



HAL
open science

État des lieux du recours aux compléments de lait artificiel chez les nouveau-nés allaités, à la maternité de Chambéry

Célia Pluinage

► **To cite this version:**

Célia Pluinage. État des lieux du recours aux compléments de lait artificiel chez les nouveau-nés allaités, à la maternité de Chambéry. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01240391

HAL Id: dumas-01240391

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01240391>

Submitted on 9 Dec 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

État des lieux du recours aux compléments de lait artificiel chez les nouveau-nés allaités, à la maternité de Chambéry

Mémoire soutenu le 12 Juin 2015

Par PLUVINAGE Célia

Née le : 11/11/1991

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

État des lieux du recours aux compléments de lait artificiel chez les nouveau- nés allaités, à la maternité de Chambéry

Mémoire soutenu le 12 Juin 2015

Par PLUVINAGE Célia

Née le : 11/11/1991

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

Année 2015

RESUME

But - Cette étude avait pour but d'établir un état des lieux en ce qui concerne le recours aux compléments de préparations pour nourrissons, en déterminant la prévalence de nouveau-nés complétés à la maternité de Chambéry, ainsi que les motifs liés à ces dons.

Matériels et méthodes - Cette étude descriptive et prospective a été conduite du 1^{er} Aout au 30 Septembre 2014, incluant les nouveau-nés allaités, en bonne santé, à terme et singletons. Les caractéristiques des nouveau-nés et des mères ainsi que celles des compléments étaient renseignées par le personnel soignant, à l'aide d'une fiche de recueil.

Résultats - 206 nouveau-nés ont été inclus. 44 ont reçu un ou plusieurs compléments (21,36%).

Quatre-vingt-quatre pourcents ont été complétés sans prescription médicale, les principaux motifs retrouvés étaient : l'absence de la mère dans les deux heures du post partum (19%), du colostrum en faible quantité ou un retard de montée de lait (19%) et une mauvaise succion (13%).

Quarante et un pourcents ont été complétés sur prescription médicale en raison d'une chute de poids supérieure à 10% (19%) ou d'une hypoglycémie néonatale (11%).

Conclusion - La maternité de Chambéry recours assez peu aux compléments. Cependant la plupart sont donnés sans indication médicale et non conformément aux recommandations. Des pistes de travail ont été proposées notamment en ce qui concerne l'accueil des nouveau-nés par césarienne. Une meilleure connaissance, par les professionnels, de ces recommandations et des conséquences de l'introduction des compléments sur l'allaitement maternel permettraient de diminuer l'ensemble du recours compléments.

Mots Clés : allaitement maternel, complément

Objectives - This study aimed to establish a current overview concerning the use to the supplementation, by determining prevalence of completed newborn children in the maternity of Chambéry, as well as the reason of those donations.

Materials an methods - It was a descriptive and prospective study conducted from August 1st to September 30th, 2014, including breast-fed, healthy, full term and the singletons newborn. The newborns and mothers features as well as complementary characteristics were informed by the nursing staff with a form to fill out.

Results - 206 infants were included. 44 have received one or several supplements (21,36%). Eighty-four percent were completed without a medical prescription. The main reasons found were : the absence of the mother within two hours postpartum (19%), small quantity of colostrum or a delay of rise of milk (19%) and bad succion (13%).

Forty-one percent were completed on medical prescription because of weight drop over than 10% (19%) or neonatal hypoglycemia (11%).

Conclusion - The maternity of Chambéry does not use so much supplements. However most o them are given without any medical indication and without following the recommendations.. Other food for thoughts have been proposed such as the welcome of newborns by cesarean section. A better knowledge, by the professionals, of these recommendations and the consequences of the introduction of supplements on breastfeeding would reduce the overall use of supplements.

Key words : breastfeeding, supplements

Je remercie les membres du Jury :

M. DI MARCO Lionel,

Sage-femme enseignant à l'École de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, *Président du jury* ;

Pr DEBILLON Thierry,

PU PH, HCE du CHU de Grenoble, *Co-président du jury* ;

M. DUSONCHET Pierre,

Sage-Femme libérale de Grenoble, *Sage-femme invité.*

Mme BAUDON Claire,

Sage-femme enseignante à l'École de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, *Sage-femme guidante.*

Je remercie plus particulièrement :

Dr SCHELSTRAETE Camille,

Médecin généraliste, consultante en lactation, à Chambéry, Directrice de mémoire ;

Pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, sa disponibilité et ses conseils.

Mme BAUDON Claire,

Sage-femme enseignante à l'École de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Sage-femme guidante ;

Pour ses conseils, sa grande aide et son soutien dans la réalisation de ce mémoire.

Mme CHAVATTE Chrystèle,

Sage-femme enseignante à l'École de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Sage-femme référente ;

Pour son soutien et sa présence envers notre promotion.

L'équipe soignante du CH de Chambéry ;

Pour leur participation et leur aide dans la réalisation de cette étude.

Je remercie aussi :

Mes parents, mes frères, tous mes proches et plus particulièrement Frédéric Pluinage,

pour leur soutien et leur présence durant mes études de sage-femme et dans la réalisation de ce mémoire,

Mes amis de la promotion 2011-2015 et plus particulièrement Mlle Pauline DELON et M. Elie GOUDON,

pour tous les moments partagés, leur soutien durant ces cinq années d'étude et dans la réalisation de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

▪ ABREVIATIONS	1
▪ INTRODUCTION	2
▪ MATERIEL ET METHODE	5
Lieu de l'étude	5
Population	5
Méthodes et variables recueillies	5
Critères de jugement	6
Analyse statistique	6
▪ RESULTATS	7
I - Population	7
II - Prévalence des enfants complétés	7
III - Motifs des compléments	7
IV - Motifs des compléments en fonction de la fréquence et du jour d'administration	11
V - Mode d'administration	12
▪ DISCUSSION	13
I - Limites de l'étude	13
II - Caractéristiques de la population de nouveau-nés complétés	14
III - Prévalence des nouveau-nés complétés	15
IV - Motifs des compléments	16
1 – Sur prescriptions médicales	16
2 – Sans prescriptions médicales	18
3 – Fréquence et jours d'administration	22
V - Modes d'administration	23
▪ CONCLUSION	25
▪ BIBLIOGRAPHIE	27
▪ ANNEXES	
Annexe I : Fiche de recueil des données	30
Annexe II : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel par l'OMS	31
Annexe III : Douze recommandations Françaises pour l'allaitement maternel rédigées en 2011	32
Annexe IV : Tableau I	34
Annexe V : Tableau II	35
Annexe VI : Tableau III	36

ABREVIATIONS

OMS :	Organisation Mondiale de la Santé.
UNICEF :	United Nations International Children's Emergency Fund.
HAS :	Haute Autorité de Santé.
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.
IHAB :	Initiative Hôpital Amis des Bébé.
DAL :	Dispositif d'Aide à l'Allaitement.
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire.
Vs :	Versus.
Cf. :	Conformément.
EVA :	Évaluation Visuelle Analogique.

INTRODUCTION

L'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère définit l'allaitement maternel, reconnu comme le mode d'alimentation le mieux adapté à sa croissance et son développement [1] [2]. Il est dit exclusif lorsque le nouveau-né reçoit uniquement du lait maternel, excluant tout autre apport, y compris l'eau. Les vitamines restent incluses, malgré certaines discordances à ce sujet [1].

Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) du point de vue international et la Haute Autorité de Santé (HAS) du point de vue national préconisent une exclusivité de l'allaitement maternel jusqu'au 6^{ème} mois, puis sa poursuite de manière partielle jusqu'à la fin de la deuxième année de vie. Si les nouveau-nés tètent régulièrement et de manière efficace, le lait maternel suffit à satisfaire et réguler tous leurs besoins nutritionnels et hydriques [1] [2].

De nombreux bénéfices ont été démontrés pour la santé de l'enfant et de la mère à court et long terme. L'allaitement maternel diminuerait le risque infectieux et allergique chez le nouveau-né d'une part et semblerait réduire l'incidence du cancer du sein chez la mère [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7].

Ce constat est lié à la précocité du démarrage de l'allaitement maternel, sa qualité et sa durée dans le temps. Il dépend de plusieurs pratiques à mettre en œuvre au sein des maternités, notamment une mise au sein précoce et l'exclusion d'apport de compléments [1] [3] [6] [9].

Un complément est un apport nutritionnel de préparations pour nourrissons à base de lait de vache [1]. Son utilisation perturbe et modifie la flore intestinale du nouveau-né,

diminuant l'effet protecteur du lait maternel [8]. Il est à distinguer du supplément étant un apport de lait maternel par un autre mode d'administration que le sein [1].

L'introduction de compléments est parfois marqueur de difficultés de l'allaitement maternel [8] [9]. D'après la littérature et certaines recommandations en vigueur, elle perturbe son bon déroulement en ayant des conséquences sur le comportement des nouveau-nés et de la mère et entraîne un sevrage plus précoce. [1] [4] [6] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17]. Elle provoque également une diminution des fréquences de mise au sein, de production de lait et de capacité de succion du nouveau-né. Ainsi qu'une augmentation du risque infectieux et allergique, des risques d'engorgements et une perte de confiance de la mère dans sa capacité d'allaiter [8].

Afin de favoriser l'allaitement maternel exclusif, l'OMS a proposé en 1992 dix conditions destinées à l'Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB) [annexe II]. Parmi ces conditions, la numéro six : « *Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale* » est l'une des plus difficile à appliquer.

En 2011, 12 recommandations ont été revues et rédigées en France [annexe III].

L'HAS recommandait déjà ces préconisations dans ses recommandations de Mai 2002 relatives aux nouveau-nés sains et à terme [1].

En pratique, le recours aux compléments est parfois indispensable pour des raisons d'ordre médical. L'Academy Of Breastfeeding (ABM) a d'ailleurs proposé un protocole d'indications pour lesquelles ils sont acceptables [18]. Son application est cependant variable d'une maternité à l'autre.

L'objectif principal de cette étude a été d'établir un état des lieux de l'utilisation des compléments chez les nouveau-nés allaités durant leur passage en suites de couches, à « L'Eveillon », maternité du centre hospitalier de Chambéry.

L'objectif secondaire était d'identifier les motifs de compléments, en distinguant notamment ceux relevant d'une prescription médicale ou non.

MATERIEL ET METHODE

Lieu de l'étude :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive, monocentrique et prospective conduite à la maternité du centre hospitalier de Chambéry sur la période du 1^{er} Août au 30 Septembre 2014.

Population :

Tous les nouveau-nés à terme, singletons et présentant un allaitement maternel exclusif à la naissance ont été inclus.

Les prématurés, les nouveau-nés transférés en réanimation néonatale ainsi que ceux admis en unité « kangourou », les jumeaux et les nouveau-nés présentant un allaitement mixte ou artificiel à la naissance ont été exclus de l'étude.

Méthodes et variables recueillies :

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche de recueil préalablement testée, avec l'équipe soignante [annexe I].

Les fiches étaient associées aux dossiers lorsque les mères faisaient le choix d'un allaitement maternel et que les nouveau-nés répondaient aux critères d'inclusions en salle de naissance.

Les variables générales comme la parité, le poids de naissance, le mode d'accouchement, le choix du type d'allaitement étaient renseignées par le soignant chargé du suivi du couple mère-enfant en salle d'accouchement.

Par la suite, le renseignement des fiches était effectué par le soignant donnant le premier complément dans le service de suites de couches. Il mentionnait le jour, l'horaire, le motif, la présence d'une prescription médicale et le mode d'administration.

Le nombre total d'accouchements sur les deux mois de l'étude, celui des prématurés, des jumeaux à terme, des morts fœtales in utéro, ainsi que les taux d'allaitements maternels exclusifs et artificiels ont été recueillis auprès des cadres de service. Il n'a pas été possible de récupérer le taux d'allaitements mixtes et de nouveau-nés admis en unité « kangourou ».

Critères de jugement :

Le critère de jugement principal était la prévalence des nouveau-nés complétés durant leur séjour à la maternité.

Les critères de jugement secondaires portaient sur les nouveau-nés faisant l'objet d'un don de complément : le motif du don, l'horaire et le jour d'hospitalisation, la présence d'une prescription médicale par un professionnel de santé habilité, et le mode d'administration.

Analyse statistique :

La saisie des données et l'analyse ont été réalisées en utilisant les logiciels « StatView » et « Microsoft Excel 2010 ».

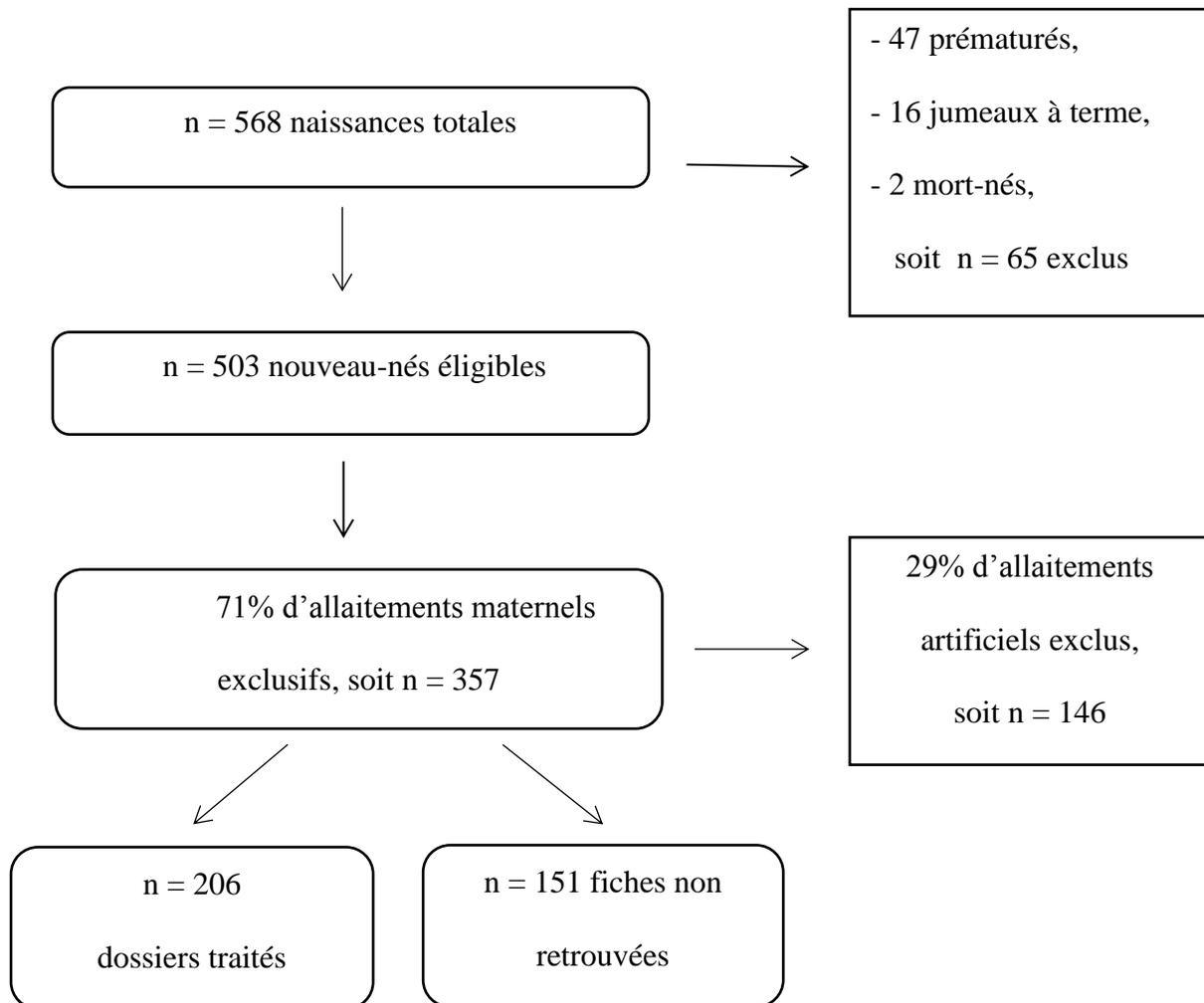
Les variables, qualitatives pour la majorité, ont été décrites par l'effectif et la proportion. Les variables quantitatives l'ont été par la moyenne.

Pour faciliter la présentation des résultats afin de la rendre plus lisible, les tableaux de pourcentages ont été arrondis à l'unité près. Les tableaux plus précis se trouvent en annexes [annexe IV].

RESULTATS

I – Population

Figure 1 : Diagramme d'inclusion



II - Prévalence des enfants complétés

Sur les 206 dossiers traités :

44 nouveau-nés ont reçu un ou plusieurs compléments au cours du séjour soit 21,36%,

162 en ont reçu aucun soit 78,64%.

III – Motifs des compléments

Seules les caractéristiques de la population qui a été complétée ont été étudiées, soit n = 44.

	Motifs <u>sur</u> prescriptions	Motifs <u>sans</u> prescriptions	Les deux	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<u>Poids de naissance</u>				
≥ 2500g - < 3000g	1 (2%)	6 (14%)	5 (11%)	12 (27%)
≥ 3000g - < 3500g	2 (5%)	11 (25%)	5 (11%)	18 (41%)
≥ 3500g - < 4000g	3 (7%)	4 (9%)	1 (2%)	8 (18%)
≥ 4000g - < 4500g	1 (2%)	5 (11%)	0	6 (14%)
Total n (%)	7 (16%)	26 (59%)	11 (25%)	44 (100%)
<u>Parité</u>				
Primipares	3 (7%)	15 (34%)	8 (18%)	26 (59%)
Multipares	4 (9%)	11 (25%)	3 (7%)	18 (41%)
Total n (%)	7 (16%)	26 (59%)	11 (25%)	44 (100%)
<u>Mode d'accouchement</u>				
Voie basse spontanée	5 (11%)	12 (27%)	7 (16%)	24 (54,5%)
Forceps	0	3 (7%)	0	3 (7%)
Ventouse	1 (2%)	1 (2%)	0	2 (4,5%)
Césarienne	1(2%)	10 (23%)	4 (9%)	15 (34%)
Total n (%)	7 (16%)	26 (59%)	11 (25%)	44 (100%)

Tableau I – Caractéristiques de la population de nouveau-nés complétés en fonction des motifs sur prescriptions ou non.

- 16% des nouveau-nés étaient complétés sur prescriptions médicales (n=7).

- 59% étaient complétés sans prescriptions médicales (n=26).

- 25% étaient complétés sur prescription pour un complément et sans prescription pour un autre complément (n=11) :
 - Deux cas pour hypoglycémie à J0 et l'absence de la mère dans les deux heures du post partum, dont un cas suivi d'une chute de poids supérieure à 10%.
 - Six cas en raison de peu de colostrum ou retard de montée de lait, suivi d'une perte de poids supérieure à 10%, dont un cas présentait par ailleurs une mauvaise succion, et deux cas répertoriés comme nouveau-nés en pleurs et excitables au sein.
 - Un cas pour absence de la mère dans les deux heures du post partum, puis pour chute de poids supérieure à 10%.
 - Un cas pour peu de colostrum et pleurs à J0, hypoglycémie à J2, ainsi qu'un retard de montée de lait à J2 et J3.
 - Un cas pour hypoglycémie à J0 et mauvaise succion à J1.

Motifs	Effectifs	Pourcentages
<u>Sur prescriptions médicales :</u>		
- Hypoglycémie néonatale < 2,2mmol/L	7	11%
- Chute de poids > 10 %	12	19%
<i>Total (1)</i>	<i>19</i>	<i>30%</i>
<u>Sans prescriptions médicales :</u>		
- Mauvaise succion	8	13%
- Demande de la mère	6	10%
- Pleurs du nouveau-né	3	5%
- Absence de la mère dans les 2 heures du post partum	12	19%
- Peu de colostrum ou retard de montée de lait	12	19%
- Mamelons douloureux	3	5%
<i>Total (2)</i>	<i>44</i>	<i>70%</i>
<i>Total (1 + 2)</i>	<i>63</i>	<i>100%</i>

Tableau II – Détails des motifs sur prescriptions et sans prescriptions médicales.

- Trois nouveau-nés qui étaient complétés uniquement pour défaut de succion, étaient nés sur un mode d'accouchement dystocique.
- Association de motifs sans prescription :
 - Un cas pour mauvaise succion au démarrage était associé au motif de peu de colostrum ou retard de montée de lait par la suite.
 - Un cas pour mauvaise succion ainsi que des mamelons douloureux.

IV – Motifs des compléments en fonction de la fréquence et du jour d’administration

	Motifs <u>sur</u> prescriptions	Motifs <u>sans</u> prescriptions	Les deux	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<u>Fréquence</u>				
< 4	6 (14%)	23 (52%)	5 (11%)	34 (77%)
≥ 4	1 (2%)	3 (7%)	6 (14%)	10 (23%)
<i>Total n (%)</i>	<i>7 (16%)</i>	<i>26 (59%)</i>	<i>11 (25%)</i>	<i>44 (100%)</i>
<u>Jours d’administration</u>				
Jour de naissance (J0)	4 (9%)	16 (36%)	2 (4.5%)	22 (50%)
Premier jour (J1)	2 (4.5%)	13 (29.5%)	0	15 (34%)
Deuxième jour (J2)	7 (16%)	8 (18%)	1 (2%)	15 (34%)
Troisième jour (J3)	5 (11%)	6 (14%)	2 (4.5%)	13 (29.5%)
Quatrième jour (J4)	3 (7%)	1 (2%)	1 (2%)	5 (11%)

Tableau III – Répartitions des motifs avec et sans prescriptions en fonction de la fréquence et des jours d’administration.

- La fréquence moyenne d'administration des compléments était de 2,7.
- Jours d'administration :

Prescriptions médicales :

- Les dons pour hypoglycémie étaient réalisés à J0 et J1 pour la plupart, sauf pour deux cas à J2.
- Les dons pour chute de poids supérieure à 10% étaient réalisés à partir de J2.

Prescriptions non médicales :

- La majorité des compléments à J0 correspondait à l'absence de la mère dans les deux heures du post partum (12 cas) :
 - Neuf concernaient un mode d'accouchement par césarienne, dont deux ayant une glycémie capillaire inférieure à 2,2mmol/L.
 - Trois concernaient des accouchements par voie basse dont deux eutociques et un forceps, suivis d'une hémorragie de la délivrance.
- Pour le reste des motifs sans prescriptions ceux-ci étaient répartis de façon homogène au cours du séjour.

V – Modes d'administration

- 16 (36,36%) ont été complétés par un dispositif d'aide à l'allaitement (DAL)
- 16 (36,36%) au biberon,
- 12 (27,27%) à la seringue.

**L'information relative à l'horaire des dons a peu été renseignée lors du recueil des données, la rendant non analysable.*

DISCUSSION

I - Limites de l'étude

Un biais de sélection, expliqué par la méthode prospective, était à considérer étant donné les 151 dossiers de nouveau-nés non traités. Certaines fiches ont probablement été non distribuées dans les dossiers en salle d'accouchement.

De plus, les professionnels manquant parfois de temps, un biais d'information était à prendre en compte. En effet, les fiches risquaient de n'être pas ou peu renseignées lorsqu'elles étaient associées aux dossiers des nouveau-nés.

Au regard d'une indication des compléments le plus souvent non détaillée au sein de ces dossiers, une étude rétrospective n'aurait pas été pertinente. Mieux informer les équipes et les encourager à renseigner les dossiers et logiciels de saisies sur les motifs précis des compléments permettrait ce mode d'étude rétrospectif.

Avec seulement 206 dossiers traités et 44 nouveau-nés complétés, un défaut de puissance était établi, entraînant probablement une surestimation des résultats obtenus. Une étude à plus long terme serait plus représentative.

Par ailleurs, des variables pertinentes auraient pu figurer sur la fiche de recueil afin d'affiner l'analyse :

- Concernant les mères : la présence de pathologies au cours de la grossesse (diabète, hypertension gravidique etc.), de particularités anatomiques mammaires (réduction, hypoplasie etc.), le mode d'entrée en travail. Les interroger sur la manière dont le

complément a été proposé. Si la demande était de leur gré, pour quelle raison faisaient-elles ce choix ?

- Concernant les nouveau-nés : la présence de signes pathologiques particuliers, comme l'ictère ou un risque infectieux.
- Concernant les pratiques du service : la réalisation d'un « peau à peau » et d'une mise au sein précoce à la naissance ainsi que le type d'allaitement à la sortie de la maternité auraient été des informations pertinentes.

Ainsi, des relations entre ces caractéristiques et l'utilisation des compléments au cours du séjour auraient pu éventuellement être mises en évidence [14] [15] [16] [17] [19] [20].

II – Caractéristiques de la population de nouveau-nés complétés

Le taux d'allaitements maternels exclusifs de la maternité de Chambéry était supérieur à celui de la population générale, 71% contre 60,2% selon l'enquête périnatale de 2010 [21] et 60% selon l'étude Epifane en 2012 [22]. Cependant le taux d'allaitements mixtes n'ayant pu être identifié, celui de l'allaitement maternel exclusif était donc majoré dans cette étude.

Le taux de primipares était supérieur à la population générale (59% versus (vs) 43,4%) [21]. Malgré cet écart, dans cette étude, la population de nouveau-nés complétés en majorité de mères primipares (59%) était comparable à la littérature (61,1% et 54,9%) [19] [23]. Une similitude qui peut s'expliquer par le processus nouveau qu'est l'allaitement pour les primipares, contrairement aux multipares l'ayant déjà vécu.

Il aurait été intéressant d'étudier non pas la parité, mais les antécédents d'allaitements maternels car il était possible que certaines multipares soient confrontées à leur premier allaitement maternel [19].

Le taux d'accouchements par voie basse spontanée était inférieur à la population générale (54,5% vs 66,9%). Ceux des modes instrumentaux étaient quant à eux proches (11,5% vs 12,1%). Les césariennes, au contraire, étaient supérieures dans l'échantillon de cette étude (34% vs 21%) [21].

Les taux des nouveau-nés ayant un poids entre 2500g et 3000g ainsi qu'entre 4000g et 4500g étaient supérieurs à la population générale (27% vs 19,5% et 14% vs 6,30%). Le taux de ceux se situant entre 3000g et 4000g lui était inférieur (59% vs 66%) [21].

D'une manière générale, les caractéristiques de l'échantillon étudié n'étaient pas représentatives de la population générale.

III – Prévalence des nouveau-nés complétés

Dans cette étude 21,36% des nouveau-nés ont reçu un ou plusieurs compléments au cours de leur séjour.

En 2007, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier, 78% des nourrissons ont été complétés [20]. Une étude de S.Bigot et al. réalisée en 2012 au CHU de Tours en recensait 35% [23].

La prévalence de nouveau-nés complétés à la maternité de Chambéry était donc inférieure à la littérature.

Plus récemment en 2012, les taux de compléments au sein des établissements possédant le label IHAB variaient entre 7 et 32% [19].

La prévalence d'utilisation des compléments de cette étude se situait plus proche des maternités qui concourent particulièrement à la promotion de l'allaitement maternel par le label IHAB. Ce qui était un taux assez bas pour une maternité n'ayant pas d'agrément pour ce label. La maternité de Chambéry semblait donc présenter un bon statut concernant l'utilisation des compléments.

IV – Les motifs de compléments

Bien que la prévalence des nouveau-nés complétés de cette étude demeurait inférieure à la littérature, il était indispensable de s'intéresser aux motifs d'administrations. Des pistes de travail faisant état d'un minimum d'utilisation des compléments, conformément aux recommandations en vigueur, ont été proposées.

1 – Motifs sur prescriptions médicales (par une sage-femme ou un médecin)

Ces motifs sur prescriptions médicales représentaient une part de 41% (16% d'indications médicales seules et 25% s'associaient à des motifs autres, sans prescriptions).

Une chute de poids supérieure à 10% était le principal motif à l'origine d'une prescription médicale (19%). Cette limite établie par la maternité de Chambéry est couramment admise en maternité. Cependant il ne semble pas exister de consensus précis sur cette limite à partir de laquelle un complément est justifié [1].

La perte de poids ne devrait pas être le seul élément à considérer. Une évaluation au cas par cas serait nécessaire, en fonction des caractéristiques du nouveau-né (tonicité, présence de signes pathologiques), de la mère et de la mise en route de l'allaitement maternel [8] [18]. Une perte de poids supérieure à 10% pourrait être tolérable en cas d'allaitement maternel conduit de manière efficace associé à un comportement actif et tonique du nouveau-né.

L'hypoglycémie néonatale était le second motif médical retrouvé (11%). Or la littérature a décrit que pour les nouveau-nés à terme en bonne santé avec facteurs de risques d'hypoglycémie, la meilleure prévention restait l'initiation précoce de l'allaitement maternel, à l'instar d'un apport de compléments systématiques [24] [25]. Dans le cas d'un nouveau-né qui aurait du mal à téter les premières heures, apprendre aux mères à masser la zone péri aréolaire du sein pour exprimer le colostrum serait une alternative. Il pourrait être administré à l'aide d'une cuillère ou d'une seringue. Ce colostrum serait suffisant pour prévenir la survenue d'une hypoglycémie chez un enfant à terme en bonne santé et limiterait le recours aux compléments [18].

Sans revenir sur la justification médicale de ces compléments, il faudrait avant tout mettre en place une politique de prévention des risques d'hypoglycémie et de perte de poids en accompagnant les mères avant l'apparition de difficultés. Il s'agirait de traiter en premier lieu les facteurs de risques [18].

Une étude norvégienne en 1991 a démontré que l'abandon du recours systématique aux compléments ne montrait pas une incidence augmentée d'hypoglycémie. Une perte de poids plus importante était cependant observée, mais compensée plus vite [31].

En cas d'accouchements dystociques, le stress fœtal pourrait être à l'origine d'une hypoglycémie [25] et d'une moins bonne disponibilité du nouveau-né pour la mise en place de la succion ainsi, un retard de lactation serait majoré. Il serait donc attendu une part plus importante d'enfants complétés en cas de naissances dystociques.

Cette hypothèse a été retrouvée dans la thèse de Schwaller F. où l'indication était principalement médicale avec 68,8% pour les césariennes en urgence et 54,2% pour les césariennes programmées [19].

Or ce n'était pas le cas dans cette étude puisque la majorité des nouveau-nés complétés étaient nés eutociquement (54,5%).

2 – Motifs sans prescriptions médicales

Ces motifs représentaient une part de 84% (59% d'indications médicales seules et 25% s'associaient à des motifs autres, sans prescriptions).

Dans 19% des cas, soit 12 nouveau-nés, le motif était l'absence de la mère dans les deux heures du post partum. Parmi eux, trois étaient séparés de leur mère à la suite d'une hémorragie de la délivrance, cette dernière étant donc indisponible. Cependant, neuf étaient issus d'accouchements par césarienne, dont sept capables de réguler leur glycémie étant à terme et en bonne santé [18], ils représentaient plus de 50% des nouveau-nés complétés pour ce motif.

La littérature a décrit ce mode d'accouchement comme un facteur de risque de mauvaise initiation du processus d'allaitement maternel et de diminution de sa durée à court et long terme [26] [27]. Par ailleurs, une initiation précoce de l'allaitement dès l'arrivée de la mère en salle de réveil par la pratique d'un « peau à peau » notamment, a influencé de façon positive

la durée de l'allaitement [28]. Une étude en 2012 démontrait même une absence de différence sur l'allaitement maternel à 6 mois entre les modes d'accouchements par voie basse ou césarienne en cas d'initiation précoce [29].

C'est pourquoi la légitimité de ces compléments, qui ont été administrés dans les deux heures du post partum, s'est posée et pourrait faire l'objet d'améliorations. Bien qu'il était difficile pour les soignants et le père de laisser un enfant en pleurs loin de sa mère, il aurait été intéressant de limiter leur utilisation afin de favoriser la mise au sein dès le retour en chambre. D'une façon générale, il semble souvent compliqué de mettre en place les bonnes pratiques de démarrage de l'allaitement en cas de césarienne. Cependant, une initiation précoce de l'allaitement maternel par un « peau à peau » et une mise au sein en salle de réveil pourraient être réalisées, si les conditions locales le permettent.

En cas d'impossibilités de contact précoce pour des raisons pratiques, organisationnelles ou vitales de la mère, renforcer le contact « peau à peau » avec le père temporiserait le retard de présence maternelle.

Dans cette étude, d'autres motifs de compléments ne nécessitant pas de prescriptions médicales (mauvaise succion, demande de la mère, pleurs du nouveau-né, peu de colostrum ou retard de montée de lait et mamelons douloureux) (cf. au tableau 2) ont été retrouvés dans la littérature comme susceptibles d'être une cause d'arrêt précoce de l'allaitement maternel [14][15][16]. Une mise au sein retardée et une mauvaise succion provoqueraient un défaut de stimulation et de production de lait, pouvant par conséquent, entraîner une perte de confiance de la mère. Induire des compléments ne ferait qu'aggraver ce processus [8].

Le motif « peu de colostrum ou retard de montée de lait » représentait une part importante des compléments (19%).

Une étude menée à la maternité de Voiron en 2012 a décrit que le manque de lait était la cause principale de sevrage partiel à la sortie et à 1 mois (57,2% et 37,5%), ainsi que la cause principale de sevrage total à 1 mois et 3 mois (36.3% et 32.2%) [16].

D'après Gisèle Gremmo Feger, l'insuffisance de lait liée à une incapacité maternelle à produire du lait ou assez de lait serait rare et concernerait probablement moins de 5 % des mères [30]. Cependant de nombreuses mères semblent se croire incapables d'allaiter en raison d'un manque de lait. Souvent affectées par la fatigue, découragées plus facilement dans la période du post-partum suite au bouleversement qu'a été la naissance d'un enfant et démunies face à un nouveau-né agité ayant des crises de pleurs, les mères pourraient être prises d'angoisses et de stress. Ces facteurs impacteraient sur le mécanisme endocrine de la lactation [7] [8].

Il faudrait cependant rester vigilant face à certaines situations connues interférant sur l'établissement de la lactation comme des antécédents de chirurgie mammaire, pathologies hormonales ou états dépressifs, qui n'ont pas été recueillis dans cette étude.

Afin de distinguer une réelle insuffisance de lait d'une simple perception ou crainte de manque de lait, il faudrait évaluer la certitude d'une stagnation staturopondérale de l'enfant et également apprécier l'aspect et la quantité des selles et des urines.

Dans cette étude, six cas ont été complétés à plusieurs reprises pour peu de colostrum ou retard de montée de lait associé à une perte de poids supérieure à 10%.

Si le démarrage de l'allaitement avait été optimal en favorisant une bonne succion du nouveau-né et donc une stimulation de la lactation de qualité plutôt qu'un recours aux

compléments, la perte de poids entraînant une prescription médicale aurait peut-être pu être évitée.

Concernant le motif de « mauvaise succion » (13%), trois cas étaient issus d'un accouchement dystocique. Ce dernier étant un facteur de risque de difficultés de succion du nouveau-né, la vigilance et l'attention des professionnels dans ces cas-là serait d'une importance certaine, notamment sur l'observation de la prise du sein par le nouveau-né [3].

Concernant les mères ayant des mamelons douloureux (5%), il aurait été judicieux pour cette étude, de connaître l'EVA exacte des patientes, puisque selon les recommandations à un certain degré de douleur devenant intolérable, un complément pourrait être prescrit [18]. La tétée ne devrait être en aucun cas douloureuse si l'enfant réalise une succion efficace [7]. La meilleure prévention resterait certainement l'accompagnement des mères par les professionnels en aidant et en observant attentivement la mise au sein, ainsi qu'en variant les positions. Ils éviteraient ainsi l'apparition de complications [3].

Pour les demandes maternelles (10%), on pourrait s'interroger sur les informations et les conseils reçus par les mères sur la conduite et les biens faits d'un allaitement maternel exclusif. L'information et l'accompagnement dans le processus d'allaitement sur le comportement d'un nouveau-né et de sa mère devrait se faire tout au long de la grossesse à l'occasion des cours de préparation à la naissance, à la maternité après l'accouchement, mais aussi à plus long terme au cours de consultations prévues à cet effet [1] [3] [33].

Enfin, cette demande était-elle faite dans le désir de pratiquer un allaitement maternel mixte par la suite ? Les interroger sur la motivation de leur demande aurait été intéressant.

La condition n°6 « *Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale* » n'est donc pas la plus facile à appliquer [8].

Une étude suédoise a montré que la durée de l'allaitement maternel était significativement plus courte en cas de compléments donnés sans indications médicales, comparativement à l'absence de compléments ou dons d'ordres médicaux [12]. Ce qui a été démontré également plus récemment par une étude de Becker et al. en 2011 [11].

Enfin, il a été décrit un effet protecteur de l'absence de compléments sur la durée de l'allaitement réduisant le risque de sevrage précoce [10] [17].

L'exclusion des compléments resterait cependant à associer à d'autres pratiques pour la bonne conduite de l'allaitement maternel exclusif, à savoir, un « peau à peau » et une mise au sein dans l'heure suivant la naissance ainsi qu'une cohabitation de la mère et de l'enfant 24h/24. L'observance de ces pratiques contribuerait à la réduction du risque de difficultés dans l'établissement de l'allaitement et de sevrage précoce [1] [3] [6] [8] [9] [17] [31] [32].

3 – Motifs de compléments en fonction des jours et de la fréquence d'administration

En s'intéressant au moment où les compléments ont été administrés, on constatait que les nouveau-nés étaient complétés majoritairement à J0 et J1 (50% et 34%), pour la plupart

sans prescriptions médicales uniquement (36% et 29,5%). Or, l'ABM a établi qu'un nouveau-né à terme en bonne santé ne requérait pas de complémentation lors des 24-48 premières heures [18]. De plus, elle a établi un seuil de retard de montée de lait à J5. Tous les compléments pour retard de montée de lait étaient administrés avant J5 dans cette étude. Les sorties se faisant autour de J3 ou J4, on pourrait supposer qu'en cas de nouveau-né déclinant sa courbe de poids vers les 10% s'associant à une montée de lait plus tardive, bien que restant physiologique, le personnel avait tendance à précipiter l'utilisation des compléments afin d'obtenir la reprise rapide de poids et permettre la sortie du couple mère-enfant.

Le temps n'était donc pas laissé à la physiologie de la mère et du nouveau-né à terme en bonne santé. Les difficultés telles qu'une mauvaise succion ou un retard de lactation n'étaient pas toujours traitées à bon escient dès le démarrage, entraînant par la suite une éventuelle chute de poids. Ainsi le recours aux compléments permettait certes une reprise de poids du nouveau-né, mais les difficultés présentes risquaient de persister à moyen et long terme.

Concernant la fréquence des dons, la moyenne de cette étude était de 2,7. Contrastant avec la thèse de Schwaller F. dont la fréquence moyenne était de 5,6 dans le cadre de maternités possédant le label IHAB [19]. Cette faible fréquence confortait donc le faible recours de la maternité de Chambéry à l'utilisation des compléments.

Lorsque les compléments étaient administrés à plus de quatre reprises, on aurait pu supposer une part plus importante de motifs médicaux avec des nouveau-nés présentant de réelles difficultés à réguler leur glycémie ou encore ayant une chute de poids entraînant des conséquences cliniques. Cette hypothèse a été retrouvée dans la thèse de Schwaller F. où, bien qu'ayant une moyenne plus élevée, la majorité des nouveau-nés complétés à plus de quatre reprises étaient justifiés médicalement (55,4%) [19].

Dans cette étude cependant, la majorité des nouveau-nés complétés l'étaient à moins de quatre reprises (77%), dont la majorité sans prescriptions médicales (63% dont 52% uniquement). Les nouveau-nés ayant reçu plus de quatre compléments (23%) l'étaient aussi majoritairement sans prescriptions (21% dont 7% uniquement).

V – Modes d'administration

Dans plus d'un tiers des cas (36,36%) le complément a été donné au biberon, au même titre que le DAL, la seringue était utilisée dans une moindre mesure (27,27%).

D'après l'ABM il n'existerait pas de données démontrant de façon claire les avantages d'une méthode par rapport à une autre [18].

Cependant, on pourrait supposer que l'utilisation d'un biberon ait des conséquences sur la succion du nouveau-né, la forme de la tétine étant différente de celle du sein. Certains nouveau-nés ne seraient pas perturbés par l'alternance sein-tétine, mais d'autres pourraient l'être parfois avec une seule prise de biberon. Le plus favorable serait d'attendre que le nouveau-né maîtrise la succion au sein avant de les introduire. Si le besoin d'un complément demeure indispensable il faudrait alors préférer la seringue, la cuillère ou encore la tasse [7].

Le DAL étant non adapté à un nouveau-né ayant un défaut de succion, il serait à réserver en cas de retard de montée de lait, afin de conserver une stimulation du sein.

Ce mode d'administration requiert du temps et de la patience de la part du personnel ce qui pouvait expliquer l'utilisation plus facile d'un biberon dans cette étude.

CONCLUSION

Cet état des lieux a permis de mettre en évidence une prévalence de nouveau-nés complétés relativement basse pour une maternité ne disposant pas d'un label IHAB, la maternité de Chambéry disposait alors d'un statut favorable en ce qui concerne l'utilisation des compléments.

Par ailleurs, cette étude a montré un recours majoritaire aux compléments sans prescription médicale et non conforme aux recommandations en vigueur, au sujet du comportement des nouveau-nés à terme et de la physiologie de la lactation.

Une réflexion a été posée concernant les nouveau-nés par césarienne et complétés dans les deux heures du post partum. L'accueil de ces nouveau-nés serait à revoir afin de limiter le recours initial au complément et les difficultés d'allaitement pouvant résulter d'une mise au sein retardée. Un « peau à peau » et la mise en place d'une tétée précoce en salle de réveil ont été proposés. Une problématique ultérieure sur l'impact et l'efficacité de cette piste de travail serait une perspective d'étude.

L'observance des bonnes pratiques par les professionnels dans la conduite d'un allaitement maternel exclusif est indispensable. Afin de prévenir les complications et les conséquences que pourrait entraîner un recours aux compléments, accompagner et informer les mères est essentiel pour le bon démarrage et la poursuite à long terme de l'allaitement maternel.

Cette observance dépend d'une formation continue de qualité au cours de leurs études, mais aussi tout au long de leur carrière. L'Organisation Mondiale de la Santé souligne cet intérêt à travers la condition n°2 : « *Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique* ».

Renforcer la responsabilité et la sensibilité des soignants au sujet de l'allaitement maternel est donc essentiel pour la santé de l'enfant et de la mère. Le lait maternel étant depuis de nombreuses années reconnu comme l'alimentation la plus naturelle et la plus physiologique pour un nouveau-né.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] : HAS (ex ANAES : Agence National d'accréditation et d'évaluation en santé). Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations de Mai 2002.
- [2] : OMS/UNICEF. « Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ». 2003
- [3] : HAS. Favoriser l'allaitement maternel, processus d'évaluation. HAS. Juin 2006. 51p.
- [4] : Rapport du Turck D. Proposition d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel : Plan d'action : Allaitement maternel. Programme National Nutrition Santé (PNNS 2). Juin 2010. 40p.
- [5] : American Academy of pediatric. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012 ; 129 (3) : e827-e841
- [6] : International Lactation Consultant Association. Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement maternel exclusif. ILCA. Juin 2005. 30p.
- [7] Labarère J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Arragain D, Schelstraete C, Francois P. CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. Matern Child Nutr, 2010.
- [8] : Gremmo-Feger G. À 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, Formation Co-naître
- [9] : Gremmo-Féger G. « Comment bien démarrer l'allaitement maternel ? ». Institut Co-naître, 34^e journée de médecine périnatale de France, 15/03/2006.
- [10] : DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. Pediatrics 2008 ; 122 suppl 2 : 43-49.
- [11] : Becker G.E., Remington S., Remington T. Early additional food and fluids for healthy breast-fed full-term infants. Cochrane Database Syst Rev 2011 ; 12 : CD006462.
- [12] : Ekstrom A., Widstrom A.M., Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. J Hum Lact 2003 ; 19(2) :172-178.
- [13] : Hill P.D., Humenick S.S., Brennan M.L., Wolley D. Does early supplementation affect long term breastfeeding ? Clin Pediatr 1997 ; 36(6) : 345-350.
- [14] : Drouville S. Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité Flaubert du Havre. Mémoire de formation de consultante en lactation : CREFAM ; 2006.

[15] : Bosse A. Les causes d'arrêts de l'allaitement maternel à la maternité. Diplôme d'État de Sage-Femme : Université François Rabelais UFR de Médecine Ecole régionale de sages-femmes de Tours ; 2011.

[16] : Laetitia Verilhac, État des lieux de l'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité de Voiron : étude descriptive et prospective ; Gynecology and obstetrics, 2012, <dumas00743934>.

[17] : Marion Callendret. Facteurs et résultats associés à l'observance des pratiques professionnels recommandées en faveur de l'allaitement maternel ; Gynecology and obstetrics, 2014, <dumas01025733>.

[18] : ABM Clinical Protocol 3, Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Brestfed Neonate, Revised 2009, Breastfeeding Medicine Volume 4, Number 3, 2009 © Mary Ann Liebert Inc.

[19] : Schwaller F. Les compléments au sein des maternités française IHAB en 2013 : état des lieux. Thèse pour doctorat en médecine ; 2014.

[20] : Mazurier Dûyen E. Ou en sommes-nous de la condition n°6 « Ne donner aux nourrissons aucun aliment, aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale ? ». Diplôme de formation de Consultante en lactation : CHU de Montpellier ; 2007.

[21] : Enquête nationale périnatale de 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Rapport rédigé par Blondel B. et Kermarrec M. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants. INSERM – U.953.

[22] : « 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.

[23] : S.Bigot, C.Lionnet, F.Perrotin, E.Saliba. Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités. Archives de pédiatrie 2012 ; 19 (2) : 1282-1288.

[24] : Actes du congrès actualités périnatales, 26^{ème} édition, juin 2013. Gremmo-Feger G. Peut-on se passer des compléments en maternité ? : p.33.

[25] : Germain D. Prévention de l'hypoglycémie néonatale et allaitement maternel exclusif. Certificat de consultante en lactation : CHU Le Raincy-Montfermeil ; 2006-2007.

[26] : Zanardo V., Svegliado G., Cavallin F., Giustardi A., Cosmi E., Litta P. & Trevisanuto D. Elective Cesarean Delivery : Does it have negative effect on breastfeeding ? Birth 2010 ; 37(4) : 275-279.

[27] : Pérez-Rios N., Ramos Valencia G., Ortiz A. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation : The puerto rican experience. J Hum Lact 2008 ; 24(3), 293-302.

- [28] : Gouchon S., Gregori D., Picotto A., Patrucco G., Nangeroni M. & Di Giulio P. Skin-to-skin contact after cesarean delivery : an experimental study ; Nurs Res 2010 ; 69(2) : 78-84.
- [29] : Prior E., Santhakumaran S., Gale C., Phillips L., Modi N. & Hyde M. Breastfeeding after cesarean delivery : a systematic review and meta-analysis of world literature , 2012, The American Journal of Clinical Nutrition. Impact Factor 6.669
- [30] : Gremmo-Feger G. Allaitement maternel ; l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Revue SPIRALE 2003 ; 23 : 8p.
- [31] : Nylander G., Lindermann R., Helsing et al. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward, Positive long-term effects. Acta Gynecology and obstetrics, 1991 ; 70 : 205-9.
- [32] : Meei-Ling Gau. Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding : a longitudinal study. International Journal of Nursing Studies, 2004 ; 41 : 425-435.
- [33] : Anne-Sophie Ayrat, Catherine Duc. Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du post-partum sur le taux d'allaitement maternel exclusif `a un mois : résultats d'un essai contrôlé, randomisé, ouvert auprès de 231 mères. Human health and pathology. 2002. <dumas-00756049>

Annexe I : Fiche de recueil

Bonjour, dans le cadre de mon mémoire sur l'utilisation des compléments de lait artificiel, dirigé par le Dr Shelstraete, j'ai réalisé cette fiche pour le recueil de mes données. Mon étude vise à établir la prévalence des nouveau-nés complétés en lait artificiel durant leur séjour à la maternité, ainsi que le motif du don de complément.

Je vous sollicite donc toutes et tous dans la réalisation de ce projet, d'une durée 2 mois.

Merci d'avance pour votre coopération.

Célia Pluinage, étudiante Sage Femme, 5^{ème} année maïeutique.

Parité :

Poids de l'enfant :

Mode d'accouchement :

Choix de l'allaitement en salle de naissance :

Compléments :

Jour						
Heure						
<u>Motif</u>						
Mode d'administration						
Prescription Oui/Non						

Annexe II

OMS : 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.

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

Annexe III

Douze recommandations Françaises pour l'allaitement maternel rédigées en 2011.

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 œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. *Informez de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématurée.*
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. *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 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, 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 24 h 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. Commencer les tétées au sein dès que l'enfant est stable. Réfléchir aux stratégies pour 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 (suction non nutritive...).
10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et les autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès la sortie de l'établissement. Travailler en réseau.
11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) (Code OMS et Résolutions des AMS).
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 IV

Tableau I – Caractéristiques de la population en fonction des motifs sur prescriptions ou non

	Motifs <u>sur</u> prescriptions n (%)	Motifs <u>sans</u> prescriptions n (%)	Les deux n (%)	Total n (%)
<u>Poids de naissance</u>				
≥ 2500g - < 3000g	1 (2.27%)	6 (13.63%)	5 (11.36%)	12 (27.27%)
≥ 3000g - < 3500g	2 (4.54%)	11 (25%)	5 (11.36%)	18 (40.90%)
≥ 3500g - < 4000g	3 (6.81%)	4 (9.09%)	1 (2.27%)	8 (18.18%)
≥ 4000g - < 4500g	1 (2.27%)	5 (11.36%)	0	6 (13.63%)
<i>Total n (%)</i>	<i>7 (15.89%)</i>	<i>26 (59.08%)</i>	<i>11 (24.99%)</i>	<i>44 (99.98%)</i>
<u>Parité</u>				
Primipares	3 (6.81%)	15 (34.09%)	8 (18.18%)	26 (59.09%)
Multipares	4 (9.09%)	11 (25%)	3 (6.81%)	18 (40.90%)
<i>Total n (%)</i>	<i>7 (15.90%)</i>	<i>26 (59.09%)</i>	<i>11 (24.99%)</i>	<i>44 (99.99%)</i>
<u>Mode d'accouchement</u>				
Voie basse spontanée	5 (11.36%)	12 (27.27%)	7 (15.90%)	24 (54.54%)
Forceps	0	3 (6.81%)	0	3 (6.81%)
Ventouse	1 (2.27%)	1 (2.27%)	0	2 (4.54%)
Césarienne	1(2.27%)	10 (22.72%)	4 (9.09%)	15 (34.09%)
<i>Total n (%)</i>	<i>7 (15.90%)</i>	<i>26 (59.07%)</i>	<i>11 (24.99%)</i>	<i>44 (99.98%)</i>

Annexe V

Tableau II – Détails des motifs sur prescriptions et sans prescriptions médicales

Motifs	Effectifs	Pourcentages
<u>Sur prescriptions médicales :</u>		
- Hypoglycémie néonatale < 2.2mmol/L	7	11.11%
- Chute de poids > 10 %	12	19.04%
<i>Total (1)</i>	<i>19</i>	<i>30.15%</i>
<u>Sans prescriptions médicales :</u>		
- Mauvaise succion	8	12.69%
- Demande de la mère	6	9.52%
- Pleurs du nouveau-né	3	4.76%
- Absence de la mère dans les 2 heures du post partum	12	19.04%
- Peu de colostrum ou retard de montée de lait	12	19.04%
- Mamelons douloureux	3	4.76%
<i>Total (2)</i>	<i>44</i>	<i>69.81%</i>
<i>Total (1 + 2)</i>	<i>63</i>	<i>99.96%</i>

Annexe VI :

Tableau III – Répartitions des motifs avec et sans prescriptions en fonction de la fréquence et des jours d'administration

	Motifs <u>sur</u> prescriptions n (%)	Motifs <u>sans</u> prescriptions n (%)	Les deux n (%)	Total n (%)
<u>Fréquence</u>				
< 4	6 (13.63%)	23 (52.27%)	5 (11.36%)	34 (77.27%)
≥ 4	1 (2.27%)	3 (6.81%)	6 (13.63%)	10 (22.72%)
*Total n (%)	7 (15.90%)	26 (59.08%)	11 (24.99%)	44 (99.99%)
<u>Jours d'administration</u>				
J0	4 (9.09%)	16 (36.36%)	2 (4.54%)	22 (50%)
J1	2 (4.54%)	13 (29.54%)	0	15 (34.09%)
J2	7 (15.90%)	8 (18.18%)	1 (2.27%)	15 (34.09%)
J3	5 (11.36%)	6 (13.63%)	2 (4.54%)	13 (29.54%)
J4	3 (6.81%)	1 (2.27%)	1 (2.27%)	5 (11.36%)

RESUME

But - Cette étude avait pour but d'établir un état des lieux en ce qui concerne le recours aux compléments de préparations pour nourrissons, en déterminant la prévalence de nouveau-nés complétés à la maternité de Chambéry, ainsi que les motifs liés à ces dons.

Matériels et méthodes - Cette étude descriptive et prospective a été conduite du 1^{er} Aout au 30 Septembre 2014, incluant les nouveau-nés allaités, en bonne santé, à terme et singletons. Les caractéristiques des nouveau-nés et des mères ainsi que celles des compléments étaient renseignées par le personnel soignant, à l'aide d'une fiche de recueil.

Résultats - 206 nouveau-nés ont été inclus. 44 ont reçu un ou plusieurs compléments (21,36%).

Quatre-vingt-quatre pourcents ont été complétés sans prescription médicale, les principaux motifs retrouvés étaient : l'absence de la mère dans les deux heures du post partum (19%), du colostrum en faible quantité ou un retard de montée de lait (19%) et une mauvaise succion (13%).

Quarante et un pourcents ont été complétés sur prescription médicale en raison d'une chute de poids supérieure à 10% (19%) ou d'une hypoglycémie néonatale (11%).

Conclusion - La maternité de Chambéry recours assez peu aux compléments. Cependant la plupart sont donnés sans indication médicale et non conformément aux recommandations. Des pistes de travail ont été proposées notamment en ce qui concerne l'accueil des nouveau-nés par césarienne. Une meilleure connaissance, par les professionnels, de ces recommandations et des conséquences de l'introduction des compléments sur l'allaitement maternel permettraient de diminuer l'ensemble du recours compléments.

Mots Clés : allaitement maternel, complément

Objectives - This study aimed to establish a current overview concerning the use to the supplementation, by determining prevalence of completed newborn children in the maternity of Chambéry, as well as the reason of those donations.

Materials an methods - It was a descriptive and prospective study conducted from August 1st to September 30th, 2014, including breast-fed, healthy, full term and the singletons newborn. The newborns and mothers features as well as complementary characteristics were informed by the nursing staff with a form to fill out.

Results - 206 infants were included. 44 have received one or several supplements (21,36%). Eighty-four percent were completed without a medical prescription. The main reasons found were : the absence of the mother within two hours postpartum (19%), small quantity of colostrum or a delay of rise of milk (19%) and bad succion (13%).

Forty-one percent were completed on medical prescription because of weight drop over than 10% (19%) or neonatal hypoglycemia (11%).

Conclusion - The maternity of Chambéry does not use so much supplements. However most o them are given without any medical indication and without following the recommendations.. Other food for thoughts have been proposed such as the welcome of newborns by cesarean section. A better knowledge, by the professionals, of these recommendations and the consequences of the introduction of supplements on breastfeeding would reduce the overall use of supplements.

Key words : breastfeeding, supplements