programmée	16 (66,7%)	<u>7 (29,2%)</u>	11 (45,8%)

5. En fonction du type d'anesthésie lors de l'accouchement

Les taux de mesures préventives aux compléments est plus faible en cas d'accouchement sous anesthésie générale de la mère (tableau 12).

Tableau 12 : application des mesures préventives en fonction de l'anesthésie

	Expression manuelle	Peau à peau moins de 5 minutes après la naissance	Peau à peau au cours du séjour en maternité
Pas d'anesthésie	20 (64,5%)	25 (80,6%)	22 (71%)
Péridurale ou rachianesthésie	130 (66%)	120 (61%)	113 (57,4%)
Anesthésie générale	2 (33,3%)	0	3 (50%)

Néanmoins cette différence n'est significative qu'en ce qui concerne le peau à peau en salle de naissance :

- Le peau à peau en salle de naissance, est significativement moins pratiqué en cas d'anesthésie (péridurale ou anesthésie générale), avec $p = 0,0365$.
- Au sein du sous-groupe des accouchements sous anesthésie de la mère, il est moins pratiqué en cas d'anesthésie générale que de péridurale, avec $p = 0,0040$ (avec le test de Fischer comme l'effectif du sous-groupe "anesthésie générale" ne compte que 6 dossiers).

6. En fonction du nombre de compléments reçu par le nouveau-né durant son séjour en maternité

Dans cette étude, il semble que le groupe de nouveau-nés ayant pris moins de compléments, aurait reçu moins de mesures préventives que l'autre groupe (tableau 13). En particulier, il existe une différence significative, en ce qui concerne la tentative d'expression manuelle de lait. Celle-ci a été moins tentée en cas de prise de moins de 4 compléments par le nouveau-né lors de son séjour en maternité, que s'il en a pris plus, avec $p = 0,0000$.

Tableau 13 : application des mesures préventives en fonction du nombre de compléments reçus par le nouveau-né en maternité

	Expression manuelle	Peau à peau dans les 5 minutes suivant l'accouchement	Peau à peau au cours du séjour en maternité
Nouveau-nés ayant reçu \leq 4 compléments durant leur séjour	56 (57,7%)	71 (73%)	58 (59,8%)
Nouveau-nés ayant reçu $>$ 4 compléments	68 (90,7%)	50 (66,7%)	56 (74,7%)

L. Vécu du personnel vis-à-vis de la délivrance du complément

Cet item n'a été complété que dans 175 dossiers, soit 74,2% des cas.

Un vécu neutre a été coché dans 62,3% des cas et un inévitable dans 26,8%.

	Nombre de dossiers	Pourcentage (n= 175)
Vécu neutre	109	62,30%
catastrophe	1	0,60%
évitable	4	2,30%
échec	1	0,60%
soulagement	13	7,40%
inévitable	47	26,80%

M. Perte de poids des nouveau-nés

La médiane de la perte de poids des nouveau-nés de l'étude (entre le poids de naissance et le poids le plus bas) est de 7%.

Les nouveau-nés recevant des compléments suite à une indication médicale, ont dans 81,9% des cas une perte de poids de plus de 7%.

Alors qu'une perte de poids de moins de 7% est retrouvée chez deux tiers des nouveau-nés les recevant suite à une demande maternelle ou une proposition du personnel (70,6% du groupe demande maternelle, 66,7% du groupe initiative du personnel, et 63,6% du groupe demande maternelle et initiative du personnel) (tableau 14).

Il existe une différence significative d'indication de compléments, en cas de perte de poids inférieure ou égale à 7%. Les compléments font, le plus souvent, suite à une demande maternelle, dans ce groupe, avec $p = 0,0000$, par rapport aux indications médicales.

Tableau 14: pourcentage de perte de poids en fonction des causes de compléments

	Cause maternelle au complément	Complément proposé par le personnel	Personnel + mère	Indication médicale	total
Perte de poids $\leq 7\%$	84 (70,6%)	4 (66,7%)	7 (63,6%)	15 (18,1%)	116 (50%)
Perte de poids $> 7\%$	35 (29,4 %)	2 (33,3%)	4 (36,4%)	68 (81,9%)	116 (50%)
total	119 (100%)	6 (100%)	11 (100%)	83 (100%)	232 (100%)

N. Comparaisons des résultats selon les maternités

Pour pouvoir comparer les maternités de l'étude, nous les avons divisées en 5 groupes avec un nombre de dossiers voisin :

Groupe 1 : les "petites maternités" (52 dossiers) :

- maternité d'Ancenis, de niveau 1, avec 6 dossiers de nouveau-nés complémentés dans cette étude, remplis en prospectif,
- maternité d'Arcachon, niveau 1, 8 dossiers remplis en prospectif,

- maternité de Cambrai, niveau 1, 2 dossiers remplis en prospectif,
- maternité de Chinon, niveau 1, 1 dossier rempli en prospectif,
- maternité de Ploërmel, niveau 1, 5 dossiers remplis en prospectif,
- maternité de Saint Afrique, niveau 1, 2 dossiers remplis en prospectif,
- maternité Bagatelle de Bordeaux, niveau 1, 19 dossiers remplis en prospectif,
- et la maternité de Mont de Marsan, niveau 2A, 9 dossiers remplis en rétrospectif,

Groupe 2 : maternité Les Bluets, de Paris, niveau 1 (46 dossiers remplis en rétrospectif)

Groupe 3 : maternité de Roubaix, niveau 2B (42 dossiers, dont 31 remplis en prospectif et 11 en rétrospectif)

Groupe 4 : maternité Gabriel Martin, de la Réunion, niveau 2B (46 dossiers remplis en prospectif)

Groupe 5 : maternité de Valenciennes, niveau 3 (50 dossiers remplis en rétrospectif par nous-même)

1. Causes des compléments selon les groupes de maternité

Par rapport aux résultats globaux de l'étude, les maternités du groupe 1 et celle des Bluets, ont un taux plus faible de compléments par demande maternelle, et plus élevé par indication médicale (36,5 et 42,3%; 35,6 et 46,7%). Au contraire, la maternité Gabriel Martin, a un fort taux de compléments par demande maternelle (87%).

La différence est d'ailleurs significative entre les maternités du groupe 1 et celle de Gabriel Martin, avec $p = 0,0001$. Tableau 15.

Tableau 15 : cause des compléments selon le groupe de maternités

	Demande maternelle de complément	Proposition du personnel	Indication médicale	Total des dossiers
Groupe 1	19 (36,5%)	0	22 (42,3%)	52
Les Bluets	16 (35,6%)	5 (11,1%)	21 (46,7%)	46
Roubaix	20 (47,6%)	1 (2,4%)	19 (45,2%)	42
Gabriel Martin	40 (87%)	0	6 (13%)	46
Valenciennes	25 (51%)	0	16 (32,7%)	50
total	120 (51,3%)	6 (2,6%)	84 (35,9%)	236

Elle n'est par contre pas significative entre les maternités du groupe 1 et Roubaix, $p = 0,6586$, ni entre les maternités du groupe 1 et celle de Valenciennes, $p = 0,4021$.

Parmi les demandes maternelles de compléments :

- Dans 20 dossiers de la maternité de Valenciennes, soit 40% des questionnaires de cette maternité, il est mentionné que la mère souhaite un complément en vue d'un arrêt de l'allaitement maternel.
- Dans 14 des dossiers de la maternité de Roubaix, soit 33,3% des questionnaires de cette maternité, la mère demande un complément par souhait d'un allaitement partiel.
- Enfin dans 11 dossiers de la maternité Gabriel Martin, soit 23,9% des questionnaires de cette maternité, le complément est demandé par la mère en vue d'un arrêt de l'allaitement maternel (4 dossiers) ou d'un souhait d'allaitement partiel (7 dossiers).

	Complément demandé par la mère en vue d'un passage en allaitement partiel pendant le séjour	Complément demandé par la mère en vue d'un passage en alimentation artificielle pendant le séjour en maternité
Groupe 1	1 (1,9%)	0
Les Bluets	3 (6,5%)	0
Roubaix	14 (33,3%)	1 (2,4%)
Gabriel Martin	7 (15,2%)	4 (8,7%)
Valenciennes	2 (4%)	20 (40%)

2. Détail des indications médicales selon les maternités

La maternité des Bluets a un taux supérieur, à la moyenne de l'étude, d'indications médicales liées à un problème maternel (33,3%). Les maternités de Roubaix et Valenciennes ont, elles, un taux élevé d'indications médicales mixtes, liées à un problème maternel et du nouveau-né (52,6% et 62,5%) (tableau 16).

Tableau 16 : cause des compléments d'indication médicale en fonction du groupe de maternités

	Indication médicale liée à un problème maternel	Liée à un problème chez le nouveau-né	Liée à un problème chez la mère et le nouveau-né
Groupe 1	6 (19,3%)	16 (51,7%)	9 (29%)
Les Bluets	8 (33,3%)	10 (41,7%)	6 (25%)
Roubaix	2 (10,5%)	7 (36,8%)	10 (52,6%)
Gabriel Martin	1 (16,7%)	3 (50%)	2 (33,3%)
Valenciennes	1 (6,3%)	4 (25%)	10 (62,5%)
total	18 (18,8%)	40 (41,7%)	37 (38,5%)

3. Mode d'administration du complément en fonction de la maternité

On retrouve aux Bluets une faible utilisation du biberon pour l'administration des compléments (7%), par rapport à la moyenne des maternités (23,9%) ; et au contraire de Roubaix où elle atteint 43,9%. La différence est significative entre les deux maternités, avec $p = 0,0001$.

A Valenciennes les compléments sont principalement administrés par paille ou DAL (61,5%), contrairement aux autres maternités où l'on utilise préférentiellement la seringue (45%). Tableau 17.

Tableau 17 : mode d'administration du complément en fonction du groupe de maternité

	Paille ou DAL	biberon	seringue	gobelet	cuillère
Groupe 1	15 (29,4%)	7 (13,7%)	27 (52,9)	2 (3,9%)	0
Les Bluets	8 (18,6%)	3 (7%)	31 (72,1%)	0	1 (2,3%)
Roubaix	9 (22%)	18 (43,9%)	14 (34,1%)	0	0
Gabriel Martin	9 (20,5%)	11 (25%)	24 (54,5%)	0	0
Valenciennes	24 (61,5%)	13 (33,3%)	2 (5,1%)	0	0
total	65 (29,8%)	52 (23,9%)	98 (45%)	2 (0,9%)	1 (0,5%)

4. Alimentation de sortie en fonction des maternités

Par rapport à la moyenne de l'ensemble des nouveau-nés de l'étude, le taux d'allaitement maternel à la sortie de maternité des Bluets est élevé (71,7%), celui d'allaitement partiel de Roubaix également (52,4%), ainsi que le taux d'alimentation artificielle de Valenciennes (48%).

Le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité de Valenciennes, est significativement le plus faible, puisque inférieur à celui de celle de Roubaix avec $p = 0,0079$.

De même le taux d'allaitement partiel est significativement plus élevé à la sortie de la maternité de Roubaix, que dans les autres, puisque supérieur à celui des Bluets avec $p = 0,0001$ (tableau 18).

Tableau 18 : mode d'alimentation de sortie des nouveau-nés en fonction du groupe de maternités

	Allaitement maternel	Allaitement partiel	Alimentation artificielle
Groupe 1	30 (57,7%)	17 (32,7%)	5 (9,6%)
Les Bluets	33 (71,7%)	10 (21,7%)	3 (6,5%)
Roubaix	15 (35,7%)	22 (52,4%)	5 (11,9%)
Gabriel Martin	27 (58,7%)	7 (15,2%)	12 (26,1%)
Valenciennes	15 (30%)	11 (22%)	24 (48%)
total	120 (50,8%)	67 (28,4%)	49 (20,8%)

5. Importance de la perte de poids des nouveau-nés de l'étude, entre leur naissance et la sortie de maternité, selon les maternités

Les pertes de poids les plus importantes de l'étude sont retrouvées à la maternité de Roubaix, et celles du groupe 1; alors que les moins importantes sont celles des maternités Gabriel Martin et de Valenciennes (tableau 19).

Tableau 19 : importance de la perte de poids des nouveau-nés en fonction du groupe de maternités

	Perte de poids <= 7%	Perte de poids > 7%
Groupe 1	16 (30,8%)	36 (69,2%)
Les Bluets	25 (54,3%)	21 (45,7%)
Roubaix	10 (25%)	30 (75%)
Gabriel Martin	32 (69,6%)	14 (30,4%)
Valenciennes	34 (68%)	16 (32%)
total	117 (50%)	117 (50%)

6. Fréquence de l'utilisation des mesures préventives, selon les maternités de l'étude

Les peau-à peau rapportés dans les dossiers sont faibles à la maternité de Valenciennes (mais remplissage rétrospectif), et l'expression manuelle est inférieure à la moyenne à la maternité de Roubaix et Gabriel Martin (tableau 20).

Tableau 20 : application des mesures préventives en fonction du groupe de maternités

	Peau à peau moins de 5 minutes après la naissance	Peau à peau au cours du séjour en maternité	Expression manuelle
Groupe 1	41 (78,8%)	30 (57,7%)	37 (71,1%)
Les Bluets	38 (82,6%)	33 (71,7%)	33 (71,7%)
Roubaix	27 (64,3%)	28 (66,7%)	25 (59,5%)
Gabriel Martin	35 (76%)	33 (71,7%)	21 (45,7%)
Valenciennes	5 (10%)	14 (28%)	36 (72%)
total	146 (61,9%)	138 (58,5%)	152 (64,4%)

L'expression manuelle n'est pas significativement différente entre la maternité de Roubaix et celles du groupe 1 ($p = 0,1751$). Par contre, elle est significativement moins importante pour celle de Gabriel Martin par rapport à celles du groupe 1 ($p = 0,0129$) ; et donc moins importante également qu'aux Bluets et qu'à Valenciennes.

O. Compléments sur indication médicale, par rapport aux protocoles de l'OMS et de l'ABM

Les compléments donnés par indication médicale dans cette étude, correspondent pour plus de la moitié, aux indications de compléments des protocoles de référence de l'OMS et de l'ABM (63% et 81%).

Les divergences les plus importantes, sont dans le groupe d'indication médicale pour problème maternel.

1. Indication médicale aux compléments, pour un problème maternel

Indications selon le protocole de l'OMS	Selon celui de l'ABM
1 pour retard de montée de lait et anémie du nouveau-né	6 pour retard de montée de lait de plus de 3 jours
1 pour retard de montée de lait et RCIU	8 pour douleurs intolérables des mamelons lors des tétées
	2 pour absence maternelle
	1 pour malformation mammaire
Soit 2 /18, donc 11,1%	Soit 14/18, donc 77,8%

2. Indication médicale aux compléments, pour un problème chez le nouveau-né

Selon le protocole de l'OMS, soit "ceux à risque d'hypoglycémie "	Selon celui de l'ABM
2 prématurés (de 35 SA)	20 présentant des signes de déshydratation
3 avec un RCIU	8 en hypoglycémie (dont un également déshydraté)
1 avec une détresse respiratoire à la naissance	
8 dont la mère avait un diabète gestationnel	
20 présentant des signes de déshydratation (dont un dont la mère souffrait de diabète gestationnel)	
Soit 33/40, donc 82,5%	Soit 27/40, donc 67,5%

3. Les compléments d'indication médicale, suite à un besoin des mères et des nouveau-nés

Selon le protocole de l'OMS " ceux à risque d'hypoglycémie "	Selon le protocole de l'ABM
2 ayant eu un RCIU	12 mères présentant des douleurs intolérables des mamelons pendant les tétées (dont 4 avec un enfant déshydraté, et une autre avec un enfant porteur d'un frein de langue)
1 dont la mère souffrait de diabète gestationnel	23 nouveau-nés déshydratés (dont 11 avec un retard de montée de lait maternel)
23 déshydratés (dont un ayant eu un RCIU)	15 mères avec un retard de montée de lait de plus de 3 jours, et un enfant perdant du poids
	2 nouveau-nés ayant un frein de la langue
Soit 25/37, donc 67,6%	Soit 36/37, donc 97,3%

IV. DISCUSSION

A. Profil type des nouveau-nés de cette étude :

- leurs mères sont des primipares (54,9% de primipares parmi les questionnaires),
- l'âge moyen de leur mère est de 30 ans,
- l'IMC moyen de leur mère est de 25,6,
- leurs mères n'ont majoritairement jamais allaité (63,1% des mères de l'étude),
- elles n'ont pas d'antécédent particulier,
- les grossesses se sont passées sans problème notable,
- ils naissent dans le Nord-Ouest de la France (les maternités de Cambrai, Ploërmel, Valenciennes, Paris, et Roubaix représentent à elles seules 145 questionnaires, soit 61% des dossiers de l'étude)
- l'accouchement se fait à 39 SA, par voie basse (76,3%), sous épidurale (83,5%),
- il pèse 3280 grammes,
- il a un agpar à 10 à une minute, un ph artériel au cordon à 7,24, et un taux de lactates au cordon à 3,6,
- un peau à peau d'au moins une heure dans les 5 minutes suivant l'accouchement a eu lieu (61,9% des cas),
- le premier complément est donné sur demande maternelle (51,5%),
- il est délivré à J1-J2 (32,9 et 31,6%),
- le jour (dans 53,8% des dossiers),
- une expression manuelle (64,4%) et un peau à peau (58,5%) ont été tentés pour l'éviter,
- il s'agit de lait HA (75%), administré par une seringue (45%), par le personnel (64,5%),
- le nouveau-né boit lors de ce premier complément 15 ml,
- il prend 5,7 compléments lors de son séjour à la maternité,
- il perd 7% de son poids corporel,
- il sort en allaitement maternel exclusif (50,8% des nouveau-nés de l'étude),
- le ressenti du personnel est neutre face à cette complémentation (62,3%),

B. Les questionnaires :

Le remplissage a été réalisé de manière rétrospective pour la moitié des questionnaires environ, par manque de disponibilité des personnels, principalement par les surveillantes des maternités, ou par la référente IHAB des établissements ou par nous-même, sur place, à partir des dossiers. Cela s'est traduit par des données manquantes pour certains questionnaires.

Certaines formulations du questionnaire ont été perçues comme ambiguës par les personnels :

- Le poids de la mère, que nous envisageons comme le poids de référence de début de grossesse, et qui pour certaines équipes a été compris comme le poids le jour de l'accouchement.
- La question "informations données à la mère sur les risques encourus pour la poursuite de l'allaitement maternel en cas de prise de compléments", a dans plusieurs dossiers, été annotée de points d'interrogation de la part de la personne remplissant le questionnaire (cochée dans seulement 45% des dossiers des indications maternelles).
- L'alimentation de sortie du nouveau-né, formulée "souhait d'alimentation à la sortie, de la mère", a parfois été pris au pied de la lettre, et complétée comme le souhait hypothétique, idéal de la mère, si les soucis d'allaitement au cours du séjour, n'avaient pas eu lieu.

D'autres données ont peu été remplies :

- le peau à peau d'au moins une heure, débuté dans les 5 minutes suivant la naissance, a probablement été sous-estimé (61,5% des questionnaires), car peu reporté sur les dossiers par les équipes en salle de naissance. Or les personnes remplissant le questionnaire, au moment du premier complément, ou de manière rétrospective à partir du dossier une fois le nouveau-né sorti, ne sont souvent pas les mêmes que celles présentes en salle de naissance.
- L'item "informations données à la mère sur les risques encourus pour la poursuite de l'allaitement maternel en cas de prise de compléments" (coché dans seulement

45% des dossiers des demandes maternelles de compléments). Ce qui peut s'expliquer par une mauvaise compréhension de la question pour une partie des personnes remplissant le questionnaire, mais également pour une bonne partie, par un remplissage rétrospectif, alors qu'en cas d'informations données oralement à la mère, celles-ci ne sont pas systématiquement reportées dans le dossier médical.

- De même le vécu du personnel vis-à-vis de l'administration du complément, est une question qui ne peut être complétée qu'en cas de recueil prospectif (complété dans seulement 74,2% des dossiers, soit 175 sur 236), et qui s'est avérée complexe à renseigner pour les personnes répondant au questionnaire, avec principalement des "neutres" cochés (62,3%).

C. Parité

Contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre, les primipares ne représentent que 54,9% des mères de l'étude. Alors que dans la littérature, elles constituent la majorité de la population ayant recours aux compléments, comme dans celle de S. Bigot et al., Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités, 2012, où 61,6% des nouveau-nés recevant des compléments étaient des enfants de primipares (27).

Cela s'explique peut-être par la prise en compte des arrêts d'allaitement dans l'étude, toutes les femmes ayant émis le souhait d'allaiter après l'accouchement étant comptabilisées. On retrouve ainsi un taux important de femmes multipares n'ayant jamais allaité (17,9% des multipares de l'étude), ou ayant déjà eu des difficultés lors d'allaitement précédent dans les questionnaires (37,9% des multipares), dont une grande partie arrête l'allaitement au cours du séjour à la maternité (47,3% des multipares n'ayant jamais allaité).

La principale différence significative retrouvée, dans cette étude, en fonction de la parité des mères est que le complément est donné plus précocement, dès le premier jour en moyenne, pour les multipares, et plus tardivement, vers le deuxième jour, pour les primipares. Celles-ci seraient-elles plus soutenues par les équipes ?

D. Mode d'accouchement

Les accouchements par voie basse constituent la grande majorité au sein de l'étude (76,3%). Les compléments sont donnés plus tardivement chez les nouveau-nés de l'étude nés par césarienne : significativement entre les accouchements par voie basse (J 1,6 en moyenne), et ceux par césarienne en urgence (J 2,32), avec $p = 0,005$. Probablement car dans le groupe des césariennes, les compléments sont plus souvent d'indication médicale ($p = 0,000$).

Pour tenter d'expliquer ce taux plus élevé des indications médicales aux compléments chez les nouveau-nés par césarienne, on peut avancer plusieurs hypothèses :

- Les césariennes sont souvent décidées dans le cadre de grossesse à risque (diabète gestationnel, RCIU, troubles du rythme cardiaque fœtal, ...), le nouveau-né aura plus de risque d'avoir besoin de compléments (hypoglycémie néo-natale, perte de poids plus importante secondaire à une souffrance fœtale, difficulté de succion par prématurité, ...).
- Le pédiatre prescrira plus facilement des compléments chez ces nouveau-nés "fragiles".
- La césarienne en elle-même va être plus fatigante, éprouvante pour le nouveau-né, qui puisera plus sur ses réserves.
- La césarienne est également plus éprouvante pour l'organisme maternel, et la montée de lait souvent retardée, et initialement moins importante.

Ainsi, d'après la littérature, dans certaines maternités, le fait de naître par césarienne constitue à elle seule une indication médicale au complément pour le nouveau-né (Katherine Gray-Donald et al. Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breast-feeding: a controlled clinical trial (28)).

E. Indication du complément : caractéristiques du groupe "demande maternelle"

La majorité des compléments de l'étude est donnée suite à une demande maternelle (51,3%). L'importance de ce groupe, à l'origine de l'administration du complément au nouveau-né, est dans la littérature, très variable :

- majoritaire dans celle de l'étude de HK Blomquist et al. (24) , et celle de Gagnon AJ et al. (29 : 87%),
- mais minoritaire (29,2%) dans celle de S. Bigot et al. (27).

Il s'agit malheureusement du groupe, où la baisse des compléments est la plus difficile à obtenir ; et où le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie est significativement le plus faible (36,7% dans l'étude, $p = 0,0000$).

Cela relève d'un travail à l'échelle nationale et de longue haleine afin de modifier la perception qu'ont les femmes de l'allaitement ; en particulier pour celles ayant arrêté précocement l'allaitement et celles souhaitant d'emblée un allaitement partiel, principalement pour des raisons culturelles (qui représentent à elles seules 43,3% du groupe des demandes maternelles de compléments).

Les compléments sont majoritairement demandés par les mères dès J1 (49% des premiers compléments donnés pour demande maternelle, significativement plus tôt que dans le groupe d'indication médicale, $p = 0,0000$), et la nuit (à 59,2%).

94,2% des compléments administrés par biberons sont de demande maternelle, principalement dans un contexte de passage en allaitement partiel (42,3% des compléments administrés par biberons), ou en alimentation artificielle (48,1% des cas).

Les causes les plus souvent invoquées par les mères pour demander un complément, sont par ordre décroissant, une douleur aux mamelons (35% des cas de demande maternelle), des pleurs du nouveau-né (34,2% des cas), une fatigue maternelle (27,5%), un nouveau-né semblant affamé (25%), un souhait d'allaitement partiel (22,5%), un arrêt d'allaitement maternel (20,8%).

Ces causes sont conformes à celles retrouvées dans la littérature (27, Gagnon AJ et al. (29), et Gisèle Gremmo-féger (30)).

F. Caractéristiques du groupe des compléments proposés par le personnel

Seuls 2,6% des compléments de cette étude ont été donnés sur proposition du personnel sans indication médicale, ce qui reflète le travail de sensibilisation et de formation du personnel au sein de ces maternités sur le problème des compléments.

Cette indication est en effet beaucoup plus représentée au sein de la littérature (29 et 31 : Cloherty M. et Al.).

A la sortie de maternité, la majorité des nouveau-nés ayant reçu des compléments suite à une proposition du personnel sortent en allaitement maternel exclusif (66,7%).

Le premier complément est administré très précocement sur initiative du personnel, 50% à J0. Cela plaide en faveur du caractère évitable de ces compléments, puisque le nouveau-né entame à peine ses réserves, et n'a théoriquement pas le besoin physiologique de compléments (sauf cas particulier comme une hypoglycémie néonatale, mais relevant dans ce cas là d'une indication médicale). On peut aussi considérer, que le personnel a voulu « préserver » une mère très fatiguée, dont le bébé pleure ou veut téter tout le temps. Le complément est donné par seringue dans ce groupe, au sein de l'étude.

G. Caractéristiques du groupe des indications médicales au complément

La population la plus intéressante à étudier pour essayer d'améliorer la pratique, et les taux de nouveau-nés complémentés, est celle des compléments d'indication médicale (puisque celle des compléments proposés par le personnel est très basse), qui représente 35,9% des indications de compléments de l'étude.

A la sortie de maternité, la majorité des nouveau-nés ayant reçus des compléments pour indication médicale sortent en allaitement maternel exclusif (69 %) ; ce qui est significativement plus élevé que dans les autres indications ($p = 0,0000$).

Au sein de ce groupe les compléments sont proposés de manière significativement plus tardive à J2-J3 principalement (28,9 et 33,7%).

Les compléments sont quasiment tous donnés par paille, DAL ou seringue dans ce groupe, sauf un par cuillère et 2 par biberons :

- un pour des douleurs maternelles lors des tétées et qui sortira en allaitement maternel exclusif,
- un pour un retard de montée de lait et une perte de poids de 10%, qui sortira en alimentation artificielle.

Ils sont administrés la journée à 73,8%.

Dans 18,8% des cas d'indication médicale, celle-ci était uniquement liée à une cause maternelle, dans 41,7% des cas à un problème chez le nouveau-né, et dans 38,5% des cas aux deux.

La majorité des compléments d'indication médicale est donnée suite à une perte de poids (62,5% des cas) ; et celle-ci est supérieure ou égale à 10% du poids de naissance dans 55,1% des cas. Elle s'accompagne d'une succion inefficace dans 55% des dossiers. Ces motifs sont cohérents avec les données de la littérature (27, 30, 24).

Les compléments donnés suite ou en prévention d'une hypoglycémie, dans le cadre d'un diabète gestationnel maternel, semblent moins fréquents que dans certaines autres études : 11% contre 21% dans l'étude de S. Bigot (27), et celle d'HK Blomquist (24).

H. Nombre de compléments durant le séjour en maternité

La médiane du nombre de compléments pris par les nouveau-nés de l'étude est de 4, la moyenne de 5,6. Il est donné plus de 4 compléments dans 55,4% des cas, suite à une indication médicale, dans 29,6% s'il s'agit d'une demande maternelle, et dans 20% des cas d'une initiative du personnel.

Dans 66 dossiers (sur 236, soit environ 30% des questionnaires de l'étude), le nombre total de compléments administrés n'est pas noté, et cela principalement chez les nouveau-nés passés en alimentation artificielle ou allaitement partiel, et donc ayant reçu le plus de compléments.

Il existe donc probablement, une importante sous-estimation de la médiane du nombre de compléments reçus, ainsi que du nombre de nouveau-nés ayant reçus plus de 4 compléments durant leur séjour à la maternité, par demande maternelle (29,6% contre 55,4% sur indication médicale).

77,3% des nouveau-nés ayant reçus moins de 4 compléments durant leur séjour à la maternité sortent en allaitement maternel, contre 53,3% de ceux ayant reçus plus de 4 compléments.

I. Quantité administrée lors du premier complément

La médiane de la quantité de compléments reçue par les nouveau-nés, lors de la première complémentation est de 12ml (la moyenne est de 15ml).

Dans 15% des cas, seulement 5ml ou moins ont été pris par le nouveau-né, sans différence significative en fonction de l'indication du complément.

J. Mesures préventives aux compléments

Dans seulement 146 dossiers, soit 61,9% des dossiers, est précisé qu'il y a eu un contact peau à peau d'au moins une heure dans les 5 minutes suivant l'accouchement.

De même, seulement 138 questionnaires (58,5%) mentionnent une proposition de peau à peau pour éviter le recours au complément à la mère, et seulement 152 (64,4%) une expression manuelle.

C'est dans le groupe des indications médicales, que ces mesures semblent le plus mises en place : dans 65,5% des cas un peau à peau, et dans 88% des cas une expression manuelle.

Au contraire, quand le complément est proposé à l'initiative du personnel, il semble qu'elles soient peu utilisées : dans 33 % des cas seulement.

Néanmoins, seule l'expression manuelle est significativement plus pratiquée dans le groupe des indications médicales.

Ces mesures ont été, significativement, appliquées plus souvent chez les mères optant pour un allaitement maternel exclusif à la sortie de maternité (69,2% ont essayé une expression manuelle, contre 49% de celles choisissant une alimentation artificielle à la sortie, avec $p = 0,005$; 70% un peau à peau durant le séjour en maternité contre 32,7%, avec $p = 0,0000$; et 71,7% un peau à peau dans les 5 minutes suivant l'accouchement contre 36,7%, avec $p = 0,0000$).

Il n'est par contre pas retrouvé de différence significative en fonction du terme et du poids de naissance.

Le mode d'accouchement semble peu avoir influé sur ces mesures : seuls les nouveau-nés nés par césarienne programmée, au sein de l'étude, ont moins souvent eu un peau à peau en salle de naissance que les autres ($p = 0,0180$).

Comme on pouvait s'y attendre, le peau à peau est moins pratiqué en salle de naissance en cas d'anesthésie ($p = 0,0365$). Cette différence n'est par contre pas significative lors du séjour en maternité.

Le groupe de nouveau-nés ayant pris moins de compléments (en quantité totale), est celui dont les mères ont le moins réalisé d'expression manuelle ($p = 0,0000$). Ce lien entre expression manuelle et quantité de compléments peut s'expliquer par le fait que le problème est résolu (éventuellement les mères font seules cette expression manuelle pour nourrir leur bébé).

Au sein du groupe des demandes maternelles de complément, les résultats observés sont sûrement liés à la proportion importante des mères demandant un complément en vue de passer à un allaitement partiel ou une alimentation artificielle. Dans ce contexte on peut comprendre que le personnel ne propose pas plus de mesures favorisant la montée de lait.

Le taux retrouvé de mesures préventives est plus faible que ce que l'on aurait pu espérer au sein de maternités IHAB. Une partie de ce résultat peut être imputé au remplissage rétrospectif de la moitié des questionnaires, à partir des dossiers, où toutes les actions mises en place n'ont peut-être pas été notées.

K. Perte de poids des nouveau-nés de l'étude

La médiane de la perte de poids des nouveau-nés de l'étude (entre le poids de naissance et le poids le plus bas) est de 7%.

Les nouveau-nés recevant des compléments suite à une indication médicale, ont dans 81,9% des cas une perte de poids de plus de 7%.

Alors qu'une perte de poids de moins de 7% est retrouvée chez deux tiers des nouveau-nés les recevant suite à une demande maternelle ou sur proposition du personnel (70,6% du groupe demande maternelle, 66,7% du groupe initiative du personnel, et 63,6% du

groupe demande maternelle et initiative du personnel).

La différence est significative, avec $p = 0,0000$.

L. Les maternités de l'étude

Seules 12 des 18 maternités labellisées IHAB en France en 2013 ont participé à l'étude. Celles d'Adassa (Strasbourg), Cognac, La Ciotat, Les Sables d'Olonne, Lons le Saunier et Tourcoing ont décliné, principalement par manque de disponibilité de la part de leur personnel ; ou, pour celle de la Ciotat, parce qu'elle avait déjà réalisé ce genre d'étude récemment à titre individuel, au sein de son service.

Il existe, une différence importante de taille entre les maternités de l'étude, ce qui se traduit par une répartition disproportionnée de certaines maternités dans les résultats, aux dépens des plus petites : d'une seule supplémentation sur le mois étudié à la maternité de Chinon, contre 50 pour celle de Valenciennes.

De même, malheureusement, l'étude n'a pu porter que sur le groupe de nouveau-nés complémentés, sans comparaison avec un groupe témoin de nouveau-nés allaités non complémentés par exemple, pour une raison de faisabilité par les équipes.

Il a été décidé au sein de cette étude de prendre en compte les arrêts d'allaitement maternels à la sortie, mais également les précoces ayant lieu au cours du séjour en maternité, contrairement aux recueils habituels de données de l'IHAB.

Cela explique les taux plus élevés, que ceux habituellement relevés au sein de ces maternités, de nouveau-nés complémentés. De même, le nombre important de biberons délivrés dans cette étude peut-être rapporté à ce choix.

Comparaison des résultats de l'étude selon les maternités :

Les maternités de Roubaix, Valenciennes, et Gabriel Martin :

- ont un taux plus important de compléments donnés suite à une demande maternelle (respectivement 47,6%, 51% et 87%). La différence est d'ailleurs

significative entre les maternités du groupe 1 et celle de Gabriel Martin, avec $p = 0,0001$. Elle n'est par contre pas significative entre les maternités du groupe1 et Roubaix, $p = 0,6586$, ni entre les maternités du groupe1 et Valenciennes, $p = 0,4021$.

- et une proportion plus élevée de compléments administrés par biberon (43,9%, 33,3% et 25%). Ainsi, il existe même, une administration significativement plus fréquente, de compléments, par biberon au sein de la maternité de Roubaix, par rapport aux Bluets (qui a le plus faible taux de compléments donnés par biberon, taux à 7%), avec $p = 0,0001$.
- ont significativement plus de nouveau-nés sortis en allaitement partiel pour Roubaix (52,4%), que dans les autres maternités. En effet ce taux est significativement supérieur à celui des Bluets (2ème maternité en terme de taux d'allaitement partiel à la sortie, 32,7%), avec $p = 0,0001$.
- Le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité de Valenciennes (30%), est significativement le plus faible, puisque inférieur à celui de celle de Roubaix (2ème plus faible taux d'allaitement maternel, 35,7%), avec $p = 0,0079$.
- Celles de Valenciennes et de Gabriel Martin, sont également celles où les pertes de poids des nouveau-nés complémentés pendant leur séjour en maternité, sont les plus faibles (moins de 7% pour 68% et 69,6% des nouveau-nés de ces maternités).

Ces valeurs peuvent s'expliquer par l'importance, au sein de ces maternités, de premiers compléments demandés par les mères, afin de passer en allaitement partiel ou d'arrêter l'allaitement maternel :

- à la maternité de Roubaix 35,8% des questionnaires remplis,
- à celle de Valenciennes 44%,
- Gabriel Martin 23,9%,
- alors qu'aux Bluets, cela ne représente que 6,5% des questionnaires, et 1,9% au sein des maternités du groupe 1.

Pour les statistiques annuelles IHAB, les arrêts d'allaitement maternel, sont comptabilisés à part, non compris dans les nouveau-nés complémentés.

Il est donc possible que, selon les maternités, ces dossiers aient été plus ou moins intégrés à l'étude.

Cela pourrait expliquer les disproportions retrouvées, puisqu'à Valenciennes, par exemple,

où nous, nous sommes, nous-même occupé de la collecte des données, le taux de compléments à la demande maternelle en vue d'un arrêt d'allaitement est particulièrement élevé par rapport aux autres maternités.

De même, la faible utilisation de mesures préventives (10% de peau à peau dans les 5 minutes suivant l'accouchement, 28% au cours du séjour, et 72% d'expression manuelle), consignée dans les questionnaires de Valenciennes est probablement lié au remplissage uniquement rétrospectif, par nous-mêmes, des fiches : ces mesures, quand elles sont réalisées, étant peu reportées dans les dossiers médicaux.

Une autre hypothèse pour expliquer ces différences entre les maternités, repose sur la constatation d'écart entre les protocoles médicaux encadrant le don de compléments. En effet, il n'existe pas de protocole commun au sein du label, chaque maternité étant libre dans ses recommandations.

Notre travail n'a malheureusement pas permis de faire apparaître ces différences, au vu du faible échantillon de questionnaires, notamment dans certaines maternités (un seul questionnaire pour Ancenis et Arcachon, ...) ; et du remplissage incomplet de nombreux questionnaires (notamment concernant le taux d'hypoglycémie constaté, le calcul du score IBFAT de succion, ...).

La coordination française de l'IHAB, a cependant déjà réalisé des comparaisons de certains points de ces protocoles, avec des différences relevées importantes, comme dans la prise en charge des hypoglycémies au sein des maternités (annexe n°5) :

- les seuils d'intervention ne sont pas les mêmes,
- certaines maternités utilisent du liprocol, qui n'est pas comptabilisé comme "complément" (considéré comme un enrichissant de lait maternel) dans cette indication,
- alors que d'autres se servent de préparations pour nourrissons, qu'ils comptabilisent dans leurs taux de compléments.

M. Écarts par rapport aux recommandations sur l'usage des compléments

Il n'existe pas de protocole consensuel au niveau international, ni national, ni même entre

les différentes maternités du réseau IHAB françaises, sur l'utilisation des compléments.

Certains ont néanmoins valeur de référence, car édités par des autorités reconnues :

- Un édité par l'OMS en 1992 (révisé en 2006) "raisons médicales acceptables pour des compléments temporaires ou permanents ". Celui-ci restant assez flou, nous nous sommes basé, pour son interprétation, sur celle du Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel de Belgique (annexes n°7 et n°8).
- Et celui de l'ABM (Académie médicale sur l'allaitement maternel des Etats Unis), plus conciliant avec les pratiques actuelles des maternités, révisé en 2009, "Protocole n°3 de l'ABM, recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité" (annexe n° 6).

Par rapport à ces protocoles, on note des écarts dans notre étude sur les indications des compléments (sans relever les compléments donnés sur demande maternelle). Les indications médicales de 81% des compléments correspondent aux recommandations du protocole de l'ABM, et seuls 63% à celles de l'OMS.

Les plus importantes différences sont notées pour les compléments, donnés suite à un problème maternel, au sein de l'étude, par rapport au protocole de l'OMS. Celui-ci en effet, ne reconnaît que très peu d'indications maternelles aux compléments (maladie transmissible par le lait au nouveau-né principalement) ; contrairement à l'ABM qui inclut les "douleurs intolérables pendant les tétées, non soulagées par les interventions" (8 des raisons maternelles au don de complément dans l'étude).

Pour les compléments donnés suite à un problème chez le nouveau-né, les principales différences dans l'étude, par rapport aux protocoles de l'OMS et de l'ABM, sont des actions plus précoces, par anticipation. Ainsi les 8 indications de l'étude pour ictère, n'atteignent pas le seuil du protocole de l'ABM à 20mg/dl. De même, un complément est administré à 13 nouveau-nés, suite à une perte de poids, alors que celle-ci n'a pas atteint les 10% de son poids de naissance, et sans signe de déshydratation associé. Le retard à la montée de lait, a également été indiqué comme une raison au don de complément, dans 17 dossiers, alors qu'il était inférieur à trois jours.

N. Propositions en vue de diminuer le nombre de compléments

La principale limite de cette étude, est l'absence de groupe témoin, et il serait intéressant de la compléter par une étude de cohorte ou cas-témoins, afin d'approfondir les résultats retrouvés.

1. Importance de la promotion de l'allaitement maternel

a. Au niveau des politiques de santé publique

Au sein de cette étude, il est constaté un important taux de compléments administrés sur demande maternelle : 51,5% de l'ensemble des indications (jusqu'à 87% au sein de la maternité Gabriel Martin à La Réunion). Dans ce sous-groupe beaucoup des compléments sont donnés en biberon (53%), et plus de la moitié de ces nouveau-nés sortent en allaitement mixte ou artificiel (63,3%).

Cela encourage à poursuivre les politiques en cours, de promotion de l'allaitement maternel auprès de la population générale et des professionnels de santé :

- Au niveau international, par l'intermédiaire de l'OMS et de l'UNICEF avec le code international de commercialisation des substituts de lait maternel en 1981 (12), la déclaration d'Innocenti (13), et la création d'un label Initiative Hôpital Ami des bébés en 1991 (7, 14, 15).
- Au niveau européen, avec l'application du code international de commercialisation des substituts de lait maternel sous forme de directives à partir de 1991, et la rédaction en 2004 d'un plan d'action pour la protection, la promotion, et le soutien de l'allaitement maternel en Europe (7 et 11).
- Au niveau national par la création de la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) en 2000 (15) ; par l'intermédiaire de l'HAS en 2002 à travers ses recommandations au sujet de l'allaitement maternel (16) ; et par les PNNS (Programme National Nutrition Santé) 1 (2006-2010) et 2 (2011-2015) (7).

D'autant que celles-ci semblent efficaces, avec une augmentation constatée dans les études périnatales du taux d'allaitement maternel depuis leur mise en place (36% d'allaitement maternel en maternité en France en 1972, à 69,1% en 2012) (9) (10).

Néanmoins, il existe une importante marge de progression, quand on compare nos résultats nationaux, avec d'autres pays européens. En 2003, 14 pays européens, dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal, la Suisse, et les Pays Scandinaves, avaient un taux

d'initiation d'allaitement maternel supérieur à 90% (7 et 11).

b. Au sein des maternités IHAB françaises

Parmi les mères demandant des compléments dans l'étude, 22,5% les demandent en vue de passer à un allaitement mixte, et 20,8% en vue d'arrêter l'allaitement. Ces proportions sont les plus importantes à la maternité de Roubaix, où 33,3% des mères souhaitant un complément pour leur nouveau-né, veulent en fait un allaitement mixte. Et à Valenciennes où 40% des compléments demandés par les mères, le sont en vue d'un arrêt de l'allaitement maternel.

L'allaitement partiel est pratiqué dans de nombreux pays, notamment d'Afrique, alors qu'il ne constitue pas l'idéal en santé publique pour le nourrisson. Il facilite surtout la vie des mères, qui parviennent à allaiter longtemps quand elles compensent par des tétées très fréquentes, dès qu'elles sont disponibles.

Une écoute attentive et une information en prénatal sur cette question pourrait mettre en valeur l'importance de l'allaitement exclusif préconisé par l'OMS partout dans le monde, et « autoriser » les mères suffisamment disponibles à le pratiquer.

Il serait intéressant de porter plus d'efforts du personnel, sur le repérage et l'accompagnement des mères en situation à risque ; surtout les multipares qui allaitent pour la première fois, ou ont des antécédents de difficultés d'allaitement, et aussi les primipares de « culture d'allaitement partiel » ou jeunes et socialement défavorisées qui arrêtent vite d'allaiter. Ce repérage est demandé dans la démarche qualité IHAB.

2. Importance de la formation du personnel

La persistance de quelques compléments donnés sur proposition du personnel, sans indication médicale, même si leur taux est faible, montre l'importance de ne pas relâcher les efforts de formation du personnel au sein des maternités. D'autant que limiter les compléments aux nouveau-nés sans indication médicale fait partie des "12 recommandations de l'IHAB" que ces établissements sont censés suivre avec leur labellisation IHAB, tout comme la formation du personnel à ce sujet (14 et 15).

Néanmoins, il existe vraisemblablement des situations où ces compléments s'avèrent nécessaires. Raison pour laquelle, il est demandé, au sein des maternités IHAB, aux

personnels, d'expliquer dans les dossiers pourquoi ils ont donné le complément, afin de permettre des analyses ultérieures.

3. Intérêt d'une harmonisation des pratiques entre les maternités

Enfin les résultats, au niveau des compléments d'indication médicale, sont encourageants, avec peu de compléments donnés par biberons (seulement dans 2 cas), et un important taux de sortie en allaitement maternel (y compris exclusif) dans ce sous-groupe (69%).

De plus, les indications des compléments, correspondent en majorité aux protocoles de référence de l'ABM et de l'OMS (à respectivement 81 et 63%).

Le repérage des nouveau-nés à risque de complément pour raison médicale, et la mise en place de mesures préventives sont en train de se généraliser dans toutes les maternités Amies des Bébés. Le travail est à poursuivre.

Il serait intéressant de discuter l'élaboration d'un protocole commun au sein de toutes les maternités IHAB françaises, afin d'harmoniser les pratiques et diminuer les différences retrouvées ; ainsi qu'une éventuelle formation complémentaire commune des pédiatres et internes intervenant dans ces services. En particulier, en ce qui concerne les «seuils» d'administration de compléments (d'hypoglycémie, d'hyper bilirubinémie, de pourcentage de perte de poids du nouveau-né, ...).

CONCLUSION

CONCLUSION

Cette étude sur la délivrance des compléments, au sein des maternités IHAB françaises en 2013, était motivée par des différences importantes constatées, entre leurs statistiques annuelles, de taux de compléments.

Les résultats retrouvés mettent en évidence des hétérogénéités, entre les maternités, de taux de demandes maternelles de compléments, notamment en vue de passage en allaitement artificiel ou mixte.

Dans un même temps, elle montre une bonne assimilation des recommandations de l'IHAB afin de favoriser l'allaitement maternel, avec très peu de compléments donnés par le personnel.

Ceux sur indication médicale ne sont quasiment jamais donnés sous forme de biberon. Dans la majorité des cas ils permettront tout de même la sortie du nouveau-né en allaitement maternel exclusif. Il est également à remarquer, que les indications médicales des compléments de l'étude correspondent à celles des protocoles internationaux de référence de l'OMS et de l'ABM pour la plupart.

De plus, la majorité des nouveau-nés complémentés de l'étude, ont bénéficié auparavant de peau à peau et d'expression manuelle.

Elle laisse également entrevoir des pistes afin de diminuer ces compléments.

Au vu de l'importance des demandes maternelles de compléments, au sein de l'étude, on remarque l'intérêt des politiques de promotion de l'allaitement maternel, envers le public et les professionnels de santé. Et au sein des maternités, cela souligne l'intérêt du repérage, et d'une prise en charge plus importante, des futures mères en situation «à risque» de compléments.

La persistance de compléments donnés sur initiative du personnel, confirme l'importance de la formation de celui-ci, ainsi que de rappels de formations réguliers.

Enfin les différences d'indication médicale des compléments selon les maternités, posent la question de l'élaboration d'un protocole commun d'indication aux compléments.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Université médicale virtuelle francophone; Anatomie de la glande mammaire; uvs5.univ-paris5.fr/mere-enfant/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-glandemammaire.pdf.
2. Université virtuelle de maïeutique francophone; Physiologie de la lactation; uvs5.univ-paris5.fr/mere-enfant/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-lactation.pdf.
3. Dr Gisèle Gremmo-Feger ; Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit; La revue spirale n°27-septembre 2003, éditions Eres
4. Dr Marie Thirion ; L'allaitement, De la naissance au sevrage; editions Albin Michel 1994, 1999, 2004.
5. D. Turck, Comité de nutrition de la société française de pédiatrie; Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère; Archives de pédiatrie 12 (2005) S145-S165.
6. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ; Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries ; AHRQ publication n°7-E007, avril 2007, ncbi.nlm.nih.gov/books/NKB38337.
7. Rapport du Pr Dominique Turck ; "plan d'action allaitement maternel", propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel ; Programme National Nutrition Santé 2 (PNNS2), juin 2010.
8. F. Noirhomme-Renard, Ml Farfan-Portet et J. Berrewaerts ; Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? ; juillet 2006 ; uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos41.pdf.
9. M. Bonet, Kaminski M., Blondel B. ; Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics : results from the French National Perinatal Surveys; Acta Paediatrica 2007-96 p.1290-1295.
10. B. Salanave et al. ; Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane ; France 2012; Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 34/18 septembre 2012.
11. Istituto per l'Infanzia IRCCS Burlo Garofolo, WHO collaborating centre for maternal and child health ; Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation, december 2003; et révision 2008 ;

- europe.iblce.org/upload/Blueprint/Review%20English.pdf.
12. OMS ; Code International de commercialisation des substituts du lait maternel ; OMS Genève 1981; who.int/nutrition/publications/code_french.pdf.
 13. Déclaration d'Innocenti 2005 ; Sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; 22 novembre 2005; amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Declaration-Innocenti-2005.pdf.
 14. amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php.
 15. MC Marchand ; Initiative hôpital ami des bébés : une démarche de qualité actuelle et méconnue ; médecin et enfance, décembre 2006 p.585-589; connaître/articles/medenfdec06.pdf.
 16. ANAES ; Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant; recommandations ANAES, mai 2002 ; has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf.
 17. OMS ; Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant; OMS-UNICEF 2002 ; amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/OMS-UNICEF-Strategie-mondiale-alimentation-nourrisson-jeune-enfant.pdf.
 18. The BFHI initiative in neonatal units, proposal from a Nordic and quebec working group, three guiding principles and ten steps : supporting breastfeeding and family-centered care; 2011; conference.slu.se/neobfhi2011/BFHINU%20March%202011.pdf.
 19. HAS; Favoriser l'allaitement maternel, Processus-Evaluation; HAS juin 2006; has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf.
 20. P. Bitoun ; Valeur économique de l'allaitement maternel; Dossiers de l'Obstétrique 1994, 16 : 10-3.
 21. AM Leclercq ; L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique, ou question de finance publique ? ; mémoire de DESS en économie et gestion hospitalière privée, université de Montpellier I, septembre 1996.
 22. Dr C Laurent, Allaitement maternel et adaptation aux besoins, aux rythmes et aux compétences du nourrisson, cours d'école de puériculture du CHU de Rouen, 2011.
 23. A. C. Bernard-Bonnin, S. Stachtchenko, E. Rousseau, G. Girard ; Pratiques hospitalières et durée de l'allaitement maternel : méta-analyse; Birth 1989, 16 : 64-6
 24. HK Blomquist, F Jonsbo, F Serenius et LA Persson ; Impact négatif des dons de compléments pendant le séjour en maternité; Acta Paediatrica 1994; 83 : 1122-6
 25. Barbara L. Philipp, MD, IBCLC ; Anne Maerewood, MA, IBCLC ; Lisa W. Miller, BA ; Neetu Chawla, BA ; Melissa M. Murphy-Smith, BS ; Jenifer S. Gomes, BA ; et al. ;

- Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting; *Pediatrics* vol.108 No.3, Septembre 2001.
26. Sonja Merten, MD, MPH ; Julia Dratva, MD ; and Ursula Ackermann-Liebrich, MD, MSc ; Do Baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on national level ? ; *Pediatrics* vol.116 No.5, Novembre 2005.
 27. S. Bigot, C. Lionnet, F. Perrotin, E. Saliba ; Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités; *Archives de Pédiatrie* 2012 ; 19 : 1282-1288.
 28. Katherine Gray-Donald, PhD ; Michael S. Kramer, MD ; Susan Munday, Pdt ; and Denis G. Leduc, MD ; Effect of Formula Supplementation in the Hospital on the Duration of Breast-Feeding : A Controlled Clinical Trial; *Pediatrics* vol.75 No. 3 March 1985.
 29. Gagnon AJ et al.; In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns ; *J Hum Lact* 2005 ; 21 : 397-405
 30. Gisèle Gremmo-Feger ; A propos des données médicales de l'IHAB : Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ? ; Conférence du 28/11/2007, Première journée nationale sur l'Initiative Hôpital Amis des bébés, Paris, mise en ligne en juin 2008, Formations Co-naître.
 31. Cloherty M. et al. ; Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress ; *Midwifery* 2004 ; 20:194-204.
 32. Linda Cronenwett, PhD, RN ; Therese Stukel, PhD ; Margaret Kearney, MS, RN ; Jane Barrett, MSc ; Chandice Covington, PhD, RN ; Kristen Del Monte, MS, RN ; et al. ; Single Daily Bottle Use in the Early Weeks Postpartum and Breast-Feeding Outcomes ; *Pediatrics* Vol. 90 ; No. 5 ; November 1992.
 33. OMS; Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement; OMS Genève 1999; whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_fre.pdf.
 34. Elsie M. Taveras, Ruowei L., Grummer Strawn L. ; et al. ; Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breast-feeding ? ; *Pediatrics* 2004 ; 113 ; E283.
 35. Parry JE1, Ip DK, Chau PY, Wu KM, Tarrant M ; Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns ; *J-Hum-Lact.* 2013 Nov ; 29 (4) ; 527-36.
 36. Chantry CJ1, Dewey KG2, Peerson JM2, Wagner EA3, Nommsen Rivers LA3 ; In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed ; *J. Pediatr.* 2014 Feb. 14 ; pii: S0022-

3476(13)01581-3. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.12.035.

37. Kurinij N1, Shiono PH ; Early formula supplementation of breast-feeding ; Pediatrics 1991 oct. ; 88 (4) : 745-50.
38. Guihéneuf A. ; L'allaitement et le "don" de biberons de complément à la maternité : pourquoi cette pratique ? ; Cahiers de la puéricultrice juin 1996 ; n°130.
39. Lotigier-Coulon V. et Desplanques G. ; Etude descriptive des allaitements maternels des deuxièmes semestres 2008 et 2010 à la maternité Paul Gellé de Roubaix (Obtention du label IHAB en 2009) ; thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ; 2012 ; université du droit et de la santé-Lille2 ; faculté de médecine Henri Warembourg.
40. Missmahl-Bizouerne C. ; Impact de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé sur la conduite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois, Comparaison de trois maternités ; thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ; 2008 ; université Victor Segalen-Bordeaux2 ; UFR des sciences médicales.
41. Cohen R.1, Mrtek M.B., Mrtek R.G. ; Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations ; Am. J. Health Promotion ; 1995 Nov-dec. ; 10 (2) : 148-153.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 :

Questionnaire de l'étude

Administration de compléments aux nouveau-nés dans les maternités labélisées "amies des bébés" en France

Ce questionnaire s'adresse à l'ensemble du personnel de la maternité donnant les compléments aux nouveau-nés (infirmières, puéricultrices, sages-femmes, auxiliaires de puéricultrices...).

Il concerne les nouveau-nés qui sont en allaitement maternel durant leur séjour au sein de la maternité, même si finalement l'allaitement est arrêté au cours du séjour.

La notion de complément dans cette étude comprend tout aliment donné aux nouveau-nés en dehors du lait de leur propre mère (eau, eau sucrée, préparation pour nourrisson, lait du lactarium...).

La première et la dernière partie du questionnaire (données générales initiales, et données à la sortie de maternité) sont à remplir une fois pour chaque nouveau-né allaité et complété (ou pour lequel donner un complément a été envisagé, même si finalement il n'a pas été donné).

La partie du questionnaire intitulée « compléments » (pages 2 et 3) est à remplir à chaque fois que la possibilité de donner un complément, pour une nouvelle indication, à un nouveau-né est évoqué, qu'il soit finalement donné, ou pas (ne remplir qu'un questionnaire par indication).

- n° de dossier du bébé :

- maternité :

DONNEES GENERALES INITIALES

Données à remplir pour chaque nouveau-né allaité complété (ou pour lequel donner un complément a été envisagé même si finalement il n'a pas été donné)

- initiales de la personne remplissant le questionnaire :

- date de remplissage du questionnaire :

Date de l'accouchement et heure :

Informations sur la mère :

- poids :

- taille :

- âge :

- parité :

mère ayant déjà allaité, au moins un bébé

mère ayant eu des difficultés à un allaitement précédent

mère diabétique ou diabète gestationnel

hypoplasie mammaire ou chirurgie mammaire

malformation des mamelons (ombiliqués...)

- autre :

Informations sur le nouveau-né :

- terme de naissance (en semaines d'aménorrhée) :

- poids de naissance :

- malformations (fente labio palatine,...) :

- autre :

Informations sur l'accouchement :

0- pas d'anesthésie 1- péridurale 2- anesthésie générale

1- accouchement par voie basse 2- césarienne en urgence 3- césarienne programmée

- peau à peau pendant au moins une heure moins de 5 minutes après la naissance
- score Agpar : ... / ... / ...
- pH artériel au cordon : - lactates au cordon :
- intubation en salle de naissance
- transfert en pédiatrie

INDICATIONS DU COMPLEMENT :

Cette partie du questionnaire est à remplir à chaque fois que la possibilité de donner un complément, pour une nouvelle indication, est évoquée, qu'il soit finalement donné, ou pas (ne remplir qu'un questionnaire par indication).

- Initiales de la personne donnant le complément :
- n° de dossier du bébé :

Date et heure :

Demande de complément formulée par la mère :

Raison invoquée par la mère :

- mamelon douloureux
- nouveau-né somnolent
- nouveau-né refusant le sein
- pleurs importants du nouveau né
- nouveau-né semblant affamé
- fatigue maternelle
- autre raison :

- autres solutions proposées par l'équipe à la mère :
 - peau à peau, si oui : peau à peau plus de 10h durant les 24 dernières heures
 - exprimer ou tirer son lait, si oui : quantité de lait lors de la dernière expression :
 - autre :

- informations données à la mère sur les risques encourus pour la poursuite de l'allaitement maternel en cas de prise de compléments

- complément donné

Complément proposé par le personnel (en dehors de prescription médicale) :

- fatigue maternelle
- angoisse maternelle

- complément donné

Complément donné sur prescription du pédiatre ou/et en suivant le protocole pédiatrique du service :

Indication liée à la mère :

- douleurs intolérables pendant les tétées non soulagées par les interventions de l'équipe
- retard à la montée de lait

□ Indication liée à l'enfant :

□ hypoglycémie, vérifiée sur une prise de sang et un dosage en laboratoire, ou à défaut au dextro, valeur :

□ asymptomatique

□ symptomatique

□ après 24h de vie □ perte de poids : pourcentage : ET :

□ signes de déshydratation

□ ictère avec augmentation de la bilirubine, taux de bilirubine :

□ succion inefficace

La succion est évaluée par l'échelle IBFAT (0 à 3 pour chaque item) :

- *qualité de l'éveil au moment de la tétée*

- *recherche du sein*

- *prise du sein*

- *type de succion*

Tétée non efficace si score < 10

Voir Echelle IBFAT jointe (Echelle de comportement de l'enfant au sein)

□ Autres raisons :

Concernant le complément (s'il a été donné) :

Mode d'administration :

□ paille

□ gobelet

□ biberon

□ cuillère

□ seringue

□ autre :

Personne donnant le complément :

□ mère

□ père

□ personnel

□ autre :

Nature du complément :

□ lait humain pasteurisé provenant du lactarium

□ lait infantile industriel

□ eau / eau sucrée

□ autre :

Quantité du complément pris par le nouveau-né :

Vécu du personnel vis-à-vis de l'administration de ce complément :

□ neutre

□ échec

□ catastrophe

□ soulagement

□ évitable

□ inévitable

□ autre :

Autres actions mises en oeuvre :

□ Peau à peau

□ expression manuelle et / ou tirer son lait

DONNEES A LA SORTIE DE LA MATERNITE :

Partie à remplir une seule fois pour tous les nouveau-nés allaités et complétés au cours de leur séjour, même si l'allaitement a finalement été interrompu

Date de sortie du nouveau-né :

Poids du nouveau né :

- poids à 48h de vie :
- poids le plus bas :
- poids le jour de la sortie :

Nombre total de compléments reçus par le nouveau-né :

A la sortie, souhait de la mère :

- allaitement maternel exclusif
- allaitement mixte
- lait infantile, industriel

Frédérique SCHWALLER, interne en médecine générale

Pour tout problème ou renseignement supplémentaire : frederiqueschwaller@hotmail.fr

ANNEXE N° 2 :

Echelle de comportement du nouveau-né au sein IBFAT (Infant Breastfeeding Assessment Tool)

	0	1	2	3
Qualité de l'éveil au moment de la tétée	Ne peut pas être réveillé	A besoin de stimulations importantes pour se réveiller et commencer à téter	A besoin d'être un peu stimulé pour commencer à téter	Bien éveillé (éveil stade III-IV) Prêt à téter
Recherche du sein = Réflexe de fousissement	N'essaie pas de prendre le sein	Faible recherche du sein, même en étant stimulé	A besoin d'être stimulé pour chercher le sein	Recherche active du sein : se redresse, tourne la tête, bouche grande ouverte
Prise du sein	Ne prend pas le sein	Commence à téter après > 10 minutes	Commence à téter au bout de 3 à 10 minutes	Commence à téter immédiatement
Type de succion	Ne tète pas	Succion faible, brèves périodes de mouvements de succion avec pauses > succion	Mouvements de succion alternant avec des pauses. A besoin d'être un peu stimulé	Bonne succion sur 1 ou 2 seins

*D'après Michel MP et al Arch Péd
2007; 14: 454-460*

Score maximum de 12, normal si ≥ 10

Cet outil explore le comportement du nouveau-né mais pas l'efficacité de la tétée.

ANNEXE N°3 :

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel en 1992

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

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Pour obtenir le label Ami des Bébé, les établissements doivent aussi respecter le Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons ou des tétines.

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

Douze recommandations depuis 2011 en France

Depuis 2011, pour recevoir le label IHAB en France, les équipes de maternité et de néonatalogie doivent satisfaire aux critères des 12 recommandations suivantes (*les parties en italique concernent les nouveau-nés prématurés et/ou malades, donc les pratiques en maternité et/ou en néonatalogie*)

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants. *Exigences identiques pour les services de néonatalogie.*
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique. *Exigences identiques pour les services de néonatalogie.*
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement. *Informé de manière*

spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. *Il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 Semaines d'Aménorrhée.*

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né. *Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation si leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui.*

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. *Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et le lait de lactarium si un complément est nécessaire.*

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. *Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.*

8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant. *Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable. Réfléchir aux stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.*

9. Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités. *Réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières (succion non nutritive...).*

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau. *Exigences adaptées pour les services de néonatalogie.*

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM), aussi appelé Code OMS. *Exigences identiques pour les services de néonatalogie.*

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

ANNEXE N°4 :

Les 3 principes de la démarche IHAB

1. Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né

Se centrer sur la mère elle-même et sa situation individuelle, avec douceur, compréhension et respect : un service « ami des bébés » encourage la prise de décision éclairée, respecte les valeurs et les projets de chaque mère, accepte et soutient sa décision, prend en compte ses besoins spécifiques et fournit des services individualisés et flexibles.

Se centrer sur les besoins du nouveau-né : un service « ami des bébés » comprend le comportement du nouveau-né, respecte son sommeil, tient compte de sa disponibilité avant et pendant tout soin (établir le contact avec lui et le garder, s'arrêter si le nouveau-né pleure ou se met en retrait...) et amène les parents à faire de même.

2. Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille

Les valeurs fondamentales des soins centrés sur la famille sont la dignité et le respect de la personne, le partage de l'information, la participation et la collaboration.

Un service « ami des bébés » fournit aux parents un environnement soutenant qui leur permet de prendre totalement leur place de parents dès la naissance de leur enfant : possibilité pour les parents d'assumer et de participer à tous les soins de leur bébé, accueil des pères jour et nuit, les professionnels assurant une écoute et un soutien individualisés

3. Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins

Un service « ami des bébés » travaille dans la cohérence entre équipes du même établissement, et en réseau, en pré, péri et post natal. Cela comprend la collaboration entre les professionnels à chaque étape et avec les groupes de soutien de mères et de parents.

→

Ces trois principes fondamentaux résument l'état d'esprit de la démarche IHAB et guident les équipes soignantes ainsi que les familles vers un partenariat réussi.

ANNEXE N°5 :

Comparaisons des protocoles de prise en charge des hypoglycémies au sein des maternités IHAB françaises en 2013

mise à jour 29/01/2014					
HYPOGLYCEMIE BEBE ALLAITE NON SYMPTOMATIQUE					
ETABLISSEMENT	HEURE 1er DEXTRO	SEUIL POUR COMPLT	NATURE COMPLT	SEUIL POUR PEDIATRE	SEUIL > H24 POUR COMPLT
ANCENIS 2013	avant 2ème tétée < H3	< 0,35	lait « pré » 5-8ml jusqu'à allaitement efficace. Si hypo persistante ou dextro<0.30 DM : 2-5% en plus	hypoglyc persistante	< 0,45
ARCACHON					
BAGATELLE					
BLUETS 2013	avant 2ème tétée	≤ 0,36	LIPROCIL 0,5-1ml x 8. Si dextro < 0,36 1h+tard : lait artif + DM2-3% en plus. Si tjrs<0,36 alim gast. Si tjrs<0,36 perf	< 0,20 ou tjrs < 0,36 malgré alim gastrique puis perf	
CAMBRAI	3h après 1er repas : H4	<0,40 ou <0,30 idem	LIPROCIL 0,5-1ml ou lait artif + DM 2-5% en plus ou lait mat + DM	< 0,25	
CHINON					
LA REUNION					
MONT DE MARSAN					
PLOERMEL 2011	avant H2 si risque élevé entre 1er et 2ème repas si risque moyen	< 0,35	lait artif si pas de colostrum. Si dextro 1h après < 0,35 dextrine-maltose : 5% en plus	< 0,20 perf et transfert	< 0,45
ROUBAIX 2013	entre H3 et H4, avant un repas	< 0,36	Liquigen (0,6ml). Si dextro > 0,36 1h+tard : continuer liquigen jusqu'à Montée Lait	Si dextro < 0,36 1h+tard : pédiatre	si dextro > 0,50 OK
ST AFFRIQUE					
VALENCIENNES 2010	H4	< 0,45	LIPROCIL 0,5-1ml x 8. Si dextro < 0,45 3h+tard : lait artif si pas de colostrum exp	< 0,25 : pédiatre	

DM : Dextrine-Maltose ou Caloreen

ANNEXE N°6

"Protocole n°3 de l'ABM, recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité"

TABLE1. INDICATIONS NECESSITANT UNE SUPPLEMENTATION CHEZ L'ENFANT NE A TERME ET EN BONNE SANTE (SITUATIONS OU L'ALLAITEMENT N'EST PAS POSSIBLE)

1. Séparation
 - Maladie maternelle nécessitant une séparation mère-enfant (psychose, éclampsie, choc...)
 - hospitalisation maternelle dans un autre hôpital
2. Enfant présentant une anomalie congénitale du métabolisme (galactosémie par exemple)
3. Enfant qui est incapable de se nourrir au sein (malformation congénitale, maladie)
4. Traitement maternel avec un produit contre-indiquant l'allaitement

TABLE 2. POSSIBLES INDICATIONS POUR UNE SUPPLEMENTATION CHEZ L'ENFANT NE A TERME ET EN BONNE SANTE

1. Indications liées à l'enfant
 - a. Hypoglycémie asymptomatique vérifiée sur une prise de sang et par un dosage effectué en laboratoire (les bandelettes ne sont pas une méthode suffisamment fiable), qui ne répond pas à des tétées suffisamment fréquentes. Les nourrissons symptomatiques doivent être traités par glucose en IV (voir protocole sur l'hypoglycémie pour davantage de détail –^{9,10})
 - b. Signes cliniques et biologiques de déshydratation (perte de poids > 10%, hypernatrémie, succion faible, léthargie, etc.)
 - c. Perte de poids atteignant 8 à 10% du poids de naissance en l'absence de la montée de lait passé J5 – 120 heures^{34,35}
 - d. Selles rares, ou présence de selles toujours méconiales à J5 – 120 heures (34, 35) ;
 - e. Absorption insuffisante de lait par l'enfant en dépit d'une sécrétion maternelle adéquate (mauvais transfert du lait – 34) ;
 - f. Hyperbilirubinémie
 - f.i. Ictère néonatal associée à une inanition chez un bébé qui ne reçoit pas suffisamment de lait en dépit des interventions adéquates (voir le protocole sur l'ictère)
 - f.ii. Ou lorsque le taux de bilirubine dépasse 20 à 25 mg/dl chez un enfant par ailleurs en bonne santé, lorsque le médecin estime qu'une suspension diagnostique / thérapeutique de l'allaitement pourrait être utile
 - f.iii. Lorsqu'une supplémentation en nutriments est indiquée

2. Indications liées à la mère :
- a. Montée de lait tardive (après J3-J5 – 72-120 heures) avec apports insuffisants à l'enfant.³⁴
 - a.i. Rétention placentaire (la lactation démarrera après curetage)
 - a.ii. Syndrome de Sheehan (suite à une hémorragie grave du post-partum)
 - a.iii. Agénésie ou hypogénésie mammaire, qui peut survenir chez moins de 5% des femmes (insuffisance primaire de la lactation) détectée devant l'absence de modifications pendant la grossesse et une montée de lait absente ou faible
 - b. Existence d'une pathologie ou d'une chirurgie mammaire pouvant induire une production lactée insuffisante.
 - c. Douleur intolérable pendant les tétées, non soulagée par les interventions.

Adapté avec l'accord de : Powers NG, Slusser W (30)

ANNEXE N°7

Protocole des raisons acceptables pour l'OMS et l'UNICEF de donner des compléments (1992)

INFANT CONDITIONS

Infants who should not receive breast milk or any other milk except specialized formula

- Infants with classic galactosemia: a special galactose-free formula is needed.
- Infants with maple syrup urine disease: a special formula free of leucine, isoleucine and valine is needed.
- Infants with phenylketonuria: a special phenylalanine-free formula is needed (some breastfeeding is possible, under careful monitoring).

Infants for whom breast milk remains the best feeding option but who may need other food in addition to breast milk for a limited period

- ☞③ Infants born weighing less than 1500 g (very low birth weight).
- ☞③ Infants born at less than 32 weeks of gestation (very preterm).
- ☞③ Newborn infants who are at risk of hypoglycaemia by virtue of impaired metabolic adaptation or increased glucose demand (such as those who are preterm, small for gestational age or who have experienced significant intrapartum hypoxic/ischaemic stress, those who are ill and those whose mothers are diabetic (5) if their blood sugar fails to respond to optimal breastfeeding or breast-milk feeding.

MATERNAL CONDITIONS

Mothers who are affected by any of the conditions mentioned below should receive treatment according to standard guidelines.

Maternal conditions that may justify permanent avoidance of breastfeeding

- HIV infection⁷⁹: if replacement feeding is acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe (AFASS) (6). Otherwise, exclusive breastfeeding for the first six months is recommended.

Maternal conditions that may justify temporary avoidance of breastfeeding

- ☞③ Severe illness that prevents a mother from caring for her infant, for example sepsis.
- ☞③ Herpes simplex virus type 1 (HSV-1): direct contact between lesions on the mother's breasts and the infant's mouth should be avoided until all active lesions have resolved.
- ☞③ Maternal medication:
 - sedating psychotherapeutic drugs, anti-epileptic drugs and opioids and their combinations may cause side effects such as drowsiness and respiratory depression and are better avoided if a safer alternative is available (7);
 - radioactive iodine-131 is better avoided given that safer alternatives are available - a mother can

- resume breastfeeding about two months after receiving this substance;
- excessive use of topical iodine or iodophors (e.g., povidone-iodine), especially on open wounds or mucous membranes, can result in thyroid suppression or electrolyte abnormalities in the breastfed infant and should be avoided;
- cytotoxic chemotherapy requires that a mother stops breastfeeding during therapy.

Maternal conditions during which breastfeeding can still continue, although health problems may be of concern

- Breast abscess: breastfeeding should continue on the unaffected breast; feeding from the affected breast can resume once treatment has started (8).
- Hepatitis B: infants should be given hepatitis B vaccine, within the first 48 hours or as soon as possible thereafter (9).
- Hepatitis C.
- Mastitis: if breastfeeding is very painful, milk must be removed by expression to prevent progression of the condition(8).
- Tuberculosis: mother and baby should be managed according to national tuberculosis guidelines (10).
- Substance use⁸⁰ (11):
 - maternal use of nicotine, alcohol, ecstasy, amphetamines, cocaine and related stimulants has been demonstrated to have harmful effects on breastfed babies;
 - alcohol, opioids, benzodiazepines and cannabis can cause sedation in both the mother and the baby.Mothers should be encouraged not to use these substances, and given opportunities and support to abstain.

ANNEXE N°8

Raisons médicales acceptables pour donner aux nourrissons une alimentation complémentaire ou de remplacement

(version OMS/UNICEF 2006, relue et quelque peu précisée par des pédiatres du CFAM)

L'allaitement maternel exclusif est considéré comme la norme en matière d'alimentation infantile. Dans un petit nombre de situations, il peut y avoir une indication médicale de compléter le lait maternel ou de ne pas utiliser de lait maternel du tout. Il est donc nécessaire de distinguer :

- les nourrissons qui ne peuvent pas être nourris au sein, mais pour lesquels le lait maternel reste l'aliment de choix,
- les nourrissons qui peuvent nécessiter une alimentation complémentaire au lait maternel,
- les nourrissons qui ne peuvent pas recevoir de lait maternel ni aucun autre lait, y compris les substituts normaux de lait maternel, et nécessitent une alimentation spécialisée,
- les nourrissons pour lesquels le lait maternel n'est pas disponible,
- les conditions maternelles qui affectent les recommandations en matière d'allaitement maternel.

Les nourrissons qui ne peuvent pas être nourris au sein, mais pour lesquels le lait maternel reste l'aliment de choix, comprennent notamment les nourrissons qui sont particulièrement faibles, qui ont des difficultés de succion ou des anomalies buccales ; ou qui sont séparés de leur mère mais à qui celle-ci fournit du lait maternel exprimé. Ces nourrissons pourront être nourris avec du lait maternel exprimé, au moyen d'une sonde, d'un gobelet ou d'une cuillère.

Les nourrissons qui peuvent nécessiter une alimentation complémentaire au lait maternel comprennent notamment les enfants nés avec un poids très faible à la naissance (moins de 1500 grammes) ou les grands prématurés (moins de 32 semaines d'âge gestationnel) ; les enfants qui sont à risque d'hypoglycémie suite à un problème médical et pour qui le lait maternel n'est pas immédiatement accessible en suffisance ; les enfants qui sont déshydratés ou dénutris quand le lait maternel à lui seul ne permet pas de combler les carences. Pour ces enfants, il est nécessaire d'établir un plan nutritionnel, et le lait maternel devrait être utilisé dans toute la mesure du possible. Tout sera fait pour aider la mère à entretenir sa lactation et à exprimer son lait. Le lait (contrôlé) de mères donneuses peut également être utilisé. Le lait de fin de tétée est riche en calories et est d'une grande valeur pour les enfants de faible poids.

Les nourrissons qui ne peuvent pas recevoir de lait maternel ni aucun autre lait, y compris des substituts normaux de lait maternel, comprennent notamment les enfants atteints d'anomalies rares du métabolisme, comme la galactosémie, qui devront être nourris avec un produit exempt de galactose. L'allaitement maternel peut, dans certaines conditions, être autorisé en cas de maladie métabolique. Les enfants atteints de la phénylcétonurie peuvent par exemple en bénéficier, à condition qu'il soit combiné avec l'administration d'une préparation exempte de phénylalanine.

Les nourrissons pour lesquels le lait maternel n'est pas disponible comprennent notamment les enfants dont la mère est décédée, ou éloignée de son bébé sans pouvoir lui fournir du lait exprimé. Le lait de mères donneuses peut être utilisé, ou un substitut du lait maternel peut être nécessaire partiellement ou temporairement.

Les conditions maternelles qui affectent les recommandations en matière d'allaitement maternel Il y a vraiment peu de conditions médicales maternelles où l'allaitement n'est pas recommandé, comme l'épuisement physique, la prise de certains médicaments ou de rares maladies infectieuses.

- une mère qui est affaiblie sera aidée pour positionner son bébé pour la tétée,
- une mère qui a de la fièvre doit boire suffisamment.

Prise de médicaments par la mère

La mère qui prend une des rares médications telles que anti-métabolites, iode radioactif ou certains anti-thyroïdiens, devrait suspendre l'allaitement pendant le traitement.

Certaines médications peuvent causer de la somnolence ou d'autres effets secondaires chez l'enfant. Consultez la liste des médications établie par l'OMS, choisissez le médicament le plus sûr possible, indiquez à la mère le moment le plus adapté à la prise du médicament par rapport aux tétées, et surveillez l'apparition d'effets secondaires chez l'enfant qui continue à être allaité.

Dépendances de la mère à certains produits

En cas de consommation de tabac, alcool et drogues, l'allaitement maternel reste l'alimentation de choix pour la majorité des nourrissons. Si la mère consomme de la drogue par voie intraveineuse, l'allaitement est contre-indiqué.

Mères infectées par le VIH

Lorsqu'une alimentation de substitution est accessible, faisable, abordable, sûre et durable, il est recommandé d'éviter tout allaitement maternel par des mères infectées par le VIH. En l'absence de ces conditions, l'allaitement exclusif est recommandé pendant les tout premiers mois et doit être arrêté complètement dès que les conditions spécifiées sont réunies. L'allaitement mixte (allaitement maternel + alimentation complémentaire, simultanément), n'est pas recommandé.

Autres maladies maternelles infectieuses

Abcès du sein

Nourrir au sein infecté n'est pas recommandé, mais le lait devrait être exprimé de ce sein (et jeté). L'allaitement à ce sein pourra être repris lorsque l'abcès aura été drainé et que la mère aura commencé à prendre des antibiotiques. L'allaitement devrait se poursuivre au sein non atteint.

Herpes simplex Virus Type 1 (HSV-1)

Les mères qui ont des lésions d'herpès sur les seins devraient s'abstenir d'allaiter au sein jusqu'à ce que toutes les lésions actives sur le sein soient guéries.

Varicelle

L'allaitement d'un nouveau-né est déconseillé quand la mère contracte l'infection dans les premiers jours après la naissance mais devrait pouvoir être repris dès que la mère n'est plus contagieuse.

La maladie de Lyme

L'allaitement maternel peut continuer pendant le traitement de la mère.

HTLV-1 (Human T- cell leukaemia virus)

L'allaitement n'est pas encouragé si une alternative accessible, faisable, abordable, sûre et durable peut remplacer l'allaitement.

Conditions maternelles courantes

pour lesquelles l'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué

Hépatite B

Les mères infectées peuvent allaiter. Les nourrissons doivent être protégés par l'administration d'immunoglobulines spécifiques anti-hépatite B et recevoir la première dose du vaccin contre l'hépatite B dans les 12 heures après la naissance.

Tuberculose

L'allaitement maternel par une mère TB-positive devrait se poursuivre normalement. La mère et l'enfant devront être contrôlés et traités selon les directives nationales en la matière.

Mastite

Dans la plupart des cas, il est recommandé de poursuivre l'allaitement pendant l'antibiothérapie.

RESUME

Les taux de compléments délivrés aux nouveau-nés allaités, lors de leur séjour en maternité, sont très variables entre les maternités labellisées Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), en France. Le concept fondateur de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, est le soutien et la promotion de l'allaitement maternel. Or, il est reconnu que l'administration de complément dans les premiers jours de vie, diminue la durée de l'allaitement maternel.

Notre étude cherche donc, à expliquer ces différences de taux entre les maternités, et à proposer des mesures afin de diminuer la délivrance de compléments en leur sein.

Pour cela nous avons réalisé une étude transversale et descriptive, à l'aide de questionnaires à compléter, dans les maternités françaises labellisées IHAB, pendant un mois entre avril et juillet 2013, pour tout nouveau-né allaité recevant un complément.

Les compléments n'ont été donnés sur initiative du personnel que dans 2,6% des cas.

Les compléments délivrés suite à une indication médicale, représentaient 35,9% des questionnaires. Ils permettaient une poursuite de l'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité dans 69% des cas. Et peu de ces compléments étaient administrés par biberon (1% des compléments d'indication médicale).

La majorité des compléments de l'étude étaient donnés suite à une demande maternelle (51,3% des compléments), avec des taux très variables entre les maternités. On constate également que ceux-ci sont souvent demandé par les mères en vue d'un passage en allaitement mixte (29,2% des demandes maternelles de compléments) ou en vue d'un arrêt d'allaitement maternel (34,2%), là encore avec des grandes variations de représentativité selon les maternités.

Les indications médicales des compléments correspondent, pour la majorité, aux protocoles de l'Organisation Mondiale de la Santé (à 63%) et de l'Academy of Breastfeeding Medicine (à 81%). Les principales différences reposent sur des questions de seuils d'administration. Ces seuils sont également très variables entre les maternités de l'étude.

En conclusion, une des principales différences constatée, entre les maternités IHAB françaises, au sein de cette étude, se situe au niveau des proportions de femmes arrêtant l'allaitement en cours de séjour en maternité, ou souhaitant directement un allaitement mixte. L'autre grande différence repose sur les variations des protocoles médicaux d'administration de compléments, en particulier au niveau des seuils (d'hypoglycémie, ...). Cela explique, au moins en partie, les différences de taux de compléments retrouvées entre ces maternités.

Cette étude permet également de dégager des pistes afin de diminuer le don de compléments au sein de ces maternités, comme la rédaction d'un protocole commun encadrant les indications médicales de compléments, et d'une formation commune des pédiatres de ces maternités. Les autres pistes consistent à poursuivre les efforts de formation des personnels des maternités, et de continuer les politiques internationales, européennes et nationales de promotion de l'allaitement maternel auprès de la population générale.

MOTS CLES

allaitement maternel, Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, complément, maternité.