



HAL
open science

Conditions de la première mise au sein en salle de naissance à la Clinique Belledonne

Claire Ranchoup

► **To cite this version:**

Claire Ranchoup. Conditions de la première mise au sein en salle de naissance à la Clinique Belledonne. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01176451

HAL Id: dumas-01176451

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01176451v1>

Submitted on 15 Jul 2015

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

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



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Conditions de la première mise au sein en
salle de naissance à la Clinique Belledonne**

Mémoire soutenu le 12 Juin 2015

Par RANCHOUP Claire

Née le 21 Janvier 1992

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

Année 2015

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Conditions de la première mise au sein en
salle de naissance à la Clinique Belledonne**

Mémoire soutenu le 12 Juin 2015

Par RANCHOUP Claire

Née le 21 Janvier 1992

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

Année 2015

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme enseignant, Département de maïeutique, UFR de Médecine de Grenoble, Président du Jury ;

Mr le Professeur Thierry DEBILLON, PU-PH à l'Hôpital Couple Enfant, CHU de Grenoble, Co-président du Jury ;

Mr Pierre DUSONCHET, Sage-femme libérale à Grenoble, sage-femme invitée ;

Mme Agnès BUCHET, Sage-femme cadre de salle de naissance à la Clinique Belledonne, Directrice de ce mémoire ;

Mme Nadine VASSORT, Sage-femme enseignante, Département de Maïeutique, UFR de Médecine de Grenoble, Guidante de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement.

Mme Agnès BUCHET, Sage-femme cadre de salle de naissance à la Clinique Belledonne, directrice de ce mémoire ;

Pour son écoute, sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce travail.

Mme Nadine VASSORT, Sage-femme enseignante, Département de Maïeutique, UFR de Médecine de Grenoble, Guidante de ce mémoire ;

Pour son aide, sa disponibilité et ses encouragements durant l'élaboration de ce mémoire.

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme enseignante, Département de Maïeutique, UFR de Médecine de Grenoble ;

Pour son encadrement et son soutien durant ces quatre années d'études.

L'ensemble des professionnels exerçant à la maternité de la Clinique Belledonne ;

Pour avoir accepté de participer à cette étude.

Les patientes et leurs nouveaux-nés ;

Pour avoir accepté ma présence à leur côté.

Table des matières

Liste des abréviations	1
Introduction	2
Matériel et méthode.....	4
Type d'étude.....	4
Site de l'étude.....	4
Population de l'étude.....	4
Recueil de données.....	5
<i>Méthode de recueil</i>	<i>5</i>
<i>Contenu du bordereau standardisé.....</i>	<i>6</i>
Critères de jugement.....	9
Traitement des données et analyses statistiques.....	9
Résultats	10
Description de la population.....	10
Caractéristiques de l'échantillon.....	11
Critère de jugement principal.....	12
Critères de jugement secondaires	14
Discussion.....	17
Biais et limites de l'étude.....	17
Réponse à la problématique	18
<i>Critères de jugement principal.....</i>	<i>18</i>
<i>Critères de jugement secondaires.....</i>	<i>18</i>
Démarche d'obtention d'un label.....	21
Conclusion.....	23
Références.....	24
Annexes.....	27
Résumé.....	32

Liste des abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

LG : Liquide gastrique

PAP : Peau à peau

Introduction

Les nombreux bénéfices de l'allaitement maternel ont été démontrés tant pour l'enfant que pour la mère [1, 2, 3]. Les recommandations internationales et françaises préconisent l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie, puis jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, associé à la diversification alimentaire chez l'enfant [1, 4, 5]. L'étude Épifane réalisée en 2012, dans 136 maternités françaises montre que 69% des enfants sont allaités en maternité (60% le sont de façon exclusive) [6].

La première tétée favorise le démarrage physiologique de l'allaitement, facilite l'établissement du lien mère-enfant, et diminue les risques d'hypoglycémie néonatale [7, 8]. Les deux premières heures de vie sont un moment de vigilance et d'éveil chez le nouveau-né en raison du taux élevé de catécholamines. La première tétée est un processus qui peut prendre quelques minutes à une heure ou plus [7].

Cette première mise au sein s'accompagne habituellement du contact en peau à peau (PAP). Celui-ci permet entre autre de favoriser l'adaptation thermique et métabolique de l'enfant, d'avoir un effet analgésique, et de rendre le nouveau-né plus apte à téter efficacement [9, 10, 11]. Le PAP en salle de naissance doit bien sûr être réalisé en respectant les conditions de sécurité nécessaires au bien être de la mère et de son enfant sous la surveillance des professionnels de santé.

Cette première mise au sein fait donc l'objet de recommandations de la part de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La maternité de la clinique Belledonne à Saint Martin d'Hères est engagée dans une démarche d'obtention du label Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) depuis 2011. Le

taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité est de 66% dans cette maternité [12]. Cependant les recommandations sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour rédiger notre bordereau de recueil étaient celles de la HAS, car concernant l'accueil du nouveau-né à la naissance et la première mise au sein, elles étaient plus détaillées.

Cette étude doit permettre de dresser un premier bilan des pratiques concernant la mise en place de l'allaitement maternel au sein de cette maternité en vue de les améliorer.

Le but de notre travail était de décrire et d'analyser les pratiques des professionnels amenés à prendre en charge ces couples mère enfant dans les deux heures du post-partum.

Notre hypothèse de recherche était que les réalisations des premières mises au sein en salle de naissance sont faites de façon conforme aux recommandations de bonne pratique.

Notre objectif principal était d'évaluer la conformité aux recommandations éditées par la HAS des pratiques professionnelles lors des premières mises au sein.

Nos objectifs secondaires étaient :

- décrire les pratiques non conformes
- proposer si possible des axes d'amélioration concernant les pratiques non conformes identifiées.

Matériel et méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et monocentrique.

Site de l'étude

L'étude a été réalisée en salle de naissance à la maternité de la clinique Belledonne à Saint Martin d'Hères qui est une maternité de niveau 2A ayant réalisé 2053 accouchements en 2014.

L'autorisation pour mener cette étude nous a été donnée par les médecins référents du service, les Docteurs Gothié (pédiatre) et Canonica (gynécologue-obstétricien).

Population de l'étude

Ont été éligibles toutes les patientes accouchant par voie basse et ayant choisi d'allaiter.

Ont été exclues :

- les patientes présentant des complications dans le post-partum immédiat empêchant ou stoppant la réalisation du PAP en salle d'accouchement
- les nouveaux nés nécessitant une prise en charge ou une surveillance particulière dans le post-partum immédiat empêchant la réalisation du PAP immédiatement à la naissance

- les nouveaux nés nécessitant une prise en charge ou une surveillance particulière dans le post-partum immédiat empêchant une mise au sein en salle d'accouchement
- les patientes refusant de participer à l'étude

L'échantillon prévu était de 30 observations.

Recueil de données

Méthode de recueil

Les données à l'inclusion ont été recueillies par moi-même, présente en tant qu'observatrice en salle de naissance lors de l'accouchement et durant les deux premières heures du post-partum. Ces observations ont été réalisées du 11 août au 2 novembre 2014.

Nous nous rendions se rendait en salle d'accouchement au moment de l'expulsion puis nous suivions les professionnels de santé à chaque fois que l'un d'eux se rendait dans la salle lors de la surveillance du post-partum immédiat.

L'accord préalable des professionnels de santé (titulaires ou stagiaires) a été systématiquement obtenu. Ceux-ci ne connaissaient pas les critères d'observation ni les objectifs de l'étude afin de ne pas influencer leurs pratiques. Il était expliqué que l'étude portait sur la prise en charge mère enfant pendant le post-partum immédiat.

L'accord des patientes a également été systématiquement obtenu avant l'observation. L'étude était présentée de la même façon que pour les professionnels, il était précisé que les données étaient rendues anonymes et leur accord était nécessaire pour utiliser certaines données du dossier obstétrical.

Les patientes ne souhaitant pas allaiter et les enfants ne pouvant être placés en PAP immédiat faisaient aussi l'objet d'observations (bien qu'exclus de l'étude) afin de ne pas dévoiler les objectifs de la recherche.

Lors de chaque observation, le bordereau standardisé comprenant les différents critères d'observation était rempli (Annexe 1).

Contenu du bordereau standardisé

Le bordereau standardisé a été rédigé à partir du document de la HAS « Favoriser l'allaitement maternel. Processus – Évaluation » qui comprend des recommandations professionnelles et des critères d'évaluation concernant les différentes phases de l'allaitement maternel (information, démarrage, installation et poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage) [13].

Concernant la parturiente, nous avons recueilli dans le dossier obstétrical :

- la parité
- le terme
- la durée du travail
- l'expérience antérieure d'allaitement

Lors de l'observation, nous avons recueilli :

Au sujet du PAP :

- si l'enfant était immédiatement (dans les cinq minutes suivant la naissance)
 - mis en PAP
 - séché
 - recouvert d'un bonnet
 - recouvert d'un linge chaud et sec
- si l'enfant était laissé en PAP jusqu'à la fin de la surveillance en salle d'accouchement.
- s'il y avait un arrêt ou une suspension du PAP, si c'était le cas, le motif et nous avons noté si cela était à la demande de la mère ou à l'initiative d'un membre du personnel soignant
- la température en salle de naissance (après avoir placé un thermomètre en début d'observation au niveau du lieu des soins de puériculture et récupéré celui-ci en fin d'observation)

Concernant la première mise au sein :

- si elle était réalisée en salle de naissance
- si l'on respectait le réflexe de fouissement
- si l'on laissait le nouveau-né prendre le sein seul
- si le nouveau-né avait une bonne position au sein
- si le nouveau-né prenait correctement le sein

- si des informations étaient données à propos de ces deux derniers critères
- si cette première mise au sein était réalisée en présence d'un soignant ou par la mère seule.

La variable « respect du réflexe de foussement » étant difficile à objectiver, a été validée lorsque le couple ou le professionnel a fait référence au fait que l'enfant cherchait à téter (avant la mise au sein) ou lorsque le soignant expliquait aux parents ce qu'était le réflexe de foussement afin de réaliser la tétée au moment adéquat.

Concernant les soins de routine (la pesée de l'enfant, l'administration de vitamine K1, les soins du cordon, l'habillage de l'enfant) nous validions l'item si l'ensemble de ces soins était réalisé après cette première mise au sein.

Nous notions aussi si l'on utilisait une sonde d'aspiration en dehors d'une indication de prélèvement de liquide gastrique (LG).

Le nombre de patientes prises en charges au moment de l'accouchement dans le service était aussi noté (comprenant les patientes présentes en salle de consultation, salle de pré-travail, salle de naissance, bloc de césarienne et salle de réveil).

Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le taux de conformité aux trois pratiques suivantes pour chaque mise au sein :

- mise en PAP immédiatement à la naissance
- réalisation d'une première mise au sein en salle de naissance
- soins de routine reportés après la première tétée

Lorsqu'un (ou plus) de ces trois critères n'était pas réalisé, les pratiques n'étaient pas jugées conformes aux recommandations pour cette mise au sein. Nous avons admis un seuil à 80% en deçà duquel les pratiques n'étaient pas jugées conformes aux recommandations.

Les critères de jugement secondaires sont les taux de conformité à chacun des items complémentaires apparaissant dans le bordereau de recueil. De même, en deçà d'un seuil fixé à 80%, les pratiques n'étaient pas jugées conformes aux recommandations.

Traitement des données et analyses statistiques

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

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par la médiane et l'espace interquartile.

Les tableaux et graphiques ont été réalisés à l'aide des logiciels Microsoft Word et Microsoft Excel.

Résultats

Description de la population

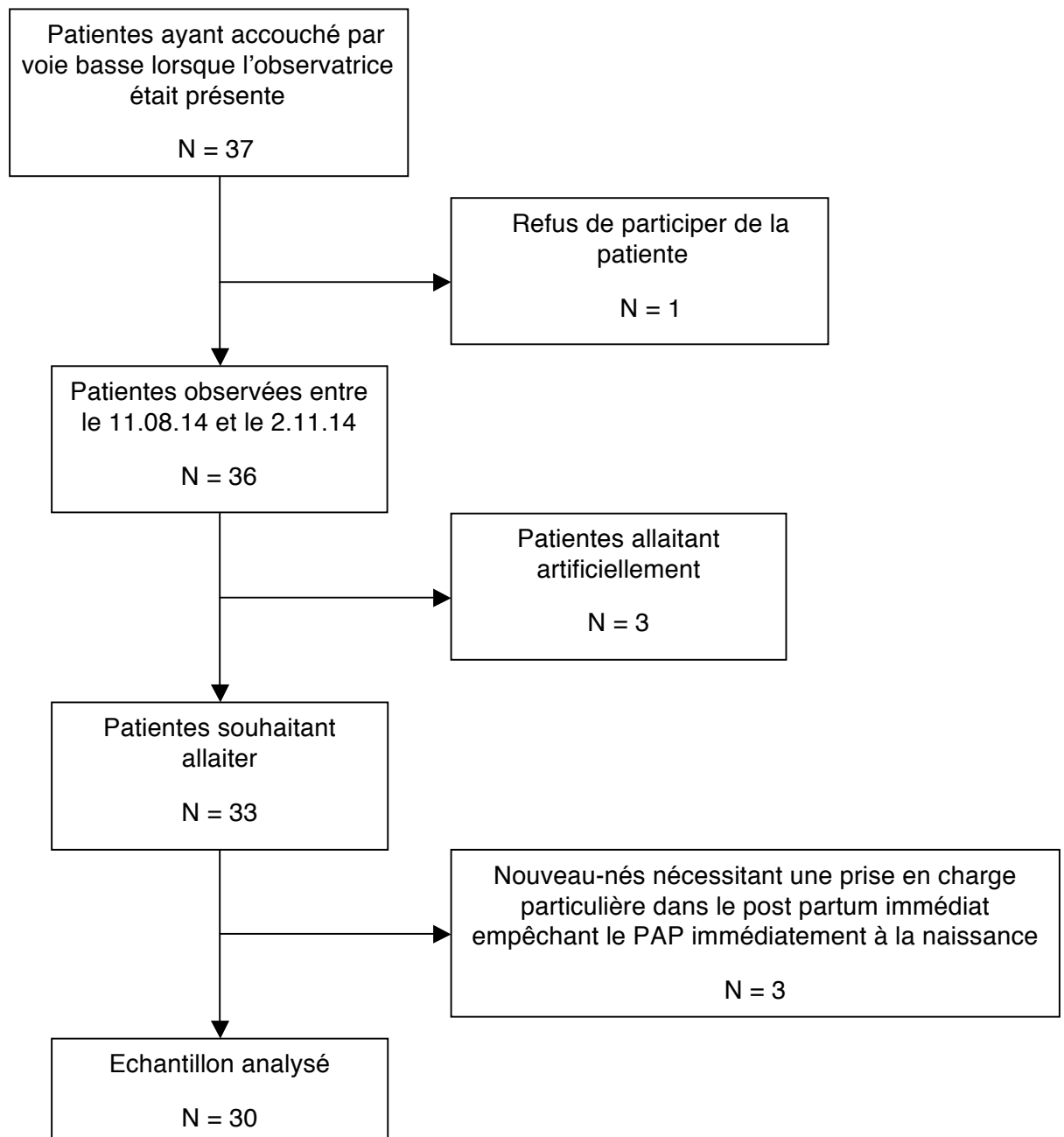


Figure 1 : Diagramme de flux de population de l'étude

Caractéristiques de l'échantillon

Le nombre de patientes incluses dans l'étude est de 30.

Les caractéristiques de ces patientes sont décrites dans le tableau suivant.

Echantillon N = 30	
Parité	
Primipares (<i>n, %</i>)	22 (73,3%)
Multipares (<i>n, %</i>)	8 (26,7%)
Terme en semaines d'aménorrhées (<i>m, 25ème-75ème</i>)	40 (39,71-41)
Durée du travail en heures (<i>m, 25ème-75ème</i>)	7 (5-10)
Expérience antérieure d'allaitement chez les multipares (<i>n, %</i>)	8 (100%)

Tableau I : caractéristiques de l'échantillon analysé

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le taux de conformité aux trois pratiques décrites précédemment : il est de 90%. Le graphique suivant représente ce résultat. Les chiffres détaillés sont contenus dans le tableau II en annexe 2.

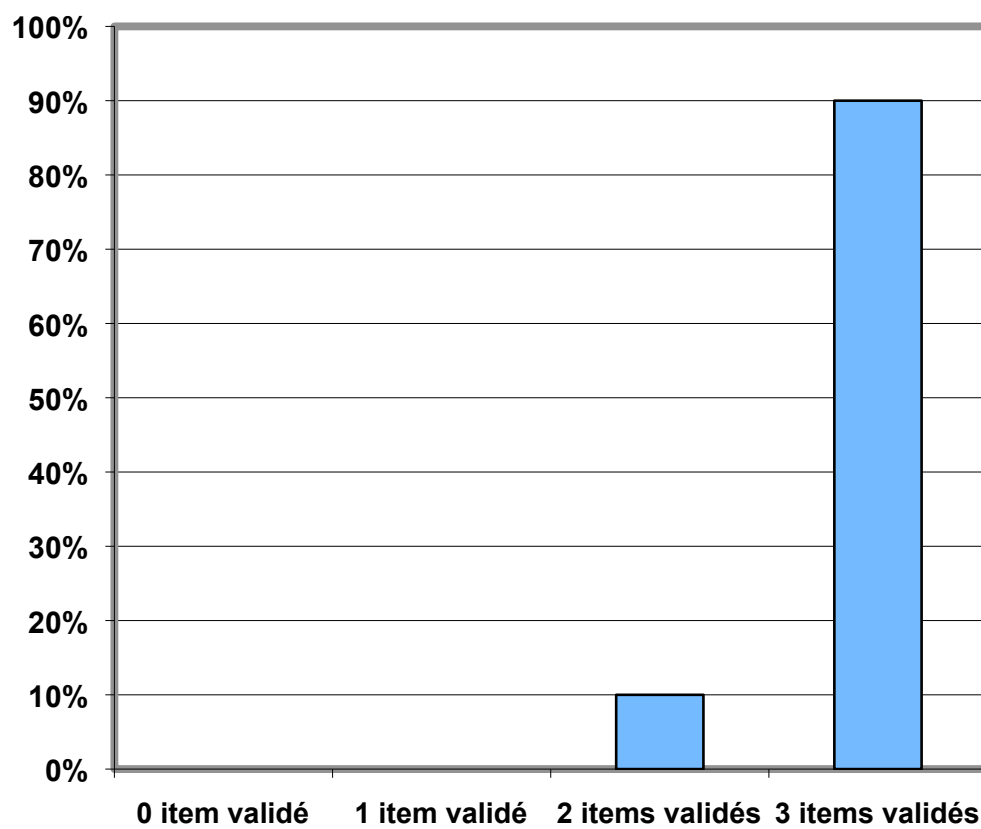


Figure 2 : taux de validation du critère de jugement principal selon le nombre d'items

Le graphique suivant représente le taux de validation pour chacune des trois pratiques décrites. Les chiffres détaillés sont contenus dans le tableau III en annexe 3.

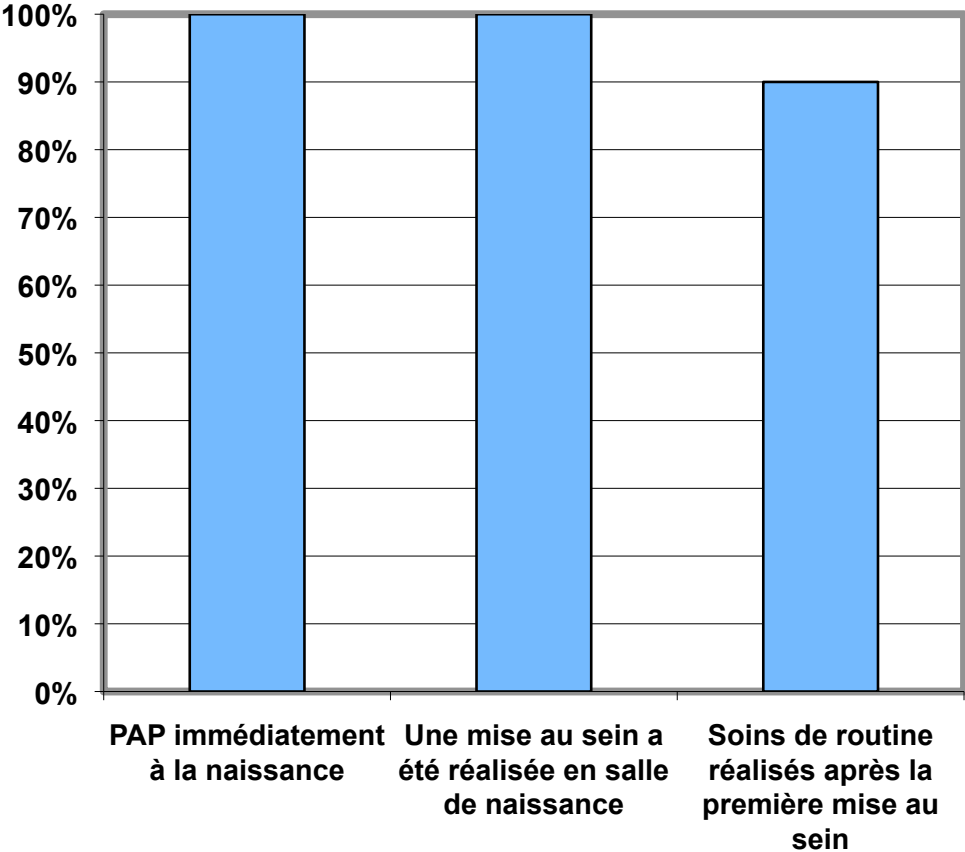


Figure 3 : taux de validation de chaque item du critère de jugement principal

Critères de jugement secondaires

Les figures 4 et 5 représentent les taux de validation des pratiques concernant respectivement le peau à peau et la première mise au sein. Les chiffres détaillés sont contenus dans le tableau III en annexe 3.

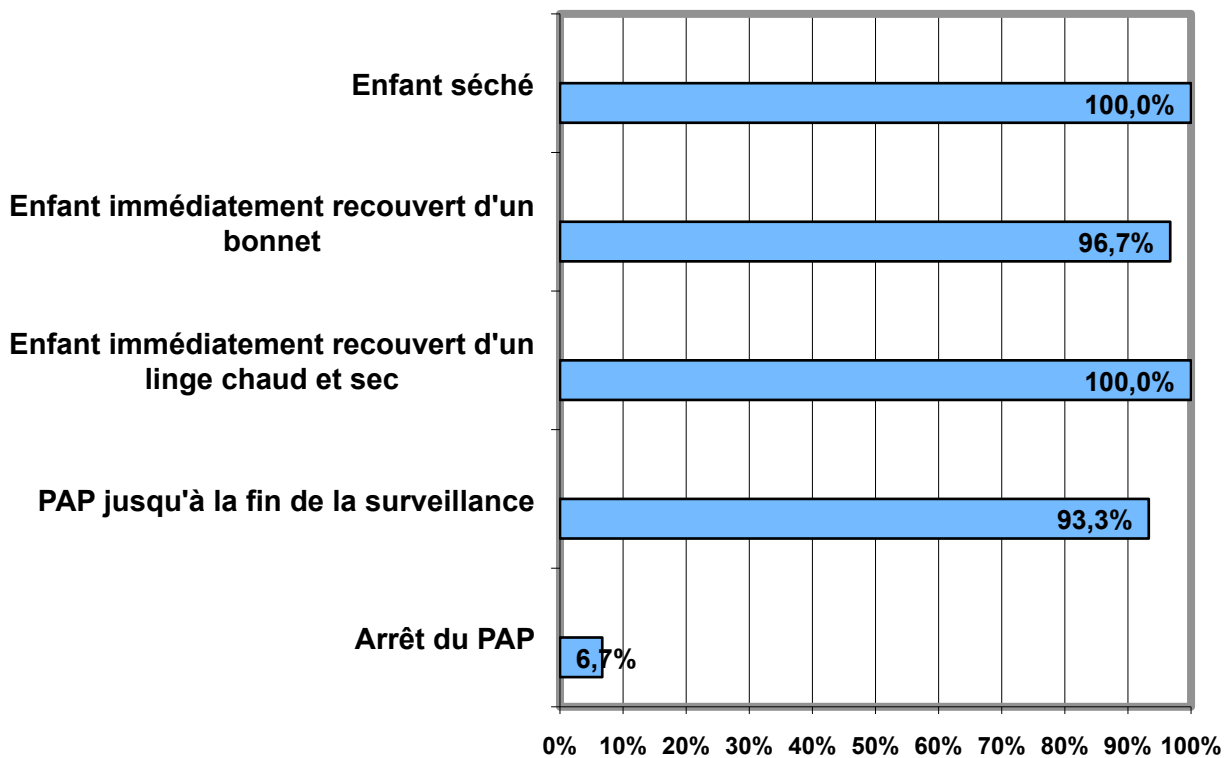


Figure 4 : taux de validation des items concernant le peau à peau

Lors de l'arrêt du PAP avec la mère, l'enfant a été placé à la demande des parents en PAP contre son père (après la première mise au sein).

Le PAP a été suspendu dans 36,7% des observations, cela était toujours réalisé à l'initiative d'un soignant (soit dans 11 observations).

Les motifs de suspension du PAP sont les suivants :

- Examen de l'enfant à la demande du pédiatre suite à une extraction difficile (1/11)
- Suspicion d'hémorragie de la délivrance ou hémorragie de la délivrance (3/11)
- Pesée lorsque le poids de l'enfant doit être connu pour la prise en charge immédiate :
 - posologie d'un antalgique pour l'administration de celui-ci suite à une extraction instrumentale d'un nouveau-né en apparence macrosome (1/11)
 - prévention de l'hypoglycémie chez un nouveau-né d'apparent petit poids de naissance (compte tenu de l'âge gestationnel) (1/11)
- Pesée (3/11)
- Aspiration de LG (1/11)
- Lavage des cheveux (1/11)

La température dans 96,7% des observations variait entre 25 et 28°C (la médiane étant 26°C).

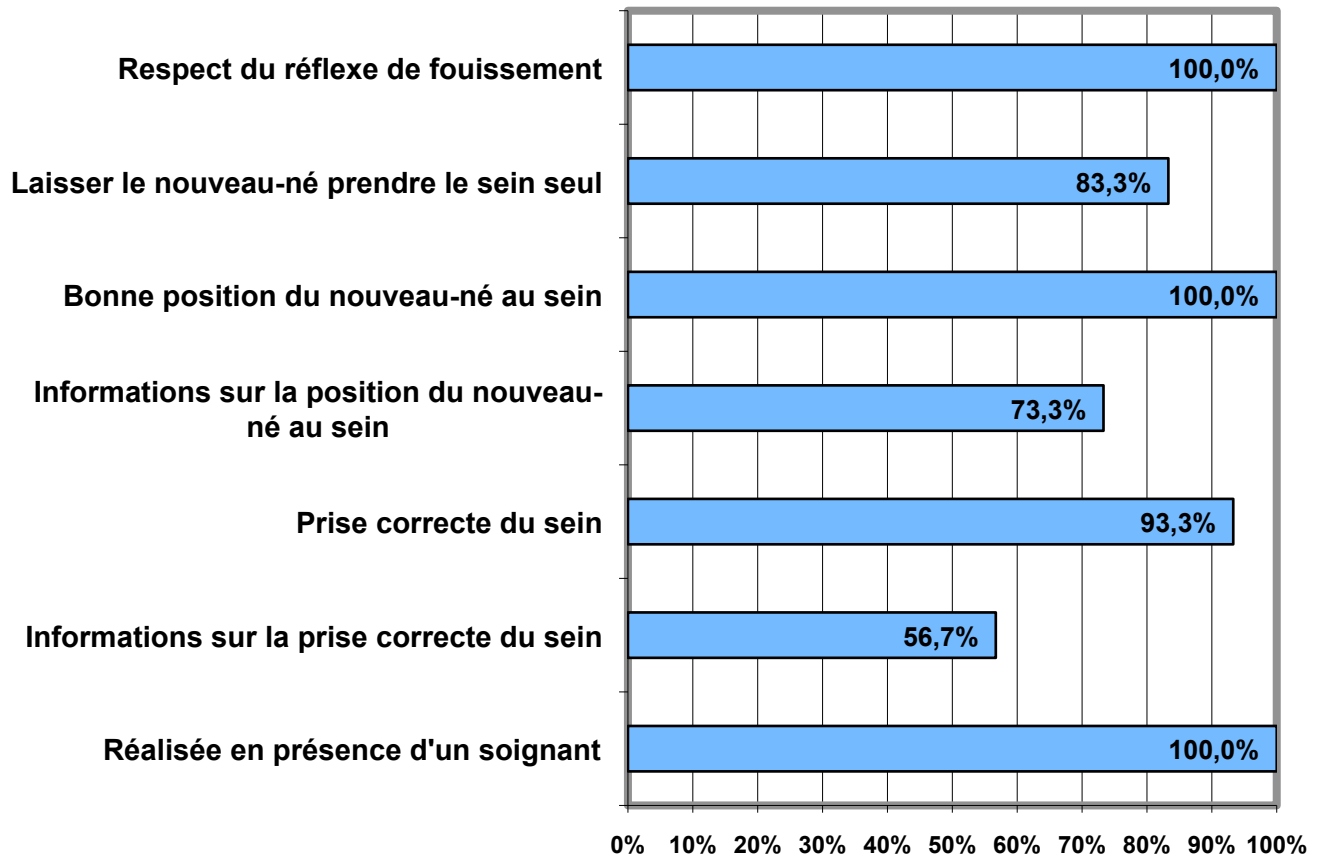


Figure 5 : taux de validation des items concernant la mise au sein

La seule indication d'utilisation de sonde d'inspiration était le prélèvement de LG.

Le nombre de patientes prises en charge lors des observations variait entre 2 et 8 patientes (la médiane étant 3,5).

Discussion

Biais et limites de l'étude

Le premier biais que nous pouvons relever est le biais d'enquêteur. Le seul fait qu'une personne externe au service observe le déroulement de la prise en charge des patientes et de leurs enfants peut influencer la pratique des soignants. Ce biais est inhérent à l'étude. Afin de le limiter, les critères précis du bordereau de recueil n'étaient pas dévoilés ni aux patientes ni aux soignants. Les patientes ne souhaitant pas allaiter leur enfant, et les nouveau-nés ne pouvant être mis en peau à peau immédiatement faisaient aussi l'objet d'observations.

Le second biais repéré est le biais de sélection puisqu'il était en pratique impossible de recruter un observateur présent en permanence pour inclure toutes les patientes prises en charge lors de la période de recueil. Le biais de non-participation est très faible puisqu'une seule patiente a refusé de participer à l'étude et aucun soignant n'a refusé de faire l'objet d'une observation.

L'effectif était limité par choix (30 patientes) du fait du délai imposé pour réaliser l'étude et du temps que nécessitait chacune des observations.

Réponse à la problématique

Critères de jugement principal

Cette étude confirme l'hypothèse de départ, en montrant que, d'après le seuil et les critères choisis, les pratiques concernant la réalisation des mises au sein en salle de naissance sont conformes aux recommandations de la HAS. En effet, le taux de conformité s'élève à 90%.

Critères de jugement secondaires

Les éléments concernant la mise en place en PAP ainsi que la température en salle de naissance sont conformes aux recommandations. Cette prise en charge permet le respect de la normothermie. Le PAP est efficace pour éviter la déperdition thermique chez le nouveau-né et augmenter sa température corporelle [14, 15].

Le PAP précoce d'une part, et une durée du PAP supérieure à 50 minutes d'autre part, semblent associés à une augmentation de la durée d'allaitement maternel [9, 16].

Dans 6,7% des observations le PAP avec la mère a été arrêté selon son souhait, cela dans le respect du protocole « Peau à peau » mis en place dans le service [17]. Les parents dans ces cas là souhaitaient installer l'enfant en PAP contre son père.

La pesée de l'enfant et le lavage des cheveux de l'enfant ne nous paraissent pas justifier la suspension du PAP. Ces pratiques exposent l'enfant à des risques de chute thermique [14]. La pesée de l'enfant peut être réalisée plus tard, à la fin de la surveillance en PAP par exemple, au même moment que la réalisation des autres soins de routine. Le lavage des cheveux de l'enfant n'est pas nécessaire en salle de

naissance, la HAS recommande de « différer le bain », cela est rappelé dans le protocole du service [17]. Le report du bain est associé à une élévation du taux d'allaitement maternel exclusif en maternité [18].

L'aspiration de LG en revanche ne peut être reportée, néanmoins nous avons remarqué que ce prélèvement était habituellement réalisé en laissant l'enfant en PAP sur sa mère. Nous constatons un seul cas où la suspension du PAP est due à une aspiration de LG. Le soignant réalisant cette pratique a vraisemblablement estimé plus sécuritaire de réaliser ce soin sur la table de soins plutôt qu'en PAP.

Pour un nouveau-né en bonne santé, les soins de routine devraient être retardés pour favoriser des interactions précoces entre les parents et l'enfant, et une première tétée [19].

Les mises au sein sont réalisées de façon conformes aux recommandations. Seules les informations relatives à la bonne position du nouveau-né au sein et la prise du sein correcte par l'enfant, n'étaient pas délivrées systématiquement à la mère.

La HAS recommande de donner ces informations en maternité ; cela implique que ces informations pourraient être explicitées dans un second temps, lors du séjour en unité mère-enfant. Il nous semblait important de les faire apparaître dans le bordereau de recueil car cela permet d'une part une succion efficace et un transfert de lait optimal, et d'autre part de prévenir les lésions du mamelon. L'Academy of Breastfeeding Medicine préconise qu'une bonne technique d'allaitement devrait être expliquée à toutes les mères dans le post-partum immédiat [13, 19].

Les résultats montrent que toutes les mises au sein étaient accompagnées par un soignant. L'accompagnement et le soutien des mères jouent un rôle essentiel dans la

réussite de l'allaitement. Cela est aussi vrai auprès des patientes multipares ; ces dernières peuvent, autant que les primo-allaitantes, avoir besoin d'aide dans l'initiation de l'allaitement [20].

Il semblerait, au vu de nos résultats, que la charge de travail n'ait pas d'incidence sur la prise en charge du PAP et de la mise en place de l'allaitement maternel.

Il est difficile d'accéder aux résultats d'évaluations d'autres maternités sur le même sujet, ces derniers ne faisant généralement pas l'objet de publications.

Nous retrouvons une étude similaire publiée en 2011, réalisée aux Philippines, dans 51 maternités auprès de 481 couples mère-enfant. Cette étude a été faite dans le but d'établir des recommandations nationales sur la prise en charge du nouveau-né afin de réduire le taux de septicémies néonatales et de mortalité infantile dans les hôpitaux du pays.

Les résultats sont très différents des nôtres, il en ressort que seulement 9,6% des enfants sont laissés en peau à peau, le séchage était retardé dans 96,5% des observations et le bain était donné trop tôt dans 90% d'entre elles et le bain était donné trop tôt dans 90% d'entre elles [21].

Cette étude s'inscrit dans un contexte différent du nôtre, dans un pays où moins de la moitié des accouchements est réalisée à l'hôpital et où le taux de mortalité néonatale s'élevait à 16 pour 1000 naissances vivantes en 2008 (2,3 pour 1000 naissances vivantes en France en 2010) [22, 23].

Bien que réalisée à une échelle nationale, le but de cette étude était comme pour la nôtre, l'amélioration des pratiques, en vue finalement de l'amélioration de l'état de santé des populations.

Les résultats de notre étude sont impactés par la démarche de qualité et de conformité aux critères IHAB de la maternité. Ils ne sont pas généralisables aux autres maternités.

Démarche d'obtention d'un label

La démarche d'obtention du label IHAB s'inscrit dans un processus d'évaluation et d'amélioration des pratiques afin de répondre aux 12 recommandations IHAB (Annexe 4).

Ce projet de service a exigé, depuis quatre ans, de mettre en œuvre un plan d'action, afin de répondre aux critères nécessaires à l'obtention du label. Tous les professionnels (médecins, sages-femmes et auxiliaires de puériculture) ont donc bénéficié de 21 heures de formation (dont trois heures de pratique). Des réunions de formation sont organisées avec les professionnels autour de thèmes précis ou sous forme de cas cliniques. Enfin, des réunions d'informations pour les parents pendant la grossesse où lors du séjour en maternité sont proposées.

En mars 2015, quatre évaluateurs recrutés par IHAB France, se sont rendus dans l'établissement afin de vérifier les pratiques de celui-ci et de rédiger un rapport d'évaluation. À l'issue de l'examen de ce rapport, un comité délivrera ou non le label « Ami des Bébé » à la Clinique Belledonne en juin 2015.

Une étude suisse réalisée en 2003 montre que l'obtention du label IHAB aurait un effet bénéfique sur la durée d'allaitement maternel. En effet, elle montre que la proportion de

nourrissons allaités exclusivement au sein entre la naissance et cinq mois était supérieure pour les enfants nés dans les hôpitaux amis des bébés (42%), comparativement au taux retrouvé pour les enfants nés dans d'autres établissements de santé (34%) [24].

Notre étude permettra de conforter les soignants dans leur démarche d'amélioration de la qualité autour de la question de l'accueil du nouveau-né et de la première tétée, et d'avoir un reflet, le plus objectif possible, de leurs pratiques.

Afin de transmettre les résultats à l'équipe, nous pourrons diffuser un compte rendu auprès de chaque soignant sous forme numérique ou papier, en collaboration avec les sages-femmes cadres du service.

Nous pourrons également leur proposer l'accès à l'intégralité du mémoire s'ils le souhaitent en laissant un exemplaire à la maternité.

Après avoir souligné les points positifs nous insisterons sur le fait que les informations relatives à la première mise au sein sont essentielles dans la mise en place de l'allaitement. Bien que moins fréquentes mais ayant une incidence considérable, les pratiques concernant la suspension et l'arrêt du peau à peau seront également signalées. Nous pourrons évoquer l'intérêt de donner durant la grossesse des informations concernant le PAP et l'impact de celui-ci sur l'allaitement maternel ; et la possibilité de pratiquer le peau à peau avec le père en unité mère-enfant. Toutefois le projet parental doit bien entendu être respecté.

Conclusion

Cette étude a permis de répondre aux objectifs et de confirmer l'hypothèse de départ ; d'après notre critère de jugement principal, les premières mises au sein sont réalisées de façon conforme aux recommandations de bonne pratique éditées par la HAS.

L'étude permet de dresser un bilan des pratiques le plus objectif possible et, au vu des résultats, nous pouvons supposer que les mesures déjà mises en place par la Clinique Belledonne pour l'obtention du label IHAB sont efficaces. Cela confortera les équipes soignantes dans leur démarche d'amélioration de la qualité des pratiques. Elles pourront également se perfectionner sur les items dont le taux de validité reste inférieur à 80% (informations sur la position du nouveau-né au sein et sur la prise correcte du sein).

Une évaluation similaire s'appuyant sur l'information et l'accompagnement de l'allaitement maternel réalisée dans le service de suites de couches permettrait de compléter notre étude en ce qui concerne l'initiation de l'allaitement dans cette maternité.

Références

[1] Organisation Mondiale de la Santé.

Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
2003

[2] Gartner L, Morton J, Lawrence R et al.

Breastfeeding and the Use of Human Milk.

Paediatrics, 2005. Volume 115, No 2.

Consulté le 20/03/2015.

Disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/496.full>

[3] Turck D.

« Plan d'action: Allaitement Maternel », 2010.

Consulté le 10/01/2015. Disponible sur www.sante.gouv.fr

[4] Programme National Nutrition Santé 2011-2015.

Consulté le 10/01/2015. Disponible sur www.sante.gouv.fr

[5] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (Ex Haute Autorité de Santé).

Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations de Mai 2002.

[6] « Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant.

Résultats de l'étude Epifane, France, 2012 »

Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 18/09/2012, n°34

[7] Mazurier E, Christol M. Allaitement maternel : précis de pratique clinique. Éditions Sauramps Medical, 2010.

[8] Wight N, Marinelli K, The Academy of Breastfeeding Medicine

ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for Blood Glucose Monitoring and Treatment of Hypoglycemia in Term and Late-Preterm Neonates. 2014.

Consulté le 28/04/2015. Disponible sur www.bfmed.org

[9] Anderson G, Moore E, Hepworth J et al.

Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.

Cochrane Database Syst Rev. 2007.

Consulté le 05/05/2015. Disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636727

[10] Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A et al.

Skin-to-skin care for procedural pain in neonates.

Cochrane Database Syst Rev. 2014

Consulté le 05/05/2015. Disponible sur www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24459000

[11] Righard L, Alade M.

Effect of delivery room routines on success of first breast-feed.

Lancet, 1990.

Consulté le 03/03/2015. Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1977988>

[12] Statistiques internes de la maternité de la Clinique Belledonne.

[13] Haute Autorité de Santé.

Favoriser l'allaitement maternel. Processus-Evaluation. Recommandations de Juin 2006

[14] Organisation Mondiale de la Santé

La protection thermique du nouveau-né : guide pratique.

Genève, 1997.

[15] Mori R, Khanna R, Pledge D et al.

Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for mothers and newborns.

Pediatr Int. 2010. Volume 52, No 2.

Consulté le 28/04/2015. Disponible sur : www.researchgate.net/publication/26285771

[16] Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T et al.

Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour.

Acta Paediatr. 2004. Volume 93, No 12.

Consulté le 29/04/2015. Disponible sur :
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206216

[17] Protocole de service « Peau à peau » 2015. Maternité de la Clinique Belledonne.

[18] Preer G, Pisegna JM, Cook JT et al.

Delaying the bath and in-hospital breastfeeding rates.

Breastfeed Med. 2013. Volume 8, No 6.

Consulté le 03/05/2015. Disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23635002

[19] The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Comitee

ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term. 2008.

Consulté le 29/04/2015. Disponible sur : www.bfmed.org

[20] Royal College of Midwives. Pour un allaitement réussi. Éditions Masson, 2003.

[21] Sobel HL, Silvestre MA, Mantaring JB 3rd et al.

Immediate Newborn Care Practices Delay Thermoregulation and Breastfeeding Initiation.

Acta Paediatr. 2011. Volume 100, No 8.

Consulté le 15/04/2015. Disponible sur : www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21375583

[22] National Statistics Office (NSO) [Philippines], and ORC Macro.

National demographic and health survey 2008.

[23] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

Rapport européen sur la santé périnatale. 2013.

[24] Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U

Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level?

Paediatrics. 2005. Volume 116, No 5.

Consulté le 20/04/2015.

Disponible sur : <http://pediatrics.aappublications.org/content/116/5/e702.long>

Annexes

Annexe 1: bordereau standardisé

N° de l'observation :

Nombre de patientes prises en charge au moment de l'accouchement :

DOSSIER

Parité : P

Terme : SA

Durée du travail :

Expérience antérieure d'allaitement

OBSERVATION

Mise en PAP : - immédiatement après la naissance

- enfant séché

- enfant recouvert d'un bonnet

- enfant recouvert d'un linge chaud et sec

- PAP jusqu'à la fin de la surveillance

Réalisation d'une **première mise au sein**

- respect du réflexe de fuissement

- laisser le nouveau-né prendre le sein seul

- bonne position au sein du nouveau-né explications

(tête et corps de l'enfant dans le même axe/ enfant tenu près du corps de la mère/ corps entier de l'enfant est soutenu/ l'enfant approche le sein avec le nez sur le mamelon)

- prise correcte du sein explications

(+ d'aréole au dessus de la lèvre supérieure que de la lèvre inférieure/ bouche de l'enfant grande ouverte/ lèvre inférieure éversée/ menton de l'enfant touche le sein)

- réalisation de la mise au sein par la mère seule à l'aide d'un professionnel

Soins de routine réalisés après cette première mise au sein

- absence d'utilisation de sonde d'aspiration (en dehors d'un prélèvement de liquide gastrique)

- T° en salle de naissance :

Non mise en place arrêt ou suspension du PAP : motif :

.....

Par la mère Par un soignant

Annexe 2

	Total	
	<i>N = 30</i>	
	Nombre	Taux
0 item sur 3	0	0%
1 item sur 3	0	0%
2 items sur 3	3	10%
3 items sur 3	27	90%

Tableau II : Taux de validation en fonction du nombre d'items du critère de jugement principal

Annexe 3

	Total	
	N = 30	
	Nombre	Taux
Mise en place du PAP à la naissance	30	100%
Enfant séché	30	100%
Enfant immédiatement recouvert d'un bonnet	29	96,7%
Enfant immédiatement recouvert d'un linge chaud et sec	30	100%
PAP jusqu'à la fin de la surveillance	28	93,3%
Non mise en place du PAP	0	0%
Arrêt du PAP	2	6,7%
Suspension du PAP	11	36,7%
Une mise au sein a été réalisée	30	100%
Respect du réflexe de fuissement	30	100%
Laisser le nouveau-né prendre le sein seul	25	83,3%
Bonne position au sein du nouveau-né	30	100%
Information sur la position du nouveau-né au sein	22	73,3%
Prise correcte du sein	28	93,3%
Information sur la prise correcte du sein	17	56,7%
Réalisée par la mère seule	0	0%
Réalisée en présence d'un soignant	30	100%
Soins de routine réalisés après la première tétée	27	10%
Utilisation de sonde d'aspiration en dehors d'une indication de prélèvement de LG	0	0%

Tableau III : Taux de conformité des critères concernant le peau à peau, la mise au sein et les soins de routine

Annexe 4 : Recommandations IHAB

Les données en italique concernent les nouveaux-nés prématurés ou malades.

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.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. *Informar 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 après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. *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 si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant. *Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que 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 privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.
7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h 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. Débuter les tétées au sein dès que l'enfant est stable (Pas de limitation liée au poids ou à l'âge gestationnel). 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 sucettes aux situations particulières (suction non nutritive...)

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés, et leur adresser les mères dès leur sortie. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

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

Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude est d'évaluer la conformité des pratiques concernant la réalisation de la première mise au sein aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, transversale et monocentrique menée à la Clinique Belledonne. 36 patientes ayant accouché par voie basse entre le 11/08/2014 et le 2/11/2014 ont été observées, sur la base d'un bordereau de recueil. 30 dyades mère-enfant répondaient aux critères d'inclusion et constituaient l'échantillon analysé. Le critère de jugement principal est le taux de conformité des pratiques suivantes à chaque mise au sein : mise en PAP à la naissance, réalisation d'une première mise au sein, soins de routine reportés après la première tétée. Les pratiques étaient jugées conformes si ce taux était supérieur à 80%.

Résultats : D'après le critère de jugement principal, les pratiques sont conformes aux recommandations. Concernant les critères de jugement secondaires, deux items présentent un taux de conformité inférieur à 80% : l'information sur la position du nouveau-né au sein (73,3%) et l'information sur la prise correcte du sein (56,7%). Les autres critères recueillis présentent un taux de conformité variant entre 83,3% et 100%.

Conclusion : Les résultats de cette étude confortent les professionnels de la maternité dans leur démarche d'amélioration de la qualité des pratiques. Une évaluation de l'information et de l'accompagnement de l'allaitement maternel en suite de couches compléterait notre étude en ce qui concerne l'initiation de l'allaitement dans cette maternité.

Mots-clés : Allaitement maternel ; Première mise au sein ; Conformité aux recommandations de la HAS ; Démarche d'amélioration de la qualité.