



**HAL**  
open science

# État des lieux des pratiques professionnelles concernant l'observation de tétées en soutien à l'allaitement maternel

Justine Le Gouedec

► **To cite this version:**

Justine Le Gouedec. État des lieux des pratiques professionnelles concernant l'observation de tétées en soutien à l'allaitement maternel. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01549169

**HAL Id: dumas-01549169**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01549169>**

Submitted on 28 Jun 2017

**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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE.  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

---

ECOLE DE SAGES-FEMMES D'AMIENS  
ANNEE 2016

Justine LE GOUEDEC

Etat des lieux des pratiques professionnelles concernant l'observation de  
tétées en soutien à l'allaitement maternel.

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME



## REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier,

Les professionnels de santé et les étudiants qui se sont investis dans mon étude.

Madame P. Daune pour l'aide qu'elle m'a apportée et pour tous ses conseils

Madame F. Friant ma directrice de mémoire.

L'Ecole de Sages-femmes M. VITSE pour la formation dispensée.

Mes amies de promotion et ma famille pour leur soutien et leurs encouragements.

## **SOMMAIRE :**

<b>INTRODUCTION</b> .....	3
<b>PREMIERE PARTIE: REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	4
<b>1. EPIDEMIOLOGIE ET RECOMMANDATIONS POUR L'ALLAITEMENT</b> .....	5
1.1. Epidémiologie en France .....	5
1.2. Epidémiologie en Picardie .....	5
1.3. Recommandations internationales et nationales .....	6
1.3.1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) .....	6
1.3.2. La Haute Autorité de Santé (HAS) .....	7
1.4. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) .....	7
1.5. Le Label IHAB .....	8
<b>2. L'ALLAITEMENT MATERNEL:</b> .....	9
2.1. Allaiter est bon pour la santé : .....	9
2.1.1. Bienfaits pour la mère : .....	9
2.1.2. Bienfaits pour le nouveau-né .....	11
2.1.3. Les bénéfiques pour la société .....	13
<b>3. CONDITIONS FAVORABLES POUR L'INITIATION D'UN ALLAITEMENT</b> .....	14
3.1. Les clés d'un démarrage optimal:.....	14
3.2. Les recommandations de bonnes pratiques pour une observation de tétée : ...	15
3.3. Un cas clinique pour illustrer l'observation de tétée, scénario issu des « Cahiers de la Puéricultrice » présenté par Laurence Girard, consultante en lactation. ....	16
<b>DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE</b> .....	21
<b>1. LES OBJECTIFS</b> .....	22
<b>2. LA METHODE</b> .....	22
2.1. Le lieu d'étude .....	22
2.2. La population .....	23
2.3. Le matériel : .....	23
<b>3. LES RESULTATS</b> .....	23
3.1. Présentation et analyse des résultats .....	23
3.1.1. La population .....	24

3.1.2.	La formation des professionnels et des étudiants :.....	26
3.1.3.	L'observation de tétée.....	29
3.2.	Critique de l'étude .....	32
3.2.1.	Points forts.....	32
3.2.2.	Points faibles .....	33
3.2.3.	Biais de l'étude.....	33
<b>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....</b>		<b>34</b>
<b>1.</b>	<b>DISCUSSION :</b> .....	<b>35</b>
1.1.	Hypothèse n°1 : Tous les professionnels effectuent des observations de tétées. ....	35
1.2.	Hypothèse n°2 : Tous les professionnels de santé sont formés pour l'observation de tétée.....	36
1.3.	Hypothèse n°3 : L'observation de tétée est réalisée de manière informelle. ...	37
<b>CONCLUSION :</b> .....		<b>41</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>42</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</b> .....		<b>52</b>
<b>RESUME :</b> .....		<b>56</b>

## **INTRODUCTION**

Depuis quelques temps, l'allaitement maternel (AM) est vivement encouragé pour les bénéfices qu'il apporte à court, moyen et long terme chez l'enfant mais aussi chez la mère. Cependant, ses avantages sont souvent méconnus et ainsi sous-estimés malgré le fait que de nombreuses organisations nationales et internationales l'encouragent.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Haute Autorité de Santé (HAS), la United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF) et bien d'autres recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois. L'OMS en lien avec l'UNICEF a ainsi publié les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » et une stratégie internationale appelé Hôpital Ami des Bébé a aussi été lancée afin d'aider les mères dans leur pratique de l'AM au sein des maternités et soutenir sa continuité.

En France, la prévalence et la durée de l'allaitement malgré une augmentation récente restent parmi les plus faibles d'Europe. Ainsi, l'allaitement est devenu un objectif majeur de santé publique. Au niveau national, cet objectif est inscrit dans le Programme National Nutrition Santé qui a été lancé en 2001 puis prolongé en 2006 et en 2011.

Nous nous sommes donc intéressés à l'observation de tétée, qui consiste à évaluer pendant la durée d'une tétée différents critères afin de dépister d'éventuelles difficultés et donc de les corriger afin d'éviter tout obstacle pouvant interrompre l'AM. Celles-ci ont été recommandées par l'OMS et l'HAS, notamment par la publication de grilles développant les différents critères à évaluer pour les réaliser.

L'étude de ce mémoire a pour but de faire un état des lieux des pratiques des professionnels concernant cette observation de tétée afin d'évaluer leur connaissances sur cette pratique, les outils qu'ils utilisent et les formations qui leur sont dispensées.

La première partie de ce mémoire consiste à faire une revue de la littérature concernant l'AM. Dans une deuxième partie, l'étude sera présentée ainsi que ses résultats. Celle-ci a été réalisée à l'aide de questionnaires destinés aux professionnels des services de suites de naissances et ont été distribués dans deux maternités différentes.

Et enfin, la discussion viendra en troisième et dernière partie de ce mémoire.

## **PREMIERE PARTIE: REVUE DE LA LITTERATURE**



# **1. EPIDEMIOLOGIE ET RECOMMANDATIONS POUR L'ALLAITEMENT**

## **1.1. Epidémiologie en France**

En France, et comme dans plusieurs pays, la promotion de l'allaitement maternel s'inscrit dans de nombreux programmes de santé publique.

En effet, depuis les années 1970, la proportion d'enfants allaités pendant leur séjour en maternité de façon exclusive ou partielle a augmenté régulièrement mais lentement. En 1972, 36% des enfants étaient allaités de façon exclusive ou partielle, en 2010 on passe à un taux de 69%. [1 ; 2]

Au niveau national, seule l'enquête nationale périnatale (ENP) réalisée en 2003 sur la prévalence de l'initiation de l'allaitement nous donne un classement précis de la France par rapport aux autres pays européens. Ce classement n'a pas été repris dans l'ENP 2010 mais de nouvelles données seront disponibles dans l'ENP 2016. Ainsi, sur les 23 pays européens étudiés la France se classait en 21<sup>ème</sup> position, la Norvège étant le pays où la prévalence est la plus élevée avec 95% d'initiation. Concernant la durée de l'allaitement, d'après les nouvelles recommandations du CNGOF 2015, la durée médiane de l'allaitement maternel est de 15 semaines et plus précisément de 3 semaines et demie pour l'allaitement exclusif. A 3 mois, seul un tiers des 69% enfants allaités le sont encore. Depuis 2009, la Société Européenne de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition Pédiatrique, (ESPGHAN) et le Programme National Nutrition Santé (PNNS), conseillent d'allaiter en exclusivité pendant les 4 premiers mois et de commencer la diversification entre 4 et 6 mois. [3; 4]

## **1.2. Epidémiologie en Picardie**

Au niveau régional, en 2007 le taux d'allaitement exclusif ou partiel dans la Somme était de 41,7% et dans l'Oise de 54,7%. Le taux d'allaitement exclusif à la sortie de maternité en Somme a été réévalué en 2011 et est désormais de 45,4%. En Somme, il existe depuis quelques années un réseau de soutien et de promotion à l'allaitement maternel né en 1997 de part une réflexion de plusieurs partenaires et de professionnels de la périnatalité suite à une étude sur l'alimentation des nourrissons réalisée en 1995 pendant la Campagne Bien Naître en Somme qui a été lancée en 1992.

De plus, l'ENP de 2003 montre des variations importantes des taux d'initiations en fonction des régions, cela devrait permettre d'orienter les actions et de les adapter aux mieux en fonction des besoins de chaque région. En effet, le taux d'initiation en Picardie n'était que de 43% en 2003 contre 74% dans la région parisienne. L'étude fait ressortir deux groupes de régions, le groupe Picardie-Pays de Loire-Auvergne et Nord-Pas de Calais avec les taux les plus bas et le groupe Provence-Alpes-Côte d'Azur-Paris- La Petite Couronne parisienne et la région Rhône-Alpes avec les taux les plus élevés. [1; 5]

### 1.3. Recommandations internationales et nationales

#### 1.3.1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Depuis plusieurs années, la promotion de l'allaitement maternel est un objectif primordial, c'est pour cela que la 34ème Assemblée mondiale de la santé de l'OMS a adopté en 1981 le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel afin de procurer aux nourrissons une nutrition de qualité en protégeant et en encourageant l'allaitement mais aussi en assurant une bonne utilisation des substituts du lait maternel au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.

L'OMS et l'UNICEF ont également diffusé les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » en 1989. [1] (Annexe I)

Selon eux, pour permettre aux mères de démarrer et de maintenir un allaitement exclusif au sein pendant six mois, il serait recommandé d'effectuer une mise au sein et donc de débiter l'allaitement dès la première heure qui suit la naissance, de garder l'exclusivité du sein c'est-à-dire ne pas donner d'autre nourriture ou boisson (même de l'eau) durant les premiers mois, de favoriser un allaitement à la demande jour et nuit et de ne pas utiliser de biberons/tétines ou sucettes.[6;7]

En 2002, est adopté la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS dans laquelle est intégrée la déclaration d'Innocenti. Cette déclaration datant de 1990 a été rédigée et proclamée au « Spedale Degli Innocenti » à Florence par des représentants de 10 agences de l'ONU et de 32 pays, elle vise à rappeler l'importance globale de l'allaitement et des responsabilités qui incombent à tous les gouvernements de mettre en œuvre des programmes, des actions pour promouvoir, protéger et surtout soutenir l'allaitement maternel.

La Haute Autorité de Santé, a elle aussi, émit des recommandations techniques en juin 2006 pour favoriser l'allaitement maternel.

### 1.3.2. La Haute Autorité de Santé (HAS)

L'HAS a mis à disposition des professionnels des recommandations et des grilles d'évaluations individuelles afin d'apprécier les représentations et les connaissances des professionnels de l'équipe périnatale sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel.

En effet, la formation de l'équipe périnatale dans son ensemble permet d'harmoniser les connaissances, les pratiques et les messages délivrés par l'équipe permettant aux parents d'être accompagnés au mieux.

De plus, les nouveaux professionnels doivent bénéficier à leur arrivée dans le service ou le réseau d'une formation concernant l'allaitement maternel. Cette formation reste cependant limitée par rapport aux enjeux malgré la création depuis quelques années du Diplôme Interuniversitaire de Lactation Humaine et d'Allaitement Maternel (DIULHAM). [8]

### 1.4. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)

Lancé en janvier 2001, le PNNS a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011. [9; 10]

En France, la mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue, au cours des quinze dernières années, comme une priorité de santé publique. De plus, le rôle joué par la nutrition comme facteur de protection ou de risque des pathologies les plus répandues en France est de mieux en mieux compris.

C'est pour cela, que la promotion de l'allaitement maternel est un des objectifs spécifiques du PNNS, avec l'arrêt de l'augmentation de la prévalence de l'obésité, la prévention de la carence en fer, en calcium et en vitamine D, et la prise en charge de l'allergie alimentaire.

Etant donné les avantages de l'allaitement maternel sur la santé de la mère et de l'enfant, le PNNS le recommande de façon exclusive jusque 6 mois et au moins jusque 4 mois pour un bénéfice sur la santé. En plus de l'augmentation du taux d'initiation de l'allaitement à la maternité, le PNNS préconise d'augmenter sa durée en poursuivant si possible l'allaitement maternel après 6 mois, y compris pendant la diversification alimentaire (période pendant

laquelle sont introduits les aliments et boissons autres que le lait). [2 ; 9]

Dans le cadre du PNNS 2 (2006-2010), un plan d'action pour l'allaitement publié en 2010 a ressorti plusieurs propositions afin d'en faire la promotion. Ainsi, le Professeur Turk ayant dirigé ce rapport propose que dans chaque établissement français de chaque région soit mis en place [1]:

- Un référent pour l'allaitement qui sera chargé de coordonner les actions de l'ensemble des professionnels soignants de la maternité dans le but d'aider dans les meilleures conditions possibles les mères souhaitant allaiter.
- Une consultation entre J8 et J15 par un professionnel formé qui serait remboursé à 100%, idéalement de manière systématique afin de réaliser une évaluation de l'allaitement.
- Un allongement de la durée du congé de maternité qui serait rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines. Cela pourrait être un élément décisif pour une poursuite de l'allaitement qui s'effondre aujourd'hui aux alentours de 10 semaines après la naissance. Cela permettrait aux populations défavorisées qui ont besoin de retravailler rapidement pour des questions économiques d'initier un allaitement maternel puisque de nombreuses études montrent que l'allaitement est plus faible dans ces populations.
- Une généralisation de l'entretien prénatal précoce réalisé au 4ème mois de grossesse et des séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité.
- Une discussion concernant l' « Initiative Hôpital Ami des Bébé »

Après le PNNS 2006-2010 qui visait à augmenter de 55% à 70% le taux d'allaitement exclusif à la naissance ainsi que sa durée, le PNNS 2010-2015 se fixe comme objectif l'augmentation du taux d'initiation en maternité de l'allaitement et sa poursuite dans le temps tout en ayant un regard objectif sur cette pratique et en donnant les informations nécessaires permettant un véritable choix éclairé de la patiente.

### 1.5. Le Label IHAB

L'OMS et l'UNICEF ont lancé l'initiative des hôpitaux amis des bébés en 1992 afin de développer le soutien des maternités à l'allaitement. Cette initiative contribue à l'instauration

de l'allaitement exclusif au sein dans le monde entier et, grâce au soutien général du système de santé que ce label met en place, cela permet d'aider les mères à maintenir cette pratique [7]

Il s'agit d'une stratégie internationale ayant démontré le plus d'efficacité sur le taux d'initiation et la durée de l'allaitement maternel, y compris dans les pays industrialisés. En effet, les taux d'initiation peuvent augmenter de 15 à 40% selon le point de départ au moment de la mise en place des nouvelles pratiques. [1]

En France, l'IHAB est soutenue par le Comité Français de l'UNICEF et est mise en œuvre par la Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM, fondée en 2000) qui regroupe à la fois des associations visant à promouvoir l'allaitement et des représentants des professionnels de santé.

Depuis 2000, en France, 26 maternités sont labellisées « Amis des Bébé » ; elles réalisent environ 40.000 naissances par an, soit 5 % des naissances. S'ajoute à ces 26 établissements en mars 2016 la maternité Jeanne de Flandre à Lille qui est devenue la première maternité universitaire labellisée IHAB après 5 ans d'engagement. (Annexe II)

De plus, le label « Ami des Bébé » est accordé pour une durée de 4 ans, au terme de laquelle l'établissement demande une réévaluation pour le conserver. Entre deux évaluations, il est demandé aux équipes de s'assurer que leurs pratiques continuent à répondre aux critères IHAB. (Annexe III)

## **2. L'ALLAITEMENT MATERNEL:**

### 2.1. Allaiter est bon pour la santé :

L'allaitement est aujourd'hui reconnu comme le mode d'alimentation le plus adapté pour le nourrisson et celui-ci a également des bénéfices pour la mère.

#### 2.1.1. Bienfaits pour la mère :

##### 2.1.1.1. Diminution des risques hémorragiques et infectieux :

Dans un premier temps, l'allaitement permet de réduire dès la naissance le risque hémorragique chez la mère par la sécrétion d'une hormone appelée ocytocine, c'est l'hormone de la contraction. Ainsi une tétée précoce permet une involution utérine plus rapide et des risques hémorragiques moindres. Les sécrétions hormonales provoquées par la mise au sein

diminuent également le risque d'infection puerpérale pouvant survenir dans le post-partum.

#### 2.1.1.2. Facilite la perte de poids en post-partum :

En cas d'allaitement, la perte de poids et de masse grasse est plus rapide dans les 6 premiers mois du post-partum. En effet, la production de lait représente un coût énergétique pour la mère, compensé par une augmentation des apports énergétiques et éventuellement une mobilisation des graisses. Comme le dit le Dr Sachet, médecin nutritionniste à l'hôpital Bichat, « La période d'allaitement est idéale pour perdre un peu de poids. Vous avez pendant votre grossesse stockée un certain nombre de kilos de graisse qui ont servi au cours des trois derniers mois à fournir de l'énergie - à vous et à votre bébé - et à préparer une réserve pour l'allaitement. Ces kilos qui vous font horreur au retour de clinique vont être "mobilisés" en deux à trois mois ». Cependant, cette perte de poids ne peut avoir lieu que dans le cas où la femme garde une alimentation saine et équilibrée. [5; 10]

#### 2.1.1.3. Prévention contre le cancer du sein :

Les travaux menés par le PNNS et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ont conclu que l'allaitement permettait de diminuer le risque de cancer du sein chez la mère. L'exposition aux hormones sexuelles notamment les œstrogènes et les androgènes augmente le risque de cancer du sein, or l'aménorrhée durant l'allaitement permet la diminution de ces hormones et donc du risque de cancer. Par ailleurs, le développement important du tissu mammaire pendant l'allaitement et l'involution de la glande mammaire lors du sevrage entraîne une mort cellulaire massive pouvant être à l'origine d'une diminution du risque de cancer.

Plus récemment, une étude a mis en avant l'influence du TRAIL (tumor-necrosis-factor related apoptosis inducing ligand), qui induit une auto-destruction des cellules cancéreuses en préservant les cellules saines. Après recherche du TRAIL dans le colostrum et le lait humain, ainsi que dans les formules lactées commerciales, celui-ci a été retrouvé à un taux élevé dans le colostrum et n'était pas retrouvé dans les formules lactées commerciales. Ainsi, il serait un bon candidat pour expliquer le fait que l'allaitement est corrélé à une baisse du risque de certains cancers notamment celui du sein. [11; 12; 13; 14]

#### 2.1.1.4. Le lien mère-enfant:

L'accouchement est avant tout une expérience pour la femme souvent vécu comme une

rupture, une séparation corporelle avec cet enfant qu'elle a appris à connaître durant 9 mois. Il y a aussi une confrontation entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel, Claude Revault d'Alonnes disait « Il lui faut faire le deuil de l'enfant à l'intérieur d'elle-même, pour le retrouver en dehors d'elle-même ».

L'allaitement permet ainsi une interaction et un rapprochement intime entre la mère et son nouveau-né, leur permettant de se découvrir. Il prend la forme d'une continuité de la grossesse, la mère continue à donner une partie d'elle à son enfant, son lait. De plus, les hormones sécrétées lors des tétées mettent la femme dans un état de plénitude et de détente qui favorise l'établissement du lien. [5; 15]

### 2.1.2. Bienfaits pour le nouveau-né

Les bénéfices pour l'enfant sont nombreux et variés notamment concernant les effets protecteurs à court, moyen et long terme que l'allaitement pourrait avoir. En effet, il aurait un rôle immunitaire contre les infections et serait associé à une diminution des risques allergiques, un rôle préventif concernant l'obésité, le diabète, les maladies auto-immunes, la mort inattendue du nourrisson et permettrait un bon développement sensoriel et cognitif de l'enfant. [16;17]

#### 2.1.2.1. Au niveau immunitaire :

Le système immunitaire s'oppose à la pénétration d'agents pathogènes par la production d'anticorps. Chez le nouveau-né, ce système est très peu développé et même si à la naissance les anticorps maternels sont transmis à l'enfant ils disparaissent en quelques semaines ou mois. Le fait d'allaiter permettrait de compléter cette action.

Les anticorps, appelés immunoglobulines, existent sous cinq formes : IgG, IgA, IgM, IgD et IgE et sont tous présents dans le lait maternel. Le plus abondant est l'IgA, connu sous le nom de IgA sécrétoire. La mère fabrique ses anticorps lorsqu'elle entre en contact avec un agent infectieux dans son environnement et chaque anticorps fabriqué est spécifique à un agent pathogène. Ainsi, le nourrisson reçoit une protection contre les agents infectieux avec lesquels il est le plus susceptible d'entrer en contact durant les premières semaines de vie.

De part sa composition le lait a un effet bactériostatique et bactéricide. En revanche, les anticorps transmis à l'enfant ignorent les bactéries utiles permettant l'établissement d'une « bonne » flore bactérienne chez le nouveau-né. Il se compose également de lactoferrine, de

lactobacilles, de bifidobactéries et de fibronectine qui permettent de réduire la prolifération des organismes et l'inflammation des tissus concernés.

On a en effet, une diminution chez ses enfants allaités de gastro-entérites, d'otites et d'infections respiratoires génératrices d'hospitalisations. Pour le prématuré, l'allaitement diminuerait le risque d'infections en période néo-natale et d'entérocolites ulcéro-nécrosantes. [18]

#### 2.1.2.2. Au niveau allergique :

Le rôle préventif de l'allaitement exclusif sur le risque allergique est prouvé et admis, il est donc recommandé par les Comités de Nutrition Pédiatriques. [19; 20]

Certaines études indiquent que chez les nourrissons à haut risque d'allergie, l'allaitement exclusif pendant au moins les quatre premiers mois de vie s'associe à une diminution de la prévalence de dermatite atopique et d'allergie au lait de vache pendant l'enfance. Mais cette prévalence reste inchangée chez les enfants qui ne sont pas à haut risques.

Dans une récente analyse Cochrane, peu de données indiquent que le fait d'éviter la consommation d'aliments allergènes comme le lait, les œufs ou encore l'arachide pendant la grossesse réduit le risque d'eczéma atopique ou d'asthme chez les nourrissons. En revanche, la dénutrition chez la mère et les dommages potentiels causés au nourrisson en évitant ces aliments peuvent être importants. [21]

#### 2.1.2.3. Au niveau sensoriel et cognitif :

Le développement cognitif d'un enfant est un processus complexe influencé par de multiples facteurs génétiques et exogènes.

Une méta-analyse réalisée en 1999 utilisant des critères d'inclusions spécifiques a montré une différence significative concernant le développement cognitif de l'enfant allaité et celui qui ne l'est pas. En effet, le QI observé pour le nouveau-né allaité est supérieur de 3 points comparé à celui du nouveau-né nourrit par du lait artificiel.

De plus, il y aurait un plus grand bénéfice pour l'enfant prématuré d'être allaité avec 5 points de QI de plus contre 3 points pour l'enfant de poids normal comparé aux enfants alimentés par du lait artificiel. Cependant, cet impact dépend principalement de la durée de l'allaitement, d'où l'importance de promouvoir un allaitement plus long. [22; 23]



### 2.1.3. Les bénéfices pour la société

#### 2.1.3.1. Impact sur les dépenses de santé.

Nous venons de voir que l'allaitement permettait de prévenir certaines affections et ainsi de diminuer le nombre d'hospitalisation qui y sont liées. Il y a donc un impact favorable sur la santé publique et cela pourrait générer des économies significatives pour le système de santé. Pour évaluer cet impact sur les dépenses de santé il faudrait s'intéresser aux coûts indirects comme l'absentéisme des parents pour enfants malades.

En effet, une étude américaine de 1995 montre que deux tiers des absences maternelles surviennent pour des enfants non allaités et une étude française de 1999 estime même que l'allaitement artificiel de par sa morbidité associée coûtait 170 millions d'euros. [1; 24]

#### 2.1.3.2. Impact économique pour les familles

Une évaluation du coût a été réalisée en France sur la base des prix relevés dans la grande distribution en août 2003. Le résultat montre que la dépense liée à l'achat des produits d'allaitement artificiel (lait et accessoires) est comprise entre 227 et 265 euros pour 3 mois et entre 438 et 517 euros pour 6 mois.

Cette évaluation correspond à la dépense minimale se fondant sur le prix les moins chers et fait l'hypothèse que les parents ne préparent que la quantité de lait strictement nécessaire à l'enfant. Aujourd'hui, il faut compter 500 euros pour les 6 premiers mois. Pour avoir une meilleure idée, l'allaitement artificiel pourrait représenter jusque 14% des revenus d'une femme vivant seule et touchant le revenu minimal d'insertion. Il faut également prendre en compte les dépenses liées aux soins médicaux et en pharmacie consécutives de l'allaitement artificiel qui surviennent fréquemment. [24;25]

#### 2.1.3.3. Le regard de la société

D'un point de vu historique, de nombreux interdits et de nombreuses croyances ont existé autour de l'allaitement. Considéré un temps comme bénéfique puis dangereux, l'allaitement est successivement encouragé puis déconseillé.

En France, depuis plusieurs générations l'alimentation au biberon était devenue la norme et les femmes ont fait face à certaines formes d'hostilités et de méfiance quand elles décidaient d'allaiter. Même si cette tendance tend à s'inverser la France reste l'un des pays européens où

l'allaitement est le plus faible.

De nombreuses campagnes de communications, de supports médiatiques ont été mis en place pour faire évoluer le regard de la société et les attitudes à l'égard des femmes allaitantes notamment en public. En effet, la crainte d'allaiter en public peut être une véritable barrière à l'allaitement et à sa poursuite. Il est donc important de faire prendre conscience à la population que ceci est un geste naturel. Si les attitudes générales de la société n'évoluent pas les campagnes mises en place verront leurs actions moins efficaces.

Ainsi, afin de contribuer à une vision positive de l'allaitement une éducation en milieu scolaire primaire et secondaire auprès des parents de demain a été proposée. [1;26]

### **3. CONDITIONS FAVORABLES POUR L'INITIATION D'UN ALLAITEMENT .**

#### **3.1. Les clés d'un démarrage optimal:**

- Une bonne position pour : avoir un transfert de lait correct, éviter les crevasses et profiter au mieux de cet échange. L'axe tête-cou-hanche de l'enfant doit être respecté, il ne doit pas avoir à tourner la tête pour téter et il doit pouvoir défléchir celle-ci librement. On a une position ventre contre ventre entre la mère et l'enfant. Le professionnel se doit d'informer la femme des différentes positions d'allaitement afin que la mère trouve celle qui lui correspond le mieux ainsi qu'à son enfant.
- Des tétées à la demande quand l'enfant montre des signes d'éveils pour stimuler la production lactée. Le soignant doit s'assurer que la mère sait reconnaître les signes d'éveil de son bébé : bruits de succion, ouverture de la bouche, étirements, mouvements des mains vers la bouche. D'où l'importance d'une cohabitation et d'une proximité jour et nuit, 24h/24 de la mère et de son enfant. Ce sont les phases d'éveil de l'enfant qui rythment les tétées.
- La bonne prise du sein pour éviter les crevasses, les douleurs et permettre un bon transfert de lait. L'enfant doit saisir le mamelon mais aussi une partie de l'aréole, les lèvres supérieure et inférieure sont retroussées faisant un effet de ventouse sur le sein, le nez est dégagé et son menton est contre le sein.
- Une bonne succion s'effectue en trois temps : ouverture du maxillaire inférieur, une

pause liée à la déglutition du lait puis fermeture du maxillaire inférieur. Le bébé enchaîne ses cycles avec quelques pauses brèves et rares. Il est également important en fin de tétée d'évaluer la forme du mamelon, celui-ci ne doit ni être comprimé, ni déformé.

- Signes d'un transfert de lait efficace et suffisant : urines (5 à 6 couches mouillées), les selles (couleur jaune d'or/moutarde, grumeleuses, liquides), mamelon sans crevasses, tétées non douloureuses, amorces d'une prise de poids après la montée de lait, enfant tonique sans signes de déshydratations. [27 ; 28;29]

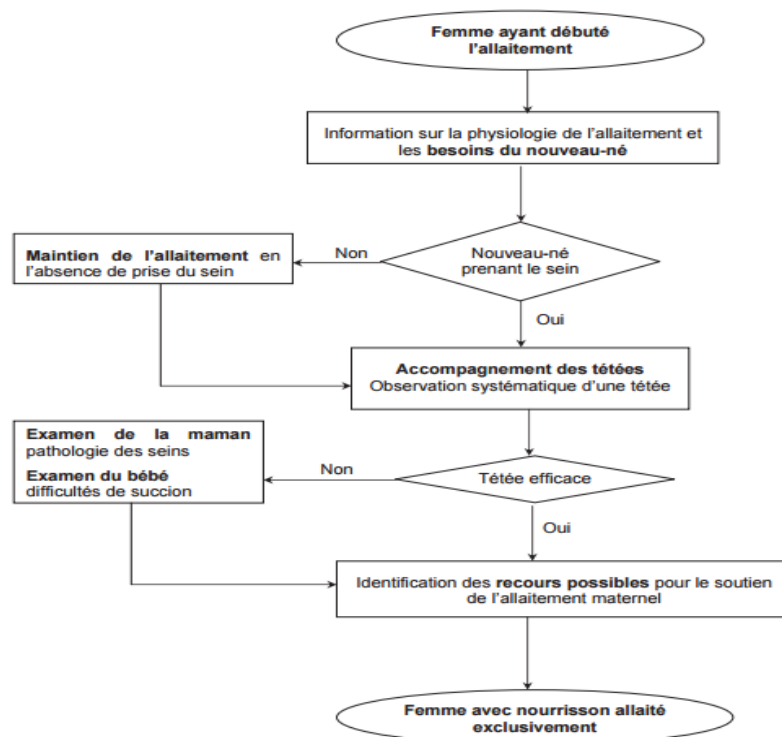
### 3.2. Les recommandations de bonnes pratiques pour une observation de tétée :

L'observation de tétée permet ainsi d'évaluer les critères cités précédemment pour permettre un démarrage optimal de l'allaitement maternel. Cette observation permet aussi de dépister d'éventuelles difficultés qui pourraient faire obstacle à la durée de l'allaitement.

Évaluer une tétée permet de déterminer les besoins de la mère et de décider comment l'aider. En observant la mère, on peut en apprendre beaucoup sur le bon ou mauvais déroulement de la tétée, avant même d'avoir à poser des questions. L'observation clinique est aussi importante que d'autres formes d'examen.

En effet, l'OMS en 1993 a publié une première grille d'évaluation de tétée afin de mieux dépister les difficultés. (Annexe IV)

Cette grille a ensuite été standardisée en 2006 par l'HAS dans le cadre du PNNS 2 permettant à tout professionnel de réaliser une observation de tétée et donc d'accompagner les femmes allaitantes. (Annexe V)



**Figure 1 : Processus d'installation de l'allaitement exclusif par l'HAS**

L'HAS souligne également que « parmi les stratégies de soutien, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements, avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement (en complément de soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone dans les pays où existe déjà un programme de soutien organisé combinant plusieurs actions (grade B). ».

De plus, dans « Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement », le professionnel doit « Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson. ». Ainsi, l'observation de tétée à toute son importance, c'est un temps d'information, de conseil, d'évaluation des difficultés et de soutien pour la mère qui découvre une nouvelle faculté individuelle et corporelle. Cette observation devrait être faite tout les jours en systématique ou plus si besoin, l'Académie de Médecine indique même qu'une observation de tétée devrait avoir lieu dans les 8h avant une sortie de maternité. [30; 31]

### 3.3. Un cas clinique pour illustrer l'observation de tétée, scénario issu des « Cahiers de la Puéricultrice » présenté par Laurence Girard, consultante en lactation.

#### ➤ Prise de poids jugée faible entre J4 et J12 chez une enfant exclusivement allaitée :

*Mathilde et sa maman se présentent à la consultation alors que l'enfant est âgée de 12 jours. Madame X est âgée de 32 ans, elle exerce la profession d'ingénieur. Elle allaite exclusivement*

sa fille, et a pour projet de continuer jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Elle vient pour vérifier le poids de Mathilde.

Évolution de la courbe de poids : PN = 3240 g ; PJ4= 3190 g ; PJ12=3210 g

Questionnements autour de cette courbe : Bien que les balances soient différentes, on peut considérer qu'une prise de poids de 30 grammes en 8 jours n'est pas suffisante. Le poids le plus bas atteint n'est pas connu de la mère, qui nous précise par ailleurs que sa fille a reçu à la maternité deux biberons de complément qui ont pu entraîner une surestimation de sa prise de poids. Le risque est donc une stagnation pondérale avec dénutrition si celle-ci se prolonge, ainsi qu'une installation progressive en économie d'énergie avec des éveils moins fréquents et une faible mobilisation pour les tétées qui ne pourront qu'aggraver la stagnation pondérale.

### 1. Évaluation clinique :

L'enfant : Mathilde est un peu endormie pendant la consultation et légèrement hypotonique. La mère décrit quelques éveils au moment des tétées, mais dit avoir besoin de stimuler fréquemment Mathilde. Son état général (nutritionnel et hydrique) est satisfaisant. La mère a remarqué que Mathilde mouillait peu ses couches, elle dit qu'elle n'a pas besoin de la changer plus de trois fois par jour (une selle par jour liquide, sans grumeaux et plutôt verte selon la mère). La mère nous dit qu'elle met son bébé au sein dès qu'elle fait mine de s'éveiller, soit environ 7 à 11 fois par 24 h. Il y a par ailleurs 1 tétée de nuit entre 23h et 1h du matin. L'enfant dort dans son berceau dans la chambre des parents.

La mère : La mère raconte qu'à la maternité, le sein opposé à celui tété coulait, ce qui confirme une montée de lait. Elle décrit des douleurs sur ses deux seins (et pourtant ce n'est pas l'objet de sa visite) : douleur diffuse sur le sein gauche, et plutôt de type pincement sur le droit. À l'examen, ses mamelons sont rouges, le gauche est érodé.

### 2. Observation de la tétée :

- Position correcte : tête et cou dans le même axe, face au sein, la tête repose sur le bras, libre de se défléchir ; la bouche cependant est légèrement décentrée sur l'extérieur du sein, ce qui peut réduire l'ouverture de bouche nécessaire à une bonne préhension et surtout oblige l'enfant à fléchir la tête pour prendre le sein.

- L'enfant garde les lèvres crispées sur le mamelon et la mère se plaint de douleurs importantes pendant cette tétée, surtout sur le sein droit.

- La succion sur le sein gauche : l'enfant fait 3 mouvements de succion, déglutit, puis s'arrête. Stimulée par sa mère, elle refait 2 mouvements de succion avant de déglutir, puis fait une pause, 3 mouvements de succion sans déglutition, puis pause, puis à nouveau, 2 mouvements de succion et déglutit et fait une pause.

- A noter : la mère a utilisé la veille de la consultation un tire-lait : elle a recueilli 30 ml de lait sur le sein gauche et 10 ml sur le sein droit, puis les flux de lait se sont rapidement taris.

**3. Analyse de ces observations** : Faible ouverture de la bouche. L'enfant est peu active au moment de la tétée, peu de signes de recherche active du sein, mouvements buccaux faibles et mal organisés. Le transfert de lait est insuffisant (peu de déglutitions, urines et selles rares)

**4. Diagnostic** : Allaitement inefficace avec transfert de lait insuffisant. La cause la plus probable : succion inefficace chez un bébé peu tonique.

**5. Propositions** : Même si l'état nutritionnel de l'enfant n'est pas préoccupant il faut éviter la dégradation de la situation et agir pour restaurer un allaitement efficace. Il faut donc optimiser les compétences de Mathilde à téter : corriger la position de tétée pour améliorer l'ouverture de bouche, et la résolution de la douleur chez la mère, favoriser un bon climat sensoriel en proposant à la mère de garder son bébé le plus souvent possible contre elle, dans sa chaleur et son odeur. Ce contact peut aider l'enfant à retrouver des comportements innés de foussement et d'ouverture buccale.

Stimuler la succion de l'enfant en faisant jaillir du lait à l'aide d'un massage manuel de l'aréole au début de chaque tétée (en allant bien jusqu'au flux de lait) : les flux de lait peuvent stimuler l'enfant à enclencher son réflexe de succion.

Relancer la lactation et la fabrication du lait par la glande : la glande obéit à la loi de l'offre et de la demande, encore appelée « régulation autocrine ». Quand la glande mammaire est drainée, la fabrication des éléments du lait est relancée.

Nous demandons donc à la maman de Mathilde de tirer son lait, de la façon qui lui convient le mieux (tire-lait, expression manuelle....) après chaque tétée, pour stimuler la lactation. Le lait ainsi tiré, est immédiatement congelé pour constituer une réserve éventuelle si le rétablissement d'une lactation efficace n'était pas suffisamment rapide.

Limiter les pertes hydriques et caloriques par la proximité si possible en peau à peau,

*éventuellement la protection de la tête de l'enfant par un bonnet.*

**6. Evolution et Evaluation** : Six jours plus tard à J 18 :

- *La diurèse : les couches sont désormais d'avantage mouillées et les changes nécessaires plus fréquents : 4 à 5 fois par jour*
- *La succion : Mathilde déglutit de façon répétée, de nombreuses fois d'affilée lors de chaque tétée (10 à 15 cycles de succion/déglutition sans pause)*
- *La douleur lors de la tétée : la douleur sur le sein gauche a complètement disparu et s'est très fortement atténuée sur le sein droit.*
- *Les éveils spontanés pour téter et le comportement de l'enfant : Mathilde est beaucoup plus tonique et la maman signale des éveils spontanés plus fréquents, plus longs. Ce qui conduit à une légère augmentation du nombre de tétées (12 tétées à J 17).*
- *L'expression du lait après la tétée : la mère a choisi de tirer son lait avec un tire lait manuel et les quantités tirées ont légèrement augmenté (4 à 50 ml) par sein, mais surtout, le lait arrive désormais en petits jets puis en gouttes dès qu'elle utilise le tire lait Ce qui nous conduit à penser que le sein est déjà effectivement drainé par le bébé de façon efficace avant que la mère n'utilise le tire-lait.*
- *La pesée montre que Mathilde a pris 320g A J 22 : Lors de la pesée chez le pédiatre, l'enfant pèse 3750 g (+ 510g /PN) A J 30 : l'enfant pèse 4155 g (+ 915 g /PN)*

*A six mois, Mathilde est toujours allaitée par sa maman qui vient de prolonger son congé parental pour poursuivre l'allaitement encore quelques mois.*

**En conclusion :** *Que s'est-il passé ? On peut poser le scénario suivant comme le plus probable. Avant la consultation, la succion de Mathilde lors des tétées était le plus souvent peu ou non efficace, et le transfert de lait globalement faible. Par défaut de drainage, la lactation de la maman baisse. Les quantités de lait produit et éjecté diminuent, ce qui nuit davantage encore à l'efficacité de la succion.*

*Après la consultation, le drainage maximal des seins effectué par le tire-lait après les tétées a permis de relancer la production lactée de la maman de Mathilde. La correction de la position de succion au sein a permis de diminuer la douleur chez la mère, ce qui favorise*

*l'éjection du lait, et a augmenté l'efficacité de la succion de Mathilde. Ces éléments agissant en synergie ont permis d'optimiser les compétences de Mathilde à téter et ont restauré une succion efficace sur une lactation qui repart et des quantités de lait produit en augmentation.*

[29]



## **DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE**

## **1. LES OBJECTIFS**

L'objectif premier de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances des professionnelles concernant l'observation de tétée et des formations qui leur sont dispensées dans le cadre de l'allaitement maternel.

Dans un second temps, l'objectif est de connaître les outils utilisés par les professionnels pour cette observation ainsi que les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer.

Pour cela trois hypothèses ont été émises :

- 1) Tous les professionnels effectuent des observations de tétées.
- 2) Tous les professionnels de santé sont formés pour l'observation de tétée.
- 3) L'observation de tétée est réalisée de manière informelle.

## **2. LA METHODE**

### 2.1. Le lieu d'étude

Pour réaliser cette étude, le service de suites de naissances de deux maternités a été sollicité. Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique et prospective réalisée à l'aide d'un questionnaire. (Annexe VI)

Le service de suite de naissance de la maternité de type 3 au sein du CHU d'Amiens-Picardie dans la Somme et le service de suites de naissances de la Polyclinique St Côme de niveau 1 située à Compiègne dans l'Oise.

La maternité du CHU d'Amiens-Picardie : le service de suites de naissances se compose de 29 chambres très majoritairement individuelles, cette maternité effectue environ 2367 accouchements par an.

La maternité St Côme à Compiègne (60, OISE) : le service de suites de naissances se compose de 21 lits très majoritairement en chambres individuelles et plus de 1400 accouchements sont réalisés à la Polyclinique. Celle-ci entretient également des démarches afin d'obtenir le label IHAB.

## 2.2. La population

L'étude s'est déroulée du 18 Décembre 2015 au 1er Mars 2016.

### Critères d'inclusions:

- 4) Tous les professionnels de santé du service de suites de naissances de chaque maternité

### Critères d'exclusions pour cette étude étaient :

- 5) Les Agents des Services Hospitaliers

## 2.3. Le matériel :

L'étude est réalisée à l'aide de questionnaires distribués dans les deux maternités auprès des professionnels de santé du service de suites de naissances.

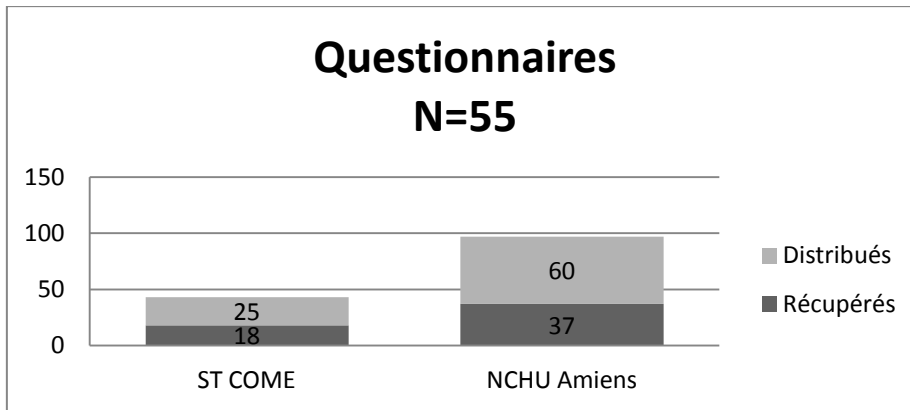
## **3. LES RESULTATS**

Les variables qualitatives sont présentées en effectif et en pourcentage par rapport aux répondants à cette variable. Les intervalles de confiance à 95 % de ces proportions ont été calculés en utilisant la loi binomiale.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R: A language and environment for statistical computing et le logiciel Microsoft Office Excel 2007.

### 3.1. Présentation et analyse des résultats

Après la distribution de 60 questionnaires au CHU d'Amiens-Picardie et 25 à la Polyclinique de St COME, 37 ont été récupérés dans le premier lieu d'étude et 18 dans le second. Au total, 55 questionnaires ont pu être analysés dont aucun n'a été exclu.



**Figure 2 : Nombre de répondants en fonction du lieu d'étude.**

### 3.1.1. La population

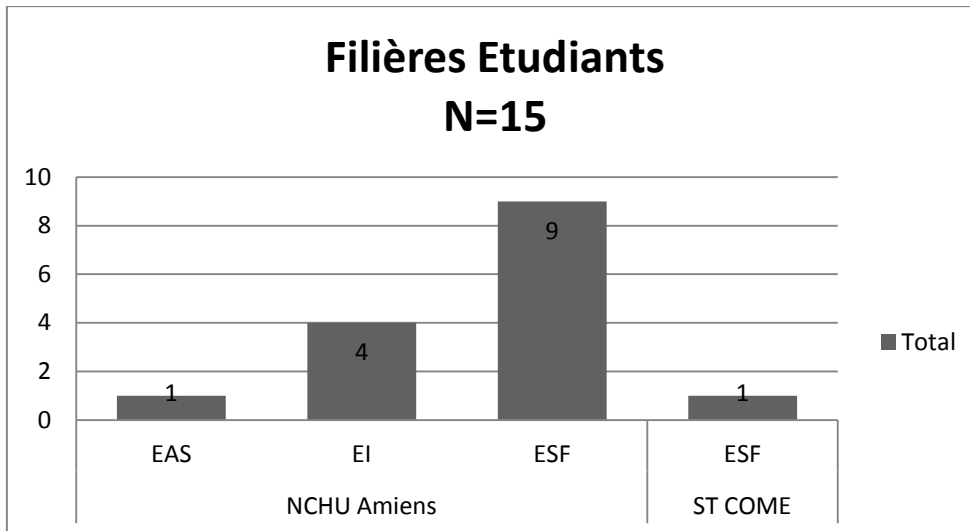
#### 3.1.1.1. Les filières étudiantes :

Parmi les 55 répondants, 15 sont étudiants: 10 étudiants Sages-femmes, 4 étudiants Infirmiers et 1 étudiant Aide Soignant.

Les corpus Pédiatre, Gynécologue-Obstétricien, Puéricultrice et Etudiant Auxiliaire de Puériculture n'ont pas répondu à notre étude. Pour le corpus Médecin Généraliste, le référent du service de suite de naissance du CHU d'Amiens- Picardie a répondu au questionnaire mais étant unique, la réponse reste non significative.

	EAS	EI	ESF	total
Effectif	1	4	10	15
%	6.67	26.67	66.67	100.01
IC95%	[0.17;31.95]	[7.79;55.1]	[38.38;88.18]	

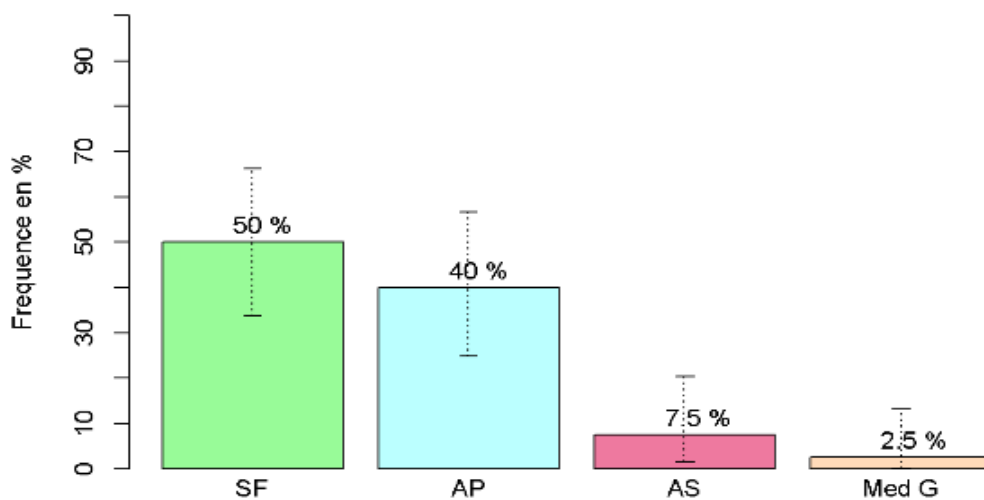
**Figure 3 : Représentation des différentes filières étudiantes ayant répondu aux questionnaires.**



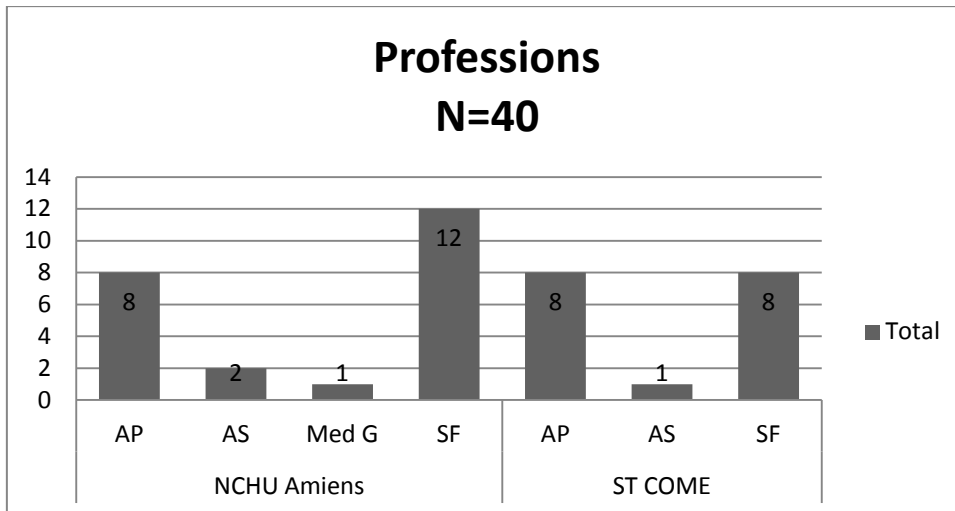
**Figure 4 : Représentation des filières étudiantes ayant participé dans chaque lieu d'étude.**

3.1.1.2. Les filières de professionnels de santé :

Concernant les 40 professionnels ayant répondu aux questionnaires, 50% sont des Sages-femmes, 40% sont des Auxiliaires de Puéricultures et 7,5% des Aides-Soignants. N'ayant qu'un questionnaire d'un Médecin Généraliste, celui-ci représente les 2,5% restants.



**Figure 5 : Représentation des professionnels ayant répondu aux questionnaires**

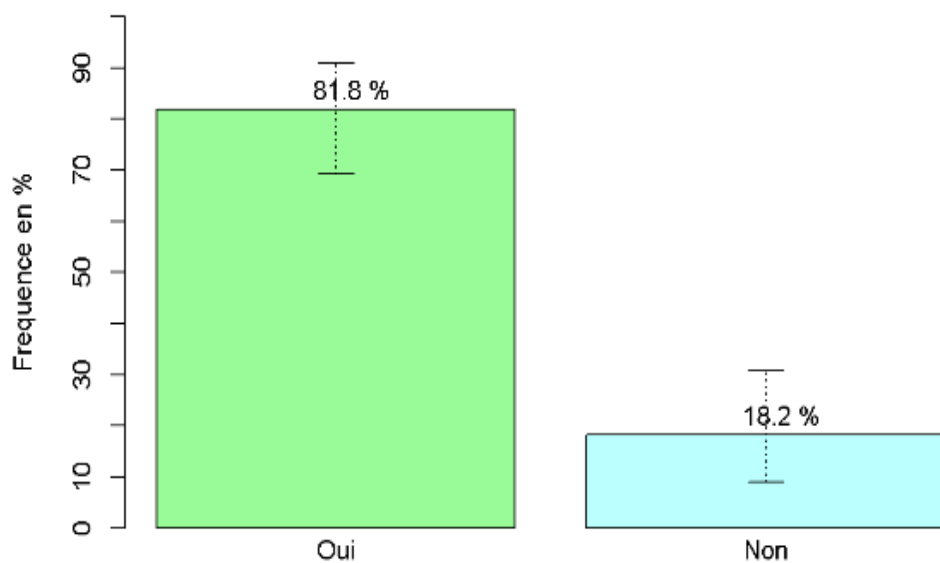


**Figure 6 : Représentation des professionnels ayant répondu aux questionnaires dans chaque lieu d'étude.**

### 3.1.2. La formation des professionnels et des étudiants :

Pour la suite des résultats, les étudiants étant des pré-professionnels, nous avons pris la décision de les associer aux professionnels pour chaque question. Le nombre total de participants sera donc de 55.

Ainsi, concernant la formation pour l'allaitement maternel sur les 55 participants, 45 disent l'avoir reçu ce qui représente 81,8% des participants tandis que 10 estiment ne pas avoir reçu de formation concernant l'allaitement maternel dont 2 Sages-femmes, 4 étudiants Infirmiers en stage dans le service de suites de naissances, 2 Auxiliaires de Puériculture, 1 Aide Soignant et 1 étudiant Aide Soignant.

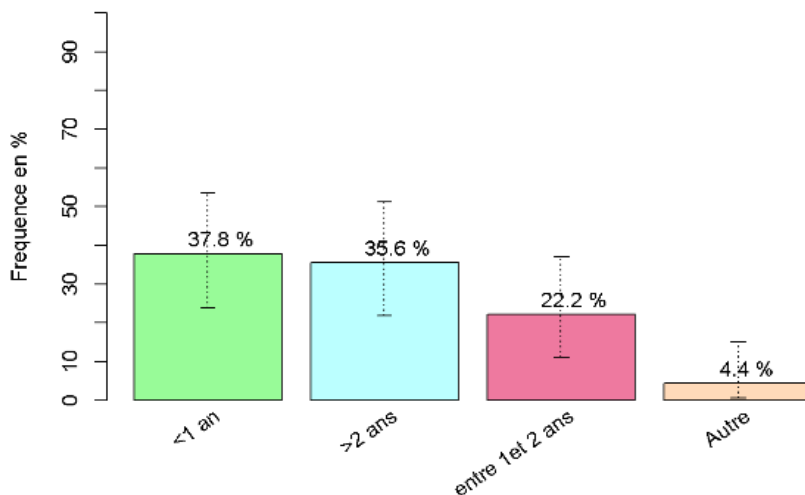


**Figure 7 : Formation pour l'allaitement maternel.**

3.1.2.1. Période de la formation.

Nous nous sommes également intéressés au renouvellement et à la période de la formation que les professionnels avait reçu. A savoir que les recommandations évoluent régulièrement.

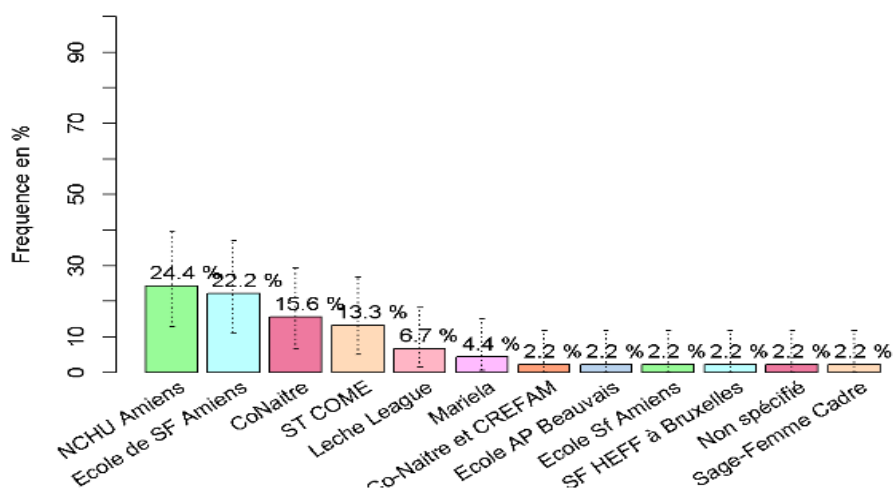
Ainsi, les résultats montrent que la plupart des formations sont soit récentes c'est-à-dire inférieures à 1 an, soit plus anciennes c'est-à-dire de plus de 2 ans.



**Figure 8 : Période de formation concernant l'allaitement maternel**

### 3.1.2.2. Les organismes de formation.

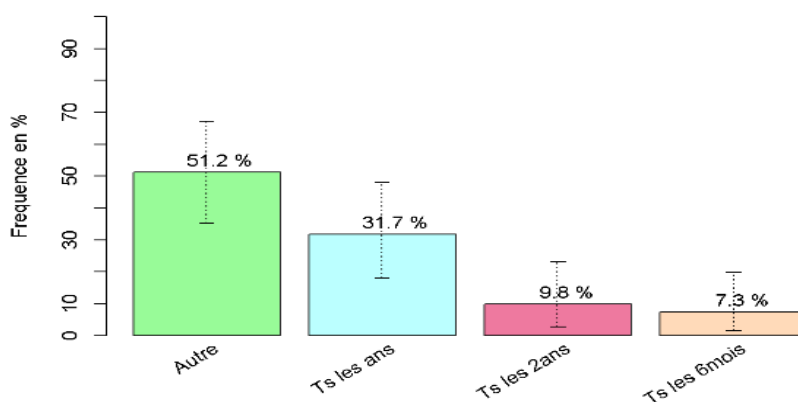
La majorité des professionnels de santé sont formés par le CHU d'Amiens-Picardie dans 24,4% des cas. L'organisme Co-Naitre arrive ensuite pour 15,6% des répondants. Les étudiants quant à eux sont principalement formés par leurs écoles respectives sauf les étudiants infirmiers qui stipulent dans leurs réponses ne pas avoir de formation sur l'allaitement maternel dans leurs établissements.



**Figure 9 : Représentation des différents organismes de formation.**

### 3.1.2.3. Renouvellement de la formation.

Quant au renouvellement de cette formation, 51,2% des participants ont coché la proposition « Autre » à cette question. Cependant un grand nombre n'a pas spécifié cette autre période.



**Figure 10 : Renouvellement de la formation pour l'allaitement maternel.**



### 3.1.3. L'observation de tétée.

A la question «Avez-vous eu connaissance des observations de tétées », 88,9% des participants ont répondu de manière positive contre 11,1% et concernant les étudiants, 68,8% d'entre eux affirment avoir eu la possibilité de faire ou de participer à une observation.

En revanche, lorsque nous avons demandé à l'ensemble des répondants s'ils estimaient faire ces observations de tétées selon les recommandations de l'HAS, 76,9% d'entre eux ont pensé que ce n'était pas le cas contre 23,1%.

#### 3.1.3.1. La réalisation des observations de tétées

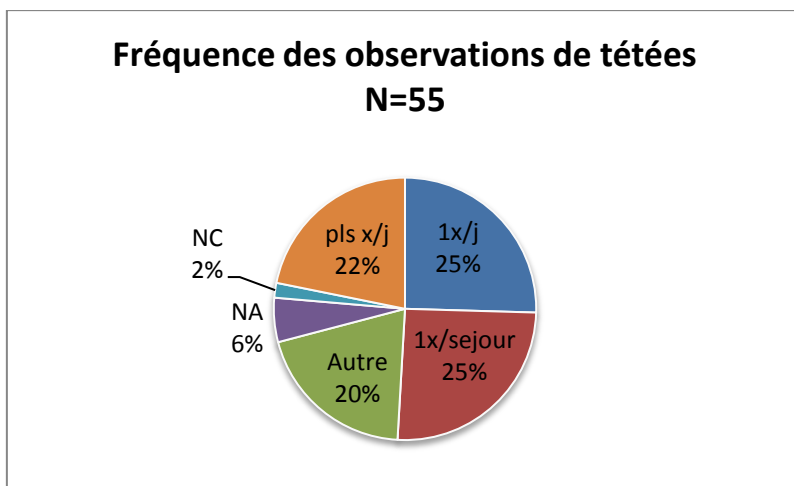
Dans un premier temps, nous avons demandé aux professionnels de nous citer 4 critères à évaluer lors d'une observation de tétée, 75,5% d'entre eux nous ont donné les 4 critères. Les 4 critères revenant le plus souvent sont la « Déglutition » dans 17,2 %, la « Position du bébé » dans 13,3%, la « Prise du mamelon » dans 12,8% et la « Succion » dans 7,2% des cas.

Nous avons par la suite souhaité savoir sur quoi les professionnels et les étudiants se référaient pour faire ses observations en leur proposant différentes réponses comme : l'expérience professionnelle, l'utilisation des grilles de l'HAS/OMS, l'utilisation de grilles propres du service et il en ressort dans 98,15% des cas que les observations de tétées sont faites sur l'expérience professionnelle contre 1,9% d'utilisation des grilles de l'HAS et 9,3% d'utilisation des grilles propres du service.

#### 3.1.3.2. La fréquence de réalisation des observations de tétées

Concernant cette fréquence, 59,3% des professionnels de santé et des étudiants les font de façon systématique.

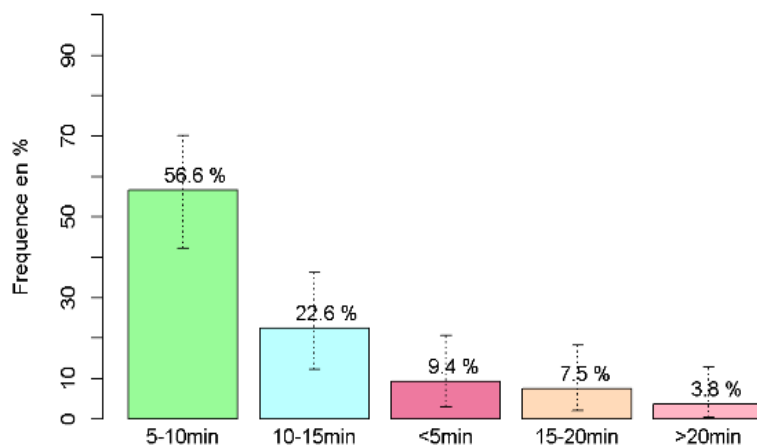
Pour ce qui est du renouvellement de cette observation de tétée, 25% affirment effectuer une observation de tétée pendant toute la durée du séjour, 25% le font une fois par jour et 22% le font plusieurs fois par jour. Concernant la proposition « Autre », la réponse revenant le plus souvent est « Quand l'occasion se présente ».



**Figure 11 : Représentation de la fréquence des observations de tétées faite par les professionnels.**

### 3.1.3.3. La durée d'une observation de tétée.

Nous avons ensuite demandé aux professionnels le temps que leur prenait une observation de tétée. Pour 56,6% des professionnels, celle-ci prend entre 5 et 10 minutes. Seuls 22,5% d'entre eux prennent 10 à 15 minutes.



**Figure 12 : Représentation du temps que prend une observation de tétée.**

### 3.1.3.4. Les transmissions entre les professionnels de santé.

Concernant la transmission des informations sur l'allaitement maternel, 90,91% utilisent le logiciel du service, 41,8% utilisent les feuilles de suivi de l'alimentation du nouveau-né, 18,1% de l'ensemble des participants ont spécifié faire des transmissions orales.

### 3.1.3.5. Les difficultés rencontrées par les professionnels de santé.

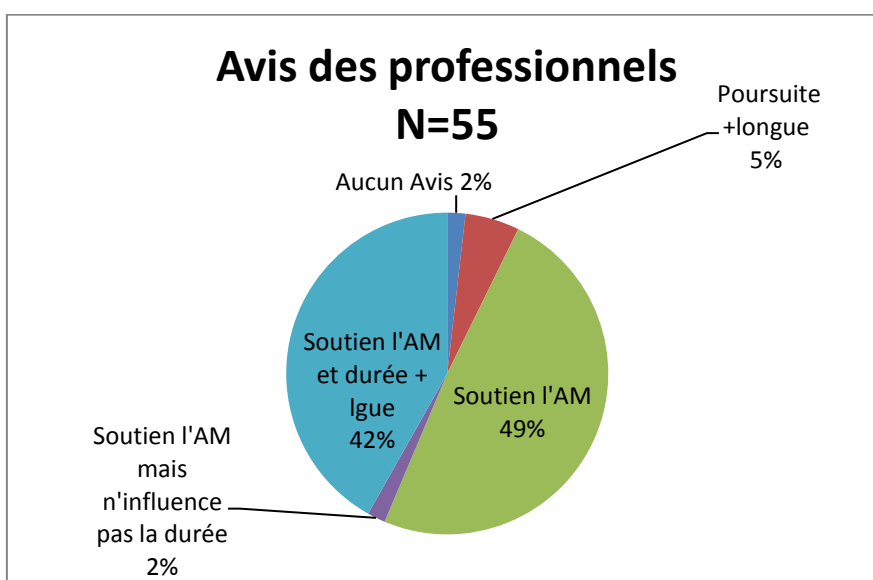
Afin de comprendre les différentes pratiques et notamment le temps pris par les professionnels de santé pour ces observations nous avons tenté de faire ressortir leurs difficultés avec diverses propositions tels que : le manque de temps, le manque de formation ou encore une réticence à cette pratique.

Sur 54 répondants, 83,3% estiment avoir des difficultés à faire d'observations de tétées par manque de temps, 20,4% pensent avoir une formation insuffisante et 1 seule personne a répondu avoir une réticence personnelle à cette pratique. Une autre difficulté est ressortie plusieurs fois notamment que « les patientes n'appelaient pas » ou « ne sollicitaient pas en cas de besoin ».

### 3.1.3.6. L'avis des professionnels de santé sur l'observation de tétée.

Nous avons également souhaité connaître l'avis des professionnels sur l'intérêt des observations de tétées par rapport à l'allaitement maternel.

Ainsi, 49% pensent que l'observation de tétée est un véritable soutien pour l'allaitement maternel et 42% pensent qu'en plus du soutien cela permet une poursuite plus longue de l'allaitement.



**Figure 13: Représentation de l'avis des professionnels de l'intérêt des observations de tétées pour l'allaitement maternel.**

### 3.1.3.7. Connaissances des actions du référent en allaitement éventuellement présent dans le service de suites de naissances.

Nous avons dans une dernière question voulu savoir s'il existait un référent en allaitement dans le service de suites de naissances et si les professionnels de santé connaissaient leurs actions.

Au sein de la Polyclinique ST COME, les répondants affirment qu'il n'y a pas encore de référent en allaitement dans leur service.

En revanche, au sein du CHU d'Amiens-Picardie les 37 répondants affirme qu'un référent en allaitement est présent dans le service. Sur les 37 professionnels ayant retourné un questionnaire au CHU d'Amiens-Picardie 3 n'ont rien répondu à cette dernière question proposant diverses actions faites par le référent en allaitement.

Ainsi, sur 34 répondants, 79,41% savent que le référent effectue des réunions d'informations et des mises à jour des connaissances. Seuls 44,1% des professionnels pensent qu'il met en place des protocoles dans le service et des actions pour l'allaitement et 29,4% des professionnels savent qu'il fait des formations dans le cadre du DPC Et enfin, 52,9% pensent que le référent en allaitement effectue des formations complémentaires sur l'allaitement.

## 3.2. Critique de l'étude

### 3.2.1. Points forts

- Le fait de faire un état des lieux est intéressant afin d'avoir un aperçu des pratiques des professionnels de santé d'un service.
- Le sujet des observations de tétées est peu fréquent étant donné que cette pratique est récente.
- Sur l'ensemble des questionnaires qui ont été récupérés, tous ont pu être exploités pour notre étude.
- Un grand nombre des professionnels sollicités s'est investi pour répondre à nos questionnaires.

### 3.2.2. Points faibles

- Les questionnaires ont été récupérés de manière personnelle dans les deux maternités. Alternant entre deux lieux d'études, la restitution s'est avérée plus longue que prévue ne pouvant être présente tous les jours dans les deux services.
- Le nombre insuffisant de participants à notre étude
- La période sur laquelle l'étude s'est déroulée n'a pas favorisé la participation (vacance scolaire de décembre/février).
- Pas de réponses de Pédiatre et de Gynécologues-Obstétriciens pouvant être expliqué par une mauvaise visibilité de notre support papier présent dans le bureau de soin des Sages-femmes.
- Le fait que notre support soit écrit et non oral a pu dissuader certains professionnels à répondre aux questions ouvertes.

### 3.2.3. Biais de l'étude.

- Le questionnaire est une méthode de recueil d'informations en vue de comprendre et d'expliquer des faits mais cette méthode induit un biais de mesure. Il se base sur la sincérité de chaque répondant et sur leur rapport au sujet, ici les observations de tétées, ce qui est déjà un biais.
- Les professionnels n'ayant pas tous la même formation concernant l'allaitement et celle-ci étant plus ou moins récente, notre population est très hétérogène.
- Un pré-test du questionnaire n'a pas pu être effectué par manque de temps et certaines questions/items auraient pu être améliorés ou mieux ciblés.
- De plus le questionnaire s'adapte plus difficilement aux étudiants

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION**

## **1. DISCUSSION :**

### **1.1. Hypothèse n°1 : Tous les professionnels effectuent des observations de tétées.**

Tout d'abord, concernant la population au sein du CHU d'Amiens-Picardie, sur la période d'étude 30 Sages-femmes ont travaillé dans le service de suites de naissances, 12 Auxiliaires de Puériculture et 8 Aides Soignants.

Un médecin généraliste référent du service de suites de naissances était également présent, ainsi qu'un pédiatre référent. Concernant les étudiants, 15 étudiants Sages-femmes étaient en stage dans le service de suites de naissances, 4 étudiants Infirmiers et une étudiante Aide Soignant.

Sur les 62 professionnels de santé du service de suites de naissances pendant notre étude, 12 Sages-femmes sur 21 ont répondu, 8 Auxiliaires de Puériculture sur 12 ont participé ainsi que 2 Aides-Soignants sur 4. Sur les 4 étudiants Infirmiers tous ont répondu au questionnaire ainsi que l'étudiante Aide Soignante, pour les étudiantes Sages-femmes 9 sur 15 ont contribué à l'étude.

Au sein de la Polyclinique ST COME, la maternité se compose de 22 professionnels de santé, 9 Sages-femmes sur 13 travaillent dans le service de suites de naissances, 3 pédiatres, 5 Gynécologues-Obstétriciens ainsi que 8 Auxiliaires de Puériculture et une Aide Soignante. Une étudiante Sage-femme était également en stage sur la période de notre étude. Sur ces 22 participants, 8 Sages-femmes sur 9 ont répondu aux questionnaires ainsi que les 8 Auxiliaires de Puériculture et l'Aide Soignant. L'étudiante Sage-femme a également répondu au questionnaire.

Pour cette discussion les résultats des maternités sont groupés et non comparés.

Dans un premier temps nous avons souhaité savoir si l'ensemble des professionnels interrogés sur les deux maternités avaient eu connaissance des observations de tétées. En effet, 49 répondants sur 55 ont répondu de manière positive ce qui est un point fort pour notre étude.

De plus, une question spécifique aux étudiants était de savoir s'ils avaient eu la possibilité de faire ou de participer à une observation de tétée et la réponse est positive pour 11 répondants sur 15. Ainsi une grande majorité des étudiants ont pu y participer.

Au vue des résultats, les Pédiatres et les Gynécologues-Obstétriciens n'ont pas participé à

notre étude, nous ne sommes donc pas en mesure de savoir s'ils en font ou pas et concernant les Puéricultrices, n'étant pas présentes dans les services de suites de naissances des deux maternités étudiées, elles n'ont pas pu être interrogées.

Notre hypothèse est donc validée concernant les Sages-femmes, les Auxiliaires de Puériculture, les Aides Soignants, et les Etudiants mais n'a pu être validé concernant les Gynécologues-Obstétriciens, les Pédiatres et les Puéricultrices pour absence de réponse.

Le médecin généraliste référent du service a également répondu de façon positive mais n'ayant qu'une réponse celle-ci n'est pas représentative.

D'après ces résultats, nous pouvons constater un vif intérêt des professionnels pour notre étude puisque le taux de participation est élevé par rapport à l'effectif total du personnel présent dans les services.

#### 1.2. Hypothèse n°2 : Tous les professionnels de santé sont formés pour l'observation de tétée.

Sur les 55 répondants, 45 ont reçu une formation concernant l'allaitement au sein du service de suites de naissances.

##### 1.2.1. Formation des professionnels

Lorsque nous avons demandé par quel organisme ou établissement les professionnels avaient reçu leur formation, Co-Naître est l'organisme commun le plus cité pour les deux maternités. [34]

En revanche, d'après les professionnels du CHU Amiens-Picardie nous constatons que la plupart ont reçu une formation interne du CHU lui-même. La question étant probablement mal formulée, nous pouvons nous demander si la formation était réellement interne ou faisait tout de même appel à un organisme extérieur.

##### 1.2.2. Formation des étudiants.

Concernant les 4 étudiants infirmiers ayant participé, l'ensemble estime ne pas avoir eu de formation concernant l'allaitement maternel et en effet sur les 4, seul 1 étudiant a été capable de donner 4 critères de bonne tétée par la suite.

Après nous être renseignés auprès d'une cadre enseignante d'un ISFI sur la formation des



étudiants infirmiers sur l'allaitement maternel, il s'avère qu'ils ne bénéficient pas dans leur cursus d'enseignements théoriques sur cette pratique.

Concernant les étudiants Sages-femmes, la formation d'aujourd'hui comporte 4 années d'études en école professionnelle après la première année commune aux études de médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique. Un programme a été fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001 et prévoit de « promouvoir l'allaitement et d'assurer son suivi ». Le volume d'enseignement et les intervenants concernant l'allaitement sont variables d'une école à une autre. Il en est de même concernant le contenu de l'enseignement et le choix des méthodes pédagogiques. [33]

### 1.2.3. La période de formation.

D'après les résultats, les formations sont le plus souvent soit inférieur à 1 an soit supérieur à plus de 2 ans. Les données sur l'allaitement maternel évoluant de façon régulière l'intérêt du renouvellement des formations à toute son importance afin d'harmoniser les conseils donnés aux mères entre les différents professionnels de santé.

### 1.2.4. Le renouvellement de la formation.

A cette question, seulement 41 répondants sur 55 nous ont donné une réponse, dont 21 ont répondu par la proposition « Autres » sans spécifier la période de renouvellement. Il est donc difficile d'évaluer le renouvellement de cette formation concernant l'allaitement maternel.

Il serait intéressant que les professionnels puissent de façon régulière réactualiser leurs connaissances afin d'offrir aux femmes un accompagnement de qualité.

Ainsi, notre hypothèse selon laquelle les professionnels de santé du service de suites de naissances ont tous reçu une formation est validée puisque hormis les étudiants qui ne sont en stage que pendant une certaine période les professionnels de santé ont très majoritairement répondu de façon positive.

### 1.3. Hypothèse n°3 : L'observation de tétée est réalisée de manière informelle.

Lorsque nous avons demandé aux participants s'ils estimaient faire leurs observations de tétées selon les recommandations de l'HAS, 43 répondants sur 55 ont répondu négativement. Il aurait été intéressant de formuler cette question différemment en leur demandant s'il existait à leur connaissance des recommandations sur les observations de tétées.

A noter que sur les 55 répondants : 42 d'entre eux nous ont donné 4 critères d'évaluation d'une bonne tétée. Ainsi, nous constatons que la majorité des participants ont des connaissances pour réaliser une observation de tétée.

L'étude nous montre également que sur 54 répondants, 53 effectuent une observation de tétée sur la base de l'expérience professionnelle et 6 répondants utilisent aussi des grilles validées de l'HAS ou du service. Le peu d'utilisations des grilles pourrait s'expliquer par un manque de visibilité ou d'accessibilité à ses outils. Par conséquent, nous pouvons déjà appuyer l'hypothèse que l'observation de tétée se fait de façon informelle.

### 1.3.1. La fréquence des observations de tétées.

Nous nous sommes par la suite intéressés à la fréquence de réalisation de ces observations de tétée et nous avons pu noter que seuls 33 répondants sur 55 les font de façon systématique et donc selon les recommandations de l'HAS. [8; 31]

Plus particulièrement, 14 répondants des 55 affirment effectuer une observation de tétée une fois par jour, 14 autres répondants le font une fois par séjour, 12 autres le font plusieurs fois par jour.

Ainsi, les professionnels effectuent des observations de tétée de façon fréquentes même s'ils ne les font pas toujours selon les recommandations.

### 1.3.2. La durée de ces observations.

Pour la plupart des participants à notre étude c'est-à-dire 32 répondants sur 55, une observation de tétée leur prend entre 5 et 10 minutes et 12 répondants ont choisi une durée de 10 à 15 minutes.

Selon nos recherches utilisées dans la première partie une mise au sein inférieure à 10min est considérée courte et longue au-delà de 45 minutes. Par déduction, une observation de tétée qui dure moins de 10 minutes serait également trop courte. [28; 29]

De plus, lorsque nous avons demandé, grâce à plusieurs items, qu'elles étaient les difficultés rencontrées pour effectuer cette observation de tétée, il en ressort le « Manque de temps » pour 46 répondants sur 55. Par conséquent, cela pourrait expliquer qu'un grand nombre de professionnels ne prend que 5 à 10 minutes pour la réaliser.

Ainsi, malgré le manque de temps, les professionnels s'investissent tout de même dans la réalisation des observations de tétées venant valider notre hypothèse n°3.

### 1.3.3. La transmission des informations concernant l'allaitement.

Les transmissions concernant l'allaitement se font d'après notre étude principalement grâce au logiciel du service pour 50 répondants sur 55.

Au vu des résultats, il serait bénéfique d'optimiser les logiciels concernant le suivi de l'allaitement maternel, en développant l'utilisation des transmissions ciblées ou en développant les items d'informations sur l'allaitement. Dans le but, par exemple, de pouvoir noter l'observation de tétée effectuée, le nombre de mise au sein, leur durée et éventuellement les difficultés repérées afin que les professionnels puissent avoir les éléments nécessaires à une meilleure prise en charge du couple mère-enfant.

### 1.3.4. L'avis des professionnels sur l'observation de tétée.

Sur les 55 répondants, 51 estiment que l'observation de tétée serait un véritable soutien à l'allaitement maternel. Cette prédominance peut être considérée comme positive pour l'allaitement maternel. Cependant, 29 répondants pensent que l'observation de tétée ne permet pas une poursuite plus longue de l'allaitement maternel.

Ainsi il serait intéressant de faire une étude avec deux groupes de femmes désirant allaiter, l'un des groupes bénéficiant d'observations de tétées tout les jours et l'autre groupe d'une observation de tétée unique pendant le séjour puis recontacter ces femmes dans le mois suivant leur sortie de maternité afin de les interroger sur la poursuite ou non de leur allaitement. Cela permettrait d'évaluer l'impact de l'observation de tétée sur la pérennisation de l'allaitement.

### 1.3.5. Connaissances des professionnels sur les actions du référent en allaitement.

Au sein du CHU d'Amiens-Picardie, un référent en allaitement est présent dans le service de suites de naissances. Son rôle est d'entretenir et d'enrichir les acquis de la formation avec les équipes d'encadrement et le groupe régional, une dynamique et une cohésion autour de l'allaitement, un soutien face aux difficultés rencontrées, un suivi de la formation des professionnels du service, l'évaluation régulière des prises en charge et le suivi des indicateurs d'allaitement et le développement du travail en réseau.

Sur 37 répondants du CHU d'Amiens-Picardie, seul 34 ont répondu, 15 savent que le référent met des protocoles et des actions en place dans le service et 10 savent qu'il effectue des formations dans le cadre du DPC. Nous constatons d'après ces résultats que les actions du référent sont peu connues des professionnels malgré son importance dans la promotion de l'allaitement. Il serait souhaitable qu'une information écrite soit publiée dans le service sur la présence d'un référent et de son rôle.

Nous pouvons donc noter que l'avis des professionnels sur le soutien qu'a l'observation de tétée sur l'allaitement maternel est largement positif et la promotion de ce mode d'alimentation reste un sujet d'actualité qui doit encore être encouragée.

De par sa place et son rôle pendant toute la grossesse, à l'accouchement et dans le post-partum immédiat et tardif, la sage-femme fait partie des soignants principaux et privilégiés vers lesquels la mère et le couple se tourneront pour toute demande, elle est en première ligne pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.

En effet, les articles suivants définissent le rôle de la Sage-femme dans le suivi des soins du couple mère-enfant incluant l'allaitement maternel et donc les observations de tétées :

6 L'article L4151-1, modifié par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009:

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant [...] » [32]

7 L'Article R.4127-325 du code de la santé publique :

« Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. » [32]

8 L'Article R.4127-304 du code de la santé publique, modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 :

« La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2. » [33]

## **CONCLUSION :**

Nous souhaitons à travers cette étude mettre en évidence les connaissances des professionnels et leur formation concernant les observations de tétées mais également faire ressortir leurs difficultés et les outils qu'ils utilisent pour les réaliser.

En effet, l'HAS recommande une observation de tétée de façon systématique en cas d'allaitement maternel et nous constatons qu'une majorité suit cette recommandation.

L'étude a eu lieu dans deux maternités différentes, la Polyclinique St Côme de Compiègne, candidate au label IHAB et le CHU d'Amiens-Picardie, dont la candidature IHAB est en cours de programmation.

Sur l'ensemble du personnel interrogé une grande majorité s'accorde à penser que l'observation de tétée est un véritable soutien à l'allaitement maternel. L'observation est faite de façon fréquente selon une durée variable qui reste à améliorer dans le service notamment en travaillant sur la principale difficulté exprimée par le personnel, le manque de temps.

En proposition à ce manque de temps, les observations pourraient être privilégiées en soirée après les visites. En effet, il semblerait que ce soit un moment plus propice à l'écoute pour les femmes. De plus, concernant les professionnels, de part une activité de soins moins importante la nuit, ils seraient plus disponibles pour réaliser les observations de tétées.

Nous avons donc montré que l'observation de tétée est réalisée par une majorité selon les recommandations mais la pratique reste encore très hétérogène et tend à être développée notamment par une augmentation de l'utilisation et de la mise à disposition d'outils. De plus, le développement de cette pratique pourrait permettre d'améliorer les chiffres de la Somme et de l'Oise concernant la poursuite de l'allaitement maternel.

## **ANNEXES**

Annexe I : Dix conditions pour le succès de l'allaitement

Annexe II : Carte des établissements labellisés « Amis des Bébé » en France, en décembre 2015

Annexe III : Conditions d'accès au label IHAB

Annexe IV : Grille d'observation de tétée selon l'OMS

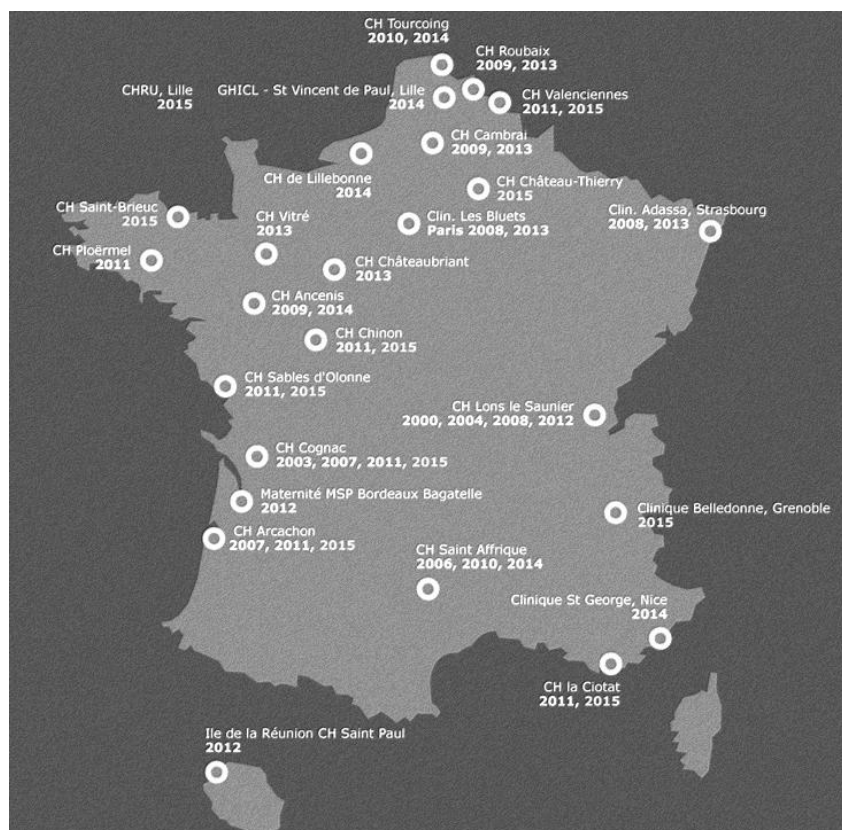
Annexe V : Grille d'observation de tétée de l'HAS

Annexe VI : Questionnaire distribué pour l'étude

## Annexe I : Dix conditions pour le succès de l'allaitement

<b>Dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/UNICEF 1989/2006) (29), (3)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.</li><li>• Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.</li><li>• Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.</li><li>• Placer les bébés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure, encourager les mères à allaiter quand le bébé est prêt, proposer de l'aide si besoin.</li><li>• Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.</li><li>• Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale.</li><li>• Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.</li><li>• Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.</li><li>• Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.</li><li>• Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.</li></ul>

## Annexe II : Carte des établissements labellisés « Amis des Bébés » en France, en décembre 2015





# Les 12 recommandations

En souligné, ce qui concerne les nouveau-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. Informé de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré.

**4.** Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement 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.



## Annexe IV : Grille d'observation de tétée selon l'OMS

### OBSERVATION D'UNE TETEE

Nom de la mère: \_\_\_\_\_  
 Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
 Age de l'enfant: \_\_\_\_\_

[Les descriptions entre crochets s'appliquent seulement au nouveau-né, pas à l'enfant plus âgé]

#### Signes indiquant que l'allaitement se passe bien

#### Signes d'éventuelles difficultés

##### BONNE POSITION DU CORPS

- La mère est détendue et à l'aise
- Le corps de l'enfant est contre la mère, face au sein
- La tête et le corps de l'enfant sont dans le même axe
- Le menton de l'enfant touche le sein
- [Fesses de l'enfant sont soutenues]

- Épaules tendues, la mère se penche sur l'enfant
- Corps de l'enfant loin de la mère
- L'enfant doit tourner la tête
- Le menton de l'enfant ne touche pas le sein
- [Seules les épaules et la tête sont soutenues]

##### RÉACTIONS DE LA MÈRE ET DU BÉBÉ

- L'enfant cherche à atteindre le sein quand il a faim
- [L'enfant cherche le sein - réflexe de foussement]
- L'enfant explore le sein avec la langue
- L'enfant est calme et éveillé au sein
- L'enfant reste au sein
- Signes d'éjection du lait [écoulement, tranchées]

- Pas de réaction au sein
- [Pas de réflexe de foussement]
- L'enfant ne s'intéresse pas au sein
- L'enfant est agité et pleure
- L'enfant lâche le sein
- Pas de signes d'éjection

##### EMOTION DANS LA RELATION

- Maintien assuré de l'enfant
- Attention de la mère qui regarde l'enfant
- La mère touche beaucoup l'enfant

- Maintien nerveux ou lâche de l'enfant
- Pas de contact visuel mère/enfant
- La mère touche peu l'enfant ou
- Le bébé est secoué ou tripoté

##### ANATOMIE DU SEIN

- Les seins sont souples après la tétée
- Les mamelons sont en érection et extensibles
- La peau semble en bon état
- Le sein semble arrondi pendant la tétée

- Les seins sont engorgés
- Les mamelons sont aplatis ou rétractés
- La peau est fissurée ou rouge
- La peau des seins semble tendue ou étirée

##### SAVOIR TETER

- La bouche est grande ouverte
- La lèvre inférieure est éversée
- La langue s'arrondit en gouttière autour du sein
- Les joues sont bien rondes
- On voit plus d'aréole au-dessus de la bouche de l'enfant
- L'enfant tète lentement et profondément avec des temps de pause
- On entend ou on voit l'enfant avaler

- La bouche n'est pas grande ouverte, les lèvres avancées
- La lèvre inférieure est rentrée (vers l'intérieur)
- On ne voit pas la langue de l'enfant
- Les joues sont tendues ou rentrées
- On voit plus d'aréole au-dessous de la bouche de l'enfant
- Il n'y a que des mouvements de succion rapide
- Bruits de claquement ou de cliquetis

##### TEMPS CONSACRÉ À LA TETEE

- L'enfant lâche le sein  
 L'enfant a tété pendant \_\_\_\_ minutes

- La mère retire l'enfant du sein

## II. OBSERVATION D'UNE TÉTÉE (UNICEF/WHO <sup>17</sup>).

Nom de la mère :  
Nom de l'enfant :

Date :  
Age de l'enfant :

Signes que la tétée se passe bien	Signes d'éventuelles difficultés
<p><b>SIGNES GÉNÉRAUX</b></p> <p><input type="checkbox"/> La mère paraît en bonne santé</p> <p><input type="checkbox"/> La mère est détendue et à l'aise</p> <p><input type="checkbox"/> Interactions entre la mère et l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant paraît en bonne santé</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est calme et détendu</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant cherche à atteindre le sein quand il a faim</p>	<p><input type="checkbox"/> La mère semble malade ou déprimée</p> <p><input type="checkbox"/> La mère paraît tendue et inconfortable</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de contact visuel mère/enfant</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant paraît endormi ou malade</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant agité ou pleure</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant ne s'intéresse pas au sein</p>
<p><b>SEINS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Les seins sont cliniquement normaux</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de douleur ou d'inconfort</p> <p><input type="checkbox"/> Le sein est bien soutenu avec les doigts à distance du mamelon</p>	<p><input type="checkbox"/> Les seins sont rouges, engorgés ou fissurés</p> <p><input type="checkbox"/> Sein ou mamelon douloureux</p> <p><input type="checkbox"/> Le sein est tenu avec les doigts sur l'aréole</p>
<p><b>POSITION DE L'ENFANT</b></p> <p><input type="checkbox"/> La tête et le corps de l'enfant sont dans le même axe</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est tenu près du corps de la mère</p> <p><input type="checkbox"/> Le corps entier de l'enfant est soutenu</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant approche le sein avec le nez sur le mamelon</p>	<p><input type="checkbox"/> Le cou et la tête de l'enfant sont tournés</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est tenu loin de sa mère</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est soutenu seulement par la tête et le cou</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant approche le sein avec la lèvre inférieure ou le menton sur le mamelon</p>
<p><b>PRISE DU SEIN</b></p> <p><input type="checkbox"/> On voit plus d'aréole au-dessus de la lèvre supérieure de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> La bouche de l'enfant est grande ouverte</p> <p><input type="checkbox"/> La lèvre inférieure est éversée</p> <p><input type="checkbox"/> Le menton de l'enfant touche le sein</p>	<p><input type="checkbox"/> On voit plus d'aréole en-dessous de la lèvre inférieure</p> <p><input type="checkbox"/> La bouche de l'enfant est peu ouverte</p> <p><input type="checkbox"/> Les lèvres pointent en avant ou sont rentrées</p> <p><input type="checkbox"/> Le menton de l'enfant ne touche pas le sein</p>
<p><b>SUCCION</b></p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant tète lentement et profondément avec des pauses</p> <p><input type="checkbox"/> Les joues sont rondes pendant la succion</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant lâche le sein spontanément</p> <p><input type="checkbox"/> La mère ressent les signes de sécrétion d'ocytocine</p>	<p><input type="checkbox"/> Mouvements de succion rapides</p> <p><input type="checkbox"/> Les joues sont creusées pendant la succion</p> <p><input type="checkbox"/> La mère retire l'enfant du sein</p> <p><input type="checkbox"/> La mère ne ressent pas de signe de sécrétion d'ocytocine</p>

### COMMENTAIRES

<sup>17</sup> <http://www.who.int/child-adolescent-health/> ; [http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html)

## **Questionnaire concernant l'observation de tétées dans le service de suite de naissance.**

### **1) Quelle profession exercez-vous ?**

- Sage-Femme                       Puéricultrice                       Auxiliaire puéricultrice  
 Gynécologue-Obstétricien    Pédiatre                               Médecin Généraliste  
 Etudiant Sage-Femme            Etudiant infirmier    Etudiant Auxiliaire de Puériculture  
 Etudiant Aide-Soignant         Aide Soignant

### **2) Avez-vous eu une formation concernant l'allaitement maternel ?**

- Oui                       Non

#### **Si oui, de quand date-elle ?**

- Moins d'un an  
 Entre 1 et 2 ans  
 Plus de 2 ans  
 Autres : ...

### **3) Vous a-t-elle été proposée par votre établissement ou votre école?**

- Oui                       Non

### **4) Avez-vous demandé cette formation ?**

- Oui                       Non

### **5) Par quel organisme ou école cette formation vous a-t' elle été faite ?**

### **6) La formation était-elle obligatoire dans le cas où c'est l'établissement qui la demande?**

- Oui                       Non

### **7) La formation est-elle renouvelée régulièrement ?**

- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Tous les deux ans
- Autre : ...

**8) Avez-vous eu connaissance des observations de tétées ?**

- Oui
- Non

**9) En quoi consiste pour vous cette observation de tétée ? (donnez 4 critères que l'observation permet d'évaluer).**

- 1)...
- 2)...
- 3)...
- 4)...

**10) Concernant les étudiants, avez-vous eu l'occasion de participer à une observation de tétée avec un professionnel ?**

- Oui
- Non

**11) Faites-vous des observations de tétée selon les recommandations de l'HAS (grille d'observation de tétée de l'HAS)?**

- Oui
- Non

**12) Sur quelles bases faites-vous cette observation de tétées ?**

- Expérience professionnelle
- Selon une grille de recueil validée par l'OMS/HAS
- Selon une grille propre du service

**13) Quand faites-vous cette observation de tétée ?**

- De façon systématique
  - A J0
  - A J1
  - A J2
- A J3

- A la demande de la patiente
- Selon les difficultés que vous dépistez lors du séjour

**14) A quelle fréquence ?**

- Une fois pendant le séjour
- Une fois par jour pour chaque patiente allaitant
- Plusieurs fois par jour
- Autres : ...

**15) Combien de temps vous prend une observation de tétée ?**

- Moins de 5 minutes
- Entre 5 et 10 minutes
- Entre 10 et 15 minutes
- Entre 15 et 20 minutes
- Plus de 20 minutes

**16) Où sont faites les transmissions de cette observation de tétée ? (plusieurs réponses possibles)**

- DXCare/ Logiciel du service/Transmission ciblée pour l'allaitement maternel
- Fiche de suivi de l'alimentation du nouveau-né
- Autres : ...

**17) Rencontrez-vous des difficultés dans cette observation de tétée ? (plusieurs réponses possibles)**

- Un manque de temps
- Une formation insuffisante
- Une réticence personnelle à cette observation de tétée
- Autres : ...

**18) Quel est votre avis sur l'observation de tétée ? (plusieurs réponses possibles)**

- C'est un véritable soutien à l'allaitement
- Elle n'est pas utile
- Cela permet une poursuite plus longue de l'allaitement

Cela n'influence pas la durée de l'allaitement

Autre avis : ...

**19) Y a-t-il des professionnels référents en allaitement dans votre service ?**

Oui

Non

**Si oui, quelles actions mènent-ils ?**

Réunions d'informations et de mise à jour des connaissances

Formation complémentaire concernant l'allaitement

Mise en place de protocoles et/ou d'actions en faveur de l'allaitement

Formations dans le cadre du Développement Professionnel Continu

Autres : ...

**Nom :**

**Prénom :**

**Etablissement de santé :**

**Questionnaire pour faire un état des lieux des pratiques professionnelles concernant l'observation de tétée en soutien à l'allaitement maternel.**

Bonjour,

Je m'appelle Justine LE GOUEDEC, je suis étudiante sage-femme à l'Ecole d'Amiens de l'Université Picardie Jules Verne actuellement en 5eme année.

L'objectif principal de mon mémoire est de prendre connaissance des pratiques des professionnels dans le service de suite de naissance et les outils dont vous disposez pour réaliser une observation de tétée. Dans un deuxième objectif je souhaiterais avoir votre avis sur cette observation de tétées, les difficultés que vous rencontrez et les formations qui vous sont dispensées.

Afin de m'organiser dans la distribution et la récupération des questionnaires vos noms et prénoms sont demandés mais ce questionnaire restera anonyme. Si vous refusez d'y répondre merci d'écrire sur le questionnaire : « Refuse de répondre »

Je vous remercie d'avance pour l'aide que vos réponses m'apporteront

LE GOUEDEC Justine

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- [1] Rapport du Professeur Dominique TURK. «Plan d'action: Allaitement maternel». Juin 2010,40p. [En ligne]. Disponible sur: [http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Plan\\_daction\\_allaitement\\_Pr\\_D\\_Turck.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf) (Consulté le 12/01/16)
- [2] Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S, et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2014;(27):440–9.
- [3] Didierjean-Jouveau C. Epidémiologie de l'allaitement maternel en France. 5° Entretiens de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille, 13 Juin 2003[En ligne]. Disponible sur: <http://www.lllfrance.org/1068-epidemiologie-de-l-allaitement-en-france> (Consulté le 07/02/16)
- [4] Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de Pédiatrie. 2013;20:S29–48.
- [5] Tabaka.M, Puéricultrice départementale. Référente du groupe 5 du RPP. L'allaitement maternel, un bon départ pour la vie. Novembre 2008 [En ligne]. Disponible sur: <http://www.resoperipicpro.com/doc/groupe5/allt-mat.pdf> (Consulté le 15/12/2015)
- [6] Organisation Mondiale de la Santé : Assemblée mondiale de la santé, A63/9, La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport du Secrétariat. Avril 2010 [En ligne]. Disponible sur: [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/2841/1/A63\\_9-fr.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/2841/1/A63_9-fr.pdf). (Consulté le 07/02/16)
- [7] World Health Organization, Division of Child Health and Development. *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*. Genève 1999; 122p. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65956> (Consulté le 07/02/16)
- [8] Haute Autorité de Santé. Mission formation. Favoriser l'allaitement maternel : Processus-Evaluation. Juin 2006. [En ligne]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201010/favoriser\\_lallaitement\\_maternel\\_processus\\_evaluation\\_guide\\_2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201010/favoriser_lallaitement_maternel_processus_evaluation_guide_2006.pdf). (Consulté le 06/02/16)



- [9] Ministère chargé de la Santé. Programme National Nutrition Santé. Qu'est ce que le PNNS ? [En ligne]; Disponible sur:<http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Qu-est-ce-que-le-PNNS> (Consulté le 02/03/16)
- [10] Didierjean-Jouveau C. L'allaitement et la santé des femmes. Article n°25 paru dans la revue *Allaiter Aujourd'hui*. France 1995 [En ligne]. Disponible sur:<http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1106-lallaitement-et-la-sante-des-femmes> (Consulté le 20/12/15)
- [11] Raphaëlle Ancellin (INCa), Émilie Barrandon (NACRe), Nathalie Druesne-Pecollo (NACRe) et Paule Latino-Martel (NACRe). Nutrition & Prévention Des Cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations. France 2009 [En ligne] Disponible sur:<http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseCancerInca.pdf> (Consulté le 10/02/16)
- [12] Institut National du Cancer (INCa). Nutrition et prévention primaire des cancers: actualisation des données. France 2015 [En ligne]. Disponible sur:<https://www.6.inra.fr/nacre/Le-reseau-NACRE/Outils-pour-professionnels/Rapport-INCa-nutrition-et-prevention-primaire-des-cancers> (Consulté le 17/02/16)
- [13] Davanzo R, Zauli G, Monasta L, Vecchi Brumatti L, Abate MV, Ventura G, et al. Human colostrum and breast milk contain high levels of TNF-related apoptosis-inducing ligand (TRAIL). 2013, pages 5-23. [En ligne]. Disponible sur:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22529245> (Consulté le 25/02/16)
- [14] The Lancet. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast Cancer and breastfeeding. 2002, pages 187-195. [En ligne]. Disponible sur:<http://www.lllfrance.org/vous-informer/des-etudes/1094-cancer-du-sein-et-allaitement-une-meta-analyse> (Consulté le 25/02/16)
- [15] Ministère de la Santé. Programme National Nutrition Santé-PNNS-2011-2015, 66p, Juillet 2011 [En ligne]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/PNNS-2011-2015-rapport-Ministere-Sante-07-2011.pdf> (Consulté le 27/02/16)
- [16] Agence de la Santé Publique du Canada. Promotion de la Santé. L'allaitement et la nutrition du nourrisson. Juillet 2002, [En ligne]. Disponible sur: [http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance\\_0-2/nutrition/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/nutrition/index-fra.php) (Consulté le 27/02/16)

- [17] Dr Newman.J. Guide to Breastfeeding. “How Breast Milk Protects Newborns.1995. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lllfrance.org/1349-comment-le-lait-maternel-protège-les-nouveaux-nes> (Consulté le 27/02/16)
- [18] MEDELA, Avantages de l’allaitement [En ligne]. Disponible sur: <http://www.medela.com/FR/fr/breastfeeding/good-to-know/breastfeeding-benefits.html> (Consulté le 08/03/16)
- [19] Courdent.M. Allergies et allaitement. Article n°81 paru dans la revue *Allaiter Aujourd’hui*. France 2009. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1566> (Consulté le 22/02/16)
- [20] Edmond S Chan, Carl Cummings; Société canadienne de pédiatrie. Comité de la pédiatrie communautaire. 2013; page 550 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-allergies-chez-les-nourrissons-a-haut-risque> (Consulté le 27/02/16)
- [21] Chan ES, Cummings C. L’exposition alimentaire et la prévention des allergies chez les nourrissons à haut risque. *Paediatr Child Health*. 2013 Dec;18(10):550–4.
- [22] Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999 Oct 1;70(4):525–35.
- [23] Gingras.M, Consultante en Lactation. Naître et Grandir. L’importance de l’allaitement maternel. Juillet 2011. [En ligne]. Disponible sur: [http://naitreetgrandir.com/fr/etape/0\\_12\\_mois/alimentation/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-allaitement-maternel-avantage](http://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/alimentation/fiche.aspx?doc=naitre-grandir-allaitement-maternel-avantage) (Consulté le 18/02/16)
- [24] Laviolle.G. Santé et Allaitement Maternel. Impact économique de l’allaitement artificiel. France 2003 [En ligne]. Disponible sur: [http://www.santeallaitementmaternel.com/se\\_former/apprehender\\_enjeux/enjeux\\_generaux/allaitement\\_artificiel.php](http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/apprehender_enjeux/enjeux_generaux/allaitement_artificiel.php) (Consulté le 18/02/16)
- [25] Les données scientifiques d’IBFAN. L’allaitement maternel : des bénéfices partagés. 1998. [En ligne]. Disponible sur: <http://action.allaitement.free.fr/pages/OIT02.html> (Consulté le 18/02/16).

- [26] Sautriau.H. Représentations sociales de l'allaitement maternel. Diplôme Inter-Universitaire de Lactation Humaine et d'Allaitement Maternel. Grenoble 2010
- [27] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le guide de l'allaitement maternel. Octobre 2009, 64p [En ligne]. Disponible sur:[http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910\\_allaitement/Guide\\_allaitement\\_web.pdf](http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf)  
(Consulté le 10/02/16)
- [28] Association Française des Consultants en Lactation [En ligne]. Disponible sur:  
<http://consultants-lactation.org/>
- [29] Landais.M, Girard.L. « Dossier Spécial Allaitement Maternel » publié dans « Les cahiers de la puéricultrice », n°206. Avril 2007 Pages 9 à 25. [En ligne]. Disponible sur :  
<http://www.co-naitre.net/articles/cahierpueravril07.pdf> (Consulté le 12/11/15)
- [30] Le conseil en allaitement. Cours de formation. [En ligne]. Disponible sur :  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63487/3/WHO\\_CDR\\_93.5\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63487/3/WHO_CDR_93.5_fre.pdf)
- [31] La Haute Autorité de Santé. Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant; HAS, Mai 2002. [En ligne]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf) (Consulté le 10/01/16)
- [32] Code de la santé Publique, partie législative, 4e partie, livre 1er : professions médicales, titre V : profession de sage-femme, chapitre 1er : conditions d'exercice. Article L4151-1, modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009-art 86 (V), [En Ligne] Disponible sur :  
<http://www.legifrance.gouv.fr> (Consulté le 05/03/16)
- [33] Code de déontologie de la Sage-femme. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/> (Consulté le 07/03/16)
- [34] Les formations Co-naître: vers des soins centrés sur l'enfant et sa famille. 2011. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.co-naitre.net/fformati.html> (Consulté le 10/03/16)

## **RESUME :**

Dans ce travail, nous nous sommes intéressés aux observations de tétées pour le soutien à l'allaitement.

A l'aide de questionnaires distribués dans les suites de naissances de deux maternités, nous souhaitons faire un état des lieux des connaissances des professionnels de santé concernant ces observations et connaître leurs formations à ce sujet. Le second objectif, était de faire ressortir les différents outils à leur disposition et leurs éventuelles difficultés.

Il ressort de cette étude que l'observation est réalisée par une majorité selon les recommandations, que la pratique reste informelle et qu'elle pourrait se développer en trouvant des solutions aux difficultés et en augmentant les outils et leur utilisation.

L'étude montre également qu'une majorité des professionnels a un avis positif sur les observations de tétée en appuyant qu'elles seraient un véritable soutien à l'allaitement maternel.

Mots clés : observation de tétée, allaitement maternel, HAS, recommandations, état des lieux.