

Étude de la durée de l'allaitement maternel au cours du premier mois de vie des enfants de plus de 33 semaines d'aménorrhées nés au centre hospitalier universitaire d'Amiens-Picardie

Justine Boucart

▶ **To cite this version:**

Justine Boucart. Étude de la durée de l'allaitement maternel au cours du premier mois de vie des enfants de plus de 33 semaines d'aménorrhées nés au centre hospitalier universitaire d'Amiens-Picardie. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-02279975

HAL Id: dumas-02279975

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02279975

Submitted on 5 Sep 2019

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 2017

Justine BOUCART

Etude de la durée de l'allaitement maternel au cours du premier mois de vie des enfants de plus de 33 semaines d'aménorrhées nés au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens-Picardie

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

REMERCIEMENTS

Je souhaite à remercier,

Les personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont participé, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Madame P. DAUNE, ma directrice de mémoire, pour l'aide et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer et pour avoir porté un regard critique, ouvert et constructif sur mon travail.

Le Professeur TOURNEUX, chef de service de la réanimation néonatale et la surveillance continue pédiatrique du CHU d'Amiens-Picardie, pour le partage de ses connaissances et ses précieux conseils.

Monsieur DIOUF, pour son aide concernant les statistiques,

Madame FRIANT, consultante en lactation, pour sa contribution à ma réflexion au cours de l'élaboration de ce mémoire.

L'école de sage-femme d'Amiens, pour la formation dispensée pendant ces quatre années.

Un grand merci à ma famille et mes amies de promotion pour leur soutien, leur présence, leur patience et leurs encouragements

Enfin j'adresse mes plus sincères remerciements aux patientes qui se sont investies dans mon travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION …… **3**

PREMIERE PARTIE : GENERALITES SUR L'ALLAITEMENT……... 5

1. SITUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL …….. 6

1.1. L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LE MONDE ……..... 6

1.2. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE ..……..... 7

1.2.1. Etude EPIFANE …….... 7

1.2.2. Etude ELFE ……..……..... 7

1.2.3. Enquêtes périnatales ……..... 9

2. L'ALLAITEMENT MATERNEL …… 9

2.2. BIENFAITS SUR LE NOUVEAU-NE ET SUR LA MERE……..... 9

2.2.1. Sur le nouveau-né ……..... 9

2.2.2. Sur la mère ……..... 10

2.3. L'ALLAITEMENT CHEZ LE NOUVEAU-NE PREMATURE ……..…….. 11

2.3.1. Définition de la prématurité ……11

2.3.2. L'alimentation entérale en cas de prématurité ……..... 12

2.3.3. Les avantages …… 12

2.3.4. Les premières tétées ……..... 13

3. LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL ……... 13

3.1. LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES ……..…..... 13

3.1.1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ……..... 13

3.1.2. La Haute autorité de Santé (HAS) ……..…… 15

3.1.3. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) ……..... 15

3.2. LE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL……..……. 16

3.2.1. Processus de soutien à l'allaitement maternel ……..... 16

3.2.2. Moyens de soutien à l'allaitement …….. 17

3.2.3. Moyens de soutien pour les mères d'enfant prématuré ……...18

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE ……... 19
1. LES OBJECTIFS ……..... 20
2. MATERIEL ET METHODE …….. 20
2.1. CONCEPTION DE L'ETUDE ……..…… 20
2.2. CALENDRIER DE LA RECHERCHE …..……..... 21
2.3. LE TYPE D'ETUDE ……..... 21
2.4. LA POPULATION ……. 22
2.4.1. La population de la période test ……..... 22
2.4.2. La population de l'étude ……..... 23
2.5. LES MODALITES DE RECRUTEMENT ……..…. 24
2.5.1. Les temps de l'étude ……... 24
2.6. RECUEIL DES DONNEES ET ANALYSES ……..... 25
3. RESULTATS DE L'ETUDE ……... 25
3.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION EN MATERNITE : LES MERES ET LES ENFANTS ……..... 26
3.2. CARACTERISTIQUES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL …….. 28
3.3. FACTEURS INFLUENCANT L'ARRET PRECOCE AU PREMIER MOIS …….. 32
3.4. MOYENS DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL……...…. 36

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ……... 38
1. HYPOTHESE N°1 : Le taux d'allaitement de notre étude est similaire aux données présentes dans la littérature …… 39
2. HYPOTHESE N°2 : Le mode d'accouchement, le tabac et le niveau socio-économique influent sur la durée de l'allaitement maternel …….. 43
3. HYPOTHESE N°3 : Les mères connaissent les moyens de soutien à l'allaitement ….. 45
4. CRITIQUES DE L'ETUDE …… 48
4.1. Points forts de l'étude …….. 48
4.2. Les limites de l'étude ……... 49
4.3. Biais rencontrés ……... 49
CONCLUSION …… 50
BIBLIOGRAPHIE …….. 52
ANNEXES …… 56
GLOSSAIRE …… 63
RESUME ET MOTS CLES …… 64

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est un choix personnel de la femme, en fonction de ses envies, sa situation sociale et professionnelle, et sa culture. C'est aussi une question de santé publique puisqu'il possède des vertus essentielles pour la santé et le développement de l'enfant. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), se référant à des travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Interagency Group for Action of Breastfeeding (IGAB), l'allaitement est défini comme l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de mère. Celui-ci s'adapte en permanence aux besoins de l'enfant et le protège de certaines infections. Il instaure également un lien privilégié entre la maman et son enfant. **(1) (2) (3) (4)**

L'allaitement est dit exclusif lorsque le nouveau-né reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau. ***(5) (6)***

L'allaitement est dit partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau (sucrée ou non) ou toute autre nourriture. Enfin, la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein. ***(6)***

L'arrêt précoce de l'allaitement maternel est définit par un arrêt complet de l'allaitement inférieur à trente jours.

La promotion de l'allaitement maternel est encouragée par de nombreuses organisations nationales et internationales. Cependant, la France reste le moins bon pays d'Europe en terme d'allaitement maternel, même si la prévalence tend à augmenter au fil des années. ***(1) (6)***

Nous nous sommes donc intéressés à la durée de l'allaitement maternel sur le premier mois de vie des enfants et aux facteurs influençant l'arrêt précoce.

Dans une première partie, nous allons aborder la situation et l'évolution de l'allaitement maternel dans le monde et en France.

Ensuite, à partir d'une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens-Picardie du 8 août au 30 novembre 2016, nous évaluerons le taux d'allaitement au cours du premier mois et nous tenterons d'en déterminer les facteurs d'arrêt.

Enfin, nous discuterons des résultats observés en lien avec les résultats retrouvés dans la littérature. Nous proposerons d'éventuelles pistes afin de limiter ces arrêts précoces.

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES SUR L'ALLAITEMENT

1. LA SITUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

1.1. L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LE MONDE

Au niveau international, il existe une grande diversité entre les pays concernant l'allaitement maternel.

Alors que la promotion de l'allaitement maternel est l'un des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS) ***(7) (8)***, la situation dans notre pays n'est guère satisfaisante. En effet, 56 % des enfants nés en France en 2002 étaient allaités au sortir de la maternité contre plus de 95 % en Finlande et en Norvège, plus de 90 % en Suède et au Danemark, 85 % en Allemagne, 75 % en Italie et 70 % au Royaume-Uni. Pourtant, 75 % des femmes françaises aimeraient nourrir leur bébé au sein pendant au minimum quelques semaines. De plus, toujours au cours de cette année, l'allaitement à quatre mois est maintenu dans plus de 65 % des cas en Suède et en Suisse, 34 % au Canada, 27 % au Royaume-Uni et à peine 5 % en France. ***(7) (8)***

Actuellement, la France fait partie des pays dans lesquels l'allaitement est le moins fréquemment initié en Europe. Les pourcentages varient fortement jusqu'à 98 % dans les pays nordiques ***(7) (8)***

Selon l'OMS, 38% des nourrissons sont nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois, au niveau mondial.

Enfin, il y a de grandes disparités dans le monde concernant la promotion de l'allaitement maternel. Le label « IHAB » est le plus représentatif de cette diversité. L'Initiative pour des Hôpitaux Amis des bébés a été initiée en 1992 par l'OMS et l'UNICEF. L'objectif est de mettre en place des pratiques hospitalières favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau-né afin de lui favoriser un meilleur accueil possible. Aussi, l'une des dix conditions nécessaires pour obtenir ce label est *« Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique »,* ce qui influe sur la promotion de l'allaitement maternel ***(3) (9) (10)***

En 2007, on comptait près de 20 000 hôpitaux « Amis des Bébés » dans le monde, environ 650 en Europe dont plusieurs CHU. Depuis décembre 2016, en France, on compte 30 services (publics ou privés) « Amis des Bébés », ce qui représente environ 6 % des

naissances en France. C'est une faible part en comparaison au nombre d'établissements labellisés dans le monde (*Annexe I*) ***(10) (11) (12)***

1.2. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE

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

Malgré une augmentation récente de la prévalence, la durée de l'allaitement en France reste encore faible. La prévalence est de 37 % en 1972, puis le pourcentage est passé de 52 % en 1995 à 53 % en 1998, enfin à 63 % en 2003 et la durée médiane est de l'ordre de 10 semaines, d'après les enquêtes périnatales. ***(13) (14) (15) (16)***

Au niveau national, deux grandes études ont publié les taux de 2011 et 2012, les plus récents de France, et la durée d'allaitement en France. ***(17) (18)***

1.2.1. Etude EPIFANE

La première étude est l'étude EPIFANE (Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie) réalisée en 2012 ***(17).*** L'objectif est de décrire l'alimentation de l'enfant au cours de sa première année de vie. Elle a suivi 3386 mères issues de 136 maternités de France métropolitaine. Les critères d'inclusion étaient les femmes allaitantes dès la naissance de leurs enfants de plus de trente-trois semaines d'aménorrhées, sans pathologie lourde. Selon les données de cette étude, sept femmes sur dix avaient choisi d'initier l'allaitement maternel pour leur enfant dès la naissance. Le taux d'allaitement moyen en France étant de 74% à la naissance, 39% à 3 mois, 23% à 6 mois et seulement 9% à 1 an.

D'après cette étude, de fortes disparités existent entre les départements de la métropole. En effet, le taux variait de 45 % dans le Pas-de-Calais ou l'Aisne, à 78 % à Paris ou dans les Hautes-Alpes. Ce taux allait jusqu'à 86 % en moyenne pour les départements d'Outre-mer. ***(17)***

1.2.2. Etude ELFE

La deuxième grande étude est l'étude ELFE (Etude longitudinale française depuis l'enfance) ***(18)***, qui suit plus de 18 000 enfants nés en 2011 dans 320 maternités.

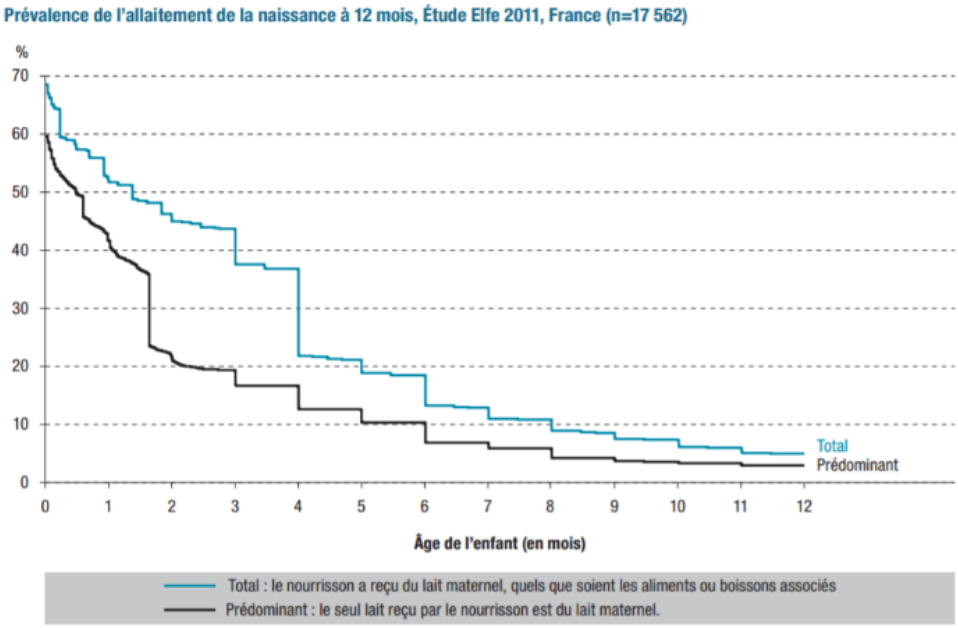


Figure 1 : **Evolution du taux d'allaitement maternel en France en 2011 dans la première année de l'enfant *(18)***

Selon cette étude, le taux d'allaitement à la naissance est de 69,7% avec une médiane d'allaitement de 17 semaines et de 7 semaines pour un allaitement prédominant. Seuls 19,2% des enfants recevaient encore du lait maternel à 6 mois dont 9,9% de façon prédominante. Des disparités géographiques ont été observées : les mères résidant dans le Nord allaitant moins longtemps que la moyenne ; les mères habitant dans les régions Sud-Ouest et Centre-Est allaitant plus longtemps. ***(18)***

Plusieurs facteurs influant sur la durée de l'allaitement ont été mis en évidence :

- Les caractéristiques socio-culturelles de la mère avec un allaitement plus long chez les mères cadres et les mères en congés parentaux.
- Les caractéristiques de la santé de la mère avec notamment un impact du tabac, du surpoids, ou de l'obésité.
- La participation à des séances de préparations à l'accouchement.
- La présence du père lors de l'accouchement.
- Les caractéristiques (et notamment les revenus) du ménage.

1.2.3. Enquêtes périnatales

Enfin, selon l'enquête périnatale de 2010, le taux d'allaitement maternel en maternité, qui avait beaucoup augmenté entre 1998 et 2003, a continué à progresser. Ceci peut être le résultat d'une série de mesures prises depuis la fin des années 90, au niveau national, régional et local, en faveur de l'allaitement au sein. En effet, si on retient comme indicateur l'allaitement au sein exclusif, qui est la pratique recommandée par l'OMS, la proportion d'enfants nourris entièrement au sein est passée de 40,5 % en 1995 à 45,0 % en 1998, 55,4 % en 2003 et 60,2 % en 2010. Entre 1998 et 2003, l'augmentation de l'allaitement maternel a concerné tous les groupes sociaux, et on constatait des différences importantes des taux d'allaitement, à la fois sociales et géographiques. ***(14) (15)***

2. L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement satisfait à lui seul les besoins nutritionnels du nourrisson pendant les 6 premiers mois de la vie, et a de nombreux effets bénéfiques sur la santé de l'enfant à court et long terme, et sur la santé de sa mère. ***(13) (19)***

2.1. BIENFAITS SUR LE NOUVEAU-NE ET SUR LA MERE

2.1.1. Sur le nouveau-né

Le lait de femme n'a pas toujours la même composition. Il évolue au fur et à mesure du temps et au décours de la tétée. Il contient de nombreux bienfaits pour le nourrisson en devenir. ***(4) (19)***

Le premier bienfait évoqué est celui de l'effet protecteur à court, moyen et long terme pour l'enfant. Le lait maternel aide activement les nouveau-nés à éviter les maladies, et ce de plusieurs façons. En effet, lors des premiers mois de vie, le nourrisson est incapable de monter une réponse immunitaire efficace contre les organismes étrangers et cette réponse atteint sa pleine force vers l'âge de 5 ans. Durant la grossesse, la mère transmet des anticorps à travers le placenta qui se retrouvent dans la circulation de l'enfant au cours des premiers mois le protégeant des infections. Ces 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 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. ***(8) (20)***

Aussi, il est rare qu'une infection maternelle puisse se transmettre à l'enfant par le biais de l'allaitement. La plupart du temps, l'enfant aura déjà été exposé à la contagion avant toute apparition de signes cliniques chez la mère. Suspendre l'allaitement ne fera que priver l'enfant de tous les bénéfices immunologiques du lait maternel. Dans certains cas, on pourra recommander une suspension de l'allaitement pendant une durée limitée, notamment lorsqu'un traitement est débuté chez la mère. Mais, même dans ce cas, le bébé peut presque toujours recevoir le lait tiré par la mère. ***(8) (21)*** De plus, de nombreuses études montrent que l'allaitement maternel exclusif protège contre les allergènes.

Chez les enfants qui ont été allaités, le risque de surpoids et d'obésité est diminué de manière probable. Si le bénéfice vis-à-vis du risque de surpoids et d'obésité chez l'enfant était confirmé, ce serait un argument additionnel pour encourager l'allaitement dans un objectif de prévention, notamment des cancers. ***(8)***

2.1.2. Sur la mère

L'allaitement maternel a de nombreux bienfaits pour le nouveau-né en constante évolution. Il procure de nombreux avantages pour la mère de l'enfant.

En effet, la tétée précoce de l'enfant et les contractions utérines qu'elle provoque, diminuent énormément les risques d'hémorragie et aident l'utérus à reprendre plus vite sa taille, sa forme et sa tonicité. Cette diminution du risque hémorragique est dépendante de la sécrétion d'une hormone appelée « ocytocine ». ***(8) (19) (22)***

L'allaitement permet également chez la mère une perte de poids post-accouchement plus rapide. En effet, plusieurs études ont démontrées l'effet de l'allaitement sur la perte de poids maternel. Tout d'abord, une étude parue en 1993 dans le Journal of the American

Dietetic Association montre qu'un mois après l'accouchement, les femmes qui allaitent ont perdu plus de poids que celles qui n'allaitaient pas***. (23) (24)***

Selon le Dr Sachet, médecin nutritionniste à l'hôpital Bichat, *"La période d'allaitement est idéale pour perdre un peu de poids […] Ces deux à quatre kilos de graisse qui vous font horreur au retour de clinique vont être "mobilisés" en deux à trois mois pour fournir chaque jour entre 200 et 300 calories (la moitié de ce qui est nécessaire pour fabriquer le lait de votre enfant).* Cependant, cette perte de poids ne peut avoir lieu que dans le cas où la femme garde une alimentation saine et équilibrée. ***(23) (24)***

Un des autres avantages de l'allaitement maternel chez la mère, est la prévention du cancer du sein. En effet, selon l'Institut Nation du Cancer (INCa), l'allaitement est associé, chez la mère, à une diminution du risque de cancer du sein, avant et après la ménopause. Le rôle protecteur de l'allaitement s'expliquerait par plusieurs mécanismes biologiques. Le principal mécanisme serait la diminution des taux sanguins d'hormones sexuelles (œstrogènes, androgènes) pendant la période d'aménorrhée, réduisant ainsi, chez les femmes ayant allaité, leur exposition au cours de la vie à ces hormones, facteurs de risque connus du cancer du sein. 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. ***(23) (25)***

Enfin, 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. 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 de 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. ***(8) (19)***

2.2. L'ALLAITEMENT CHEZ LE NOUVEAU-NE PREMATURE

2.2.1. Définition de la prématurité

Selon l'OMS, on considère comme prématuré un bébé né vivant avant 37 semaines d'aménorrhées ***(26)***

Cette notion recouvre 3 sous-catégories:

- La prématurité extrême (inférieur à 28 SA)
- La grande prématurité (entre la 28e et la 32e SA)
- La prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32e et la 37e SA).

2.2.2. L'alimentation entérale en cas de prématurité

Les mères dont les nouveau-nés sont admis en unité de soins intensifs en raison d'une naissance prématurée doivent faire face à de nombreuses difficultés, notamment d'ordre émotionnel. La plupart des études montrent que le taux d'allaitement chez les prématurés est plus faible que celui des nouveau-nés à terme en bonne santé. L'étude européenne MOSAIC, réalisée chez des prématurés de moins de 32 semaines, a montré que les taux d'allaitement à la sortie du service de néonatologie étaient les plus bas en France (19% en Bourgogne et 26% en Ile de France), contre 35% au Royaume-Uni, 37% en Belgique et en Pologne, 50% au Portugal, 55% aux Pays-Bas et 70% en Italie. Les taux d'allaitement chez ces prématurés étaient corrélés aux taux nationaux d'allaitement. ***(13) (18)***

2.2.3. Les avantages

Le lait maternel a de nombreux avantages chez le nouveau-né et également chez l'enfant né prématurément.

Chez ces enfants, l'alimentation avec le lait maternel (ou le lait de femme provenant de donneuse via un lactarium) favorise ***(27)*** :

- La maturation des fonctions digestives et la tolérance à l'alimentation par voie orale car les protéines de lait humain sont complètement fractionnées et absorbées par le système digestif du bébé, facilitant ainsi leur prise en charge.
- Le lait maternel contient une enzyme, la lipase, qui facilite la digestion des graisses, importante source d'énergie pour un enfant prématuré qui doit grandir et grossir.
- le lait maternel contient des moyens de défense contre les infections. Il permet la diminution du risque d'infections en période néonatale et d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

- L'alimentation par le lait maternel contribue à améliorer les performances développementales des nouveau-nés très prématurés.
- Enfin, des études ont montré que la maîtrise de la succion-déglutition-respiration et du flot de lait était meilleure au sein qu'au biberon : le niveau d'oxygénation et la température étaient meilleurs et plus stables, et les enfants faisaient beaucoup moins d'apnées et de bradycardies

2.2.4. Les premières tétées

L'allaitement d'un prématuré commence par de longs moments de peau à peau et progressivement l'enfant va s'intéresser au sein. Si l'enfant prématuré est nourri par une sonde de gavage, il est tout à fait réalisable de mettre son enfant au sein, si cela est possible. Des travaux ont en effet montré que la tétée pendant le gavage augmente l'amplitude gastrique et la prise de poids. Les premières tétées demandent du temps et de la patience. ***(27)***

3. LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES DE L'ALLAITEMENT

3.1. LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES

3.1.1 L'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Depuis plusieurs années, l'OMS soutien l'allaitement maternel. Depuis 1998, cette organisation a mis en place des recommandations pour l'alimentation du nourrisson. ***(3)***

D'après l'OMS, il est recommandé un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie et il doit se poursuivre ensuite jusqu'à l'âge de deux ans au moins, en l'associant à une alimentation de complément qui convienne. Pour permettre aux mères de démarrer et de maintenir l'allaitement exclusif au sein pendant 6 mois, l'organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que l'UNICEF préconisent ***« Dix conditions pour le succès de l'allaitement » (1) (3)***

Le colostrum, sécrétion lactée jaunâtre et épaisse produite à la fin de la grossesse, constitue, ainsi que le préconise l'OMS, l'aliment parfait pour le nouveau-né qui doit commencer à s'alimenter dès la première heure qui suit la naissance.

Dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/UNICEF 1989/2006) (29), (3)

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- 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.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
- Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 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.

Figure 2 **: Dix conditions de succès à l'allaitement maternel** ***(1) (3)***

Selon eux, pour permettre le succès de l'allaitement maternel, il est indiqué d'encourager la mère à allaiter son enfant à la demande, de les informer à la pratique de l'allaitement et à la stimulation de la lactation. Enfin, l'une des dernières conditions de succès à l'allaitement est la promotion de cet AM à travers les associations de soutien et d'adresser des contacts lors de la sortie de la mère de l'établissement ***(3)***

En 2002, est adoptée la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS ***(28)***, 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. ***(29)***

3.1.2. Haute autorité de Santé (HAS)

L'HAS met à disposition des professionnels, des recommandations concernant l'allaitement maternel. Deux textes ont servi de sources principales de recommandations : les recommandations de l'ANAES de 2002, ainsi que celles de l'ILCA de 2005. ***(1)***

Au sein des recommandations de l'HAS, il est définit que l'allaitement exclusif au sein par la mère nécessitait un nombre important d'informations. En effet, il est précisé qu'un complément de lait artificiel ne devait être donné puisqu'il « *perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce* ». De plus, restreindre le nombre de tétée serait associé à un arrêt plus précoce de l'allaitement. Les recommandations de mise en peau à peau et de tétée précoce pour favoriser l'allaitement sont donc assez souvent suivies.

Enfin, l'HAS préconise de nombreuses recommandations concernant le soutien à l'allaitement maternel, notamment la prise de contact avec un professionnel de santé, afin de donner des informations, des conseils et répondre à d'éventuelles attentes. ***(1) (8)***

3.1.3. Programme national nutrition santé (PNNS) :

En France, le programme national nutrition santé (PNNS) recommande l'allaitement maternel (AM) « de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice santé ». En plus de l'augmentation du taux d'initiation de l'AM à la maternité, le PNNS préconise d'augmenter sa durée en poursuivant si possible l'AM après 6 mois, y compris pendant la diversification alimentaire, période au cours de laquelle sont introduits les aliments et boissons autres que le lait. ***(7) (8)***

Un des objectifs du PNNS est de promouvoir l'allaitement maternel puisque l'allaitement est une pratique intime, liée à l'histoire et à la culture de chaque société, dont la décision revient à chaque femme. C'est une pratique dont les bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère à court, moyen et long terme, ont été scientifiquement démontrés. La décision d'allaiter est un choix individuel qui tient compte du savoir, de la disponibilité, des traditions, des moyens et des représentations de chaque femme.
Différentes actions ont donc été mises en place afin d'y réussir :

- Communiquer, informer et sensibiliser les mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né, en intégrant un regard objectif sur l'allaitement maternel afin de permettre un choix éclairé
- S'assurer que les services de maternité offrent effectivement aux femmes le droit à l'information personnalisée et objective permettant ce choix

3.2. LE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

3.2.1. Processus de soutien à l'allaitement maternel

Chaque étape du processus de soutien de l'allaitement maternel correspond à un moment clé d'intervention auprès des (futurs) parents et de leur enfant.

Le processus est découpé en quatre phases ***(1)*** :

- Information sur l'allaitement durant la grossesse,
- Démarrage de l'allaitement à la naissance
- Installation de l'allaitement exclusif
- Poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage.

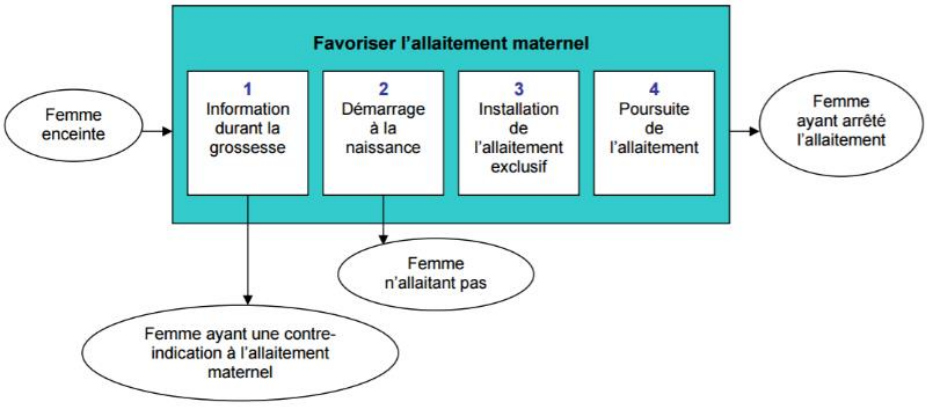


Figure 3 : **Démarche de soutien à l'allaitement maternel *(1)***

L'objectif est d'informer tous les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel, dans le respect de leur culture, afin d'aider leur décision sans imposer de choix ***(1)***

La contribution des différents professionnels à la surveillance prénatale s'est diversifiée, avec une participation plus grande des généralistes et surtout des sages-femmes

; ainsi 39 % des femmes ont consulté une sage-femme en maternité en 2010 au lieu de 27 % en 2003. ***(15)***

3.2.2. Moyens de soutien à l'allaitement

De nombreux acteurs sont engagés dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

Tout d'abord, la Coordination Française de l'Allaitement Maternel (CoFAM) ***(30)*** coordonne les différents acteurs qui soutiennent et travaillent à la promotion de l'AM en France. Elle organise tous les ans, la semaine mondiale pour l'AM.

De plus, de nombreuses associations existent en France :

- LLL France : La Leche League a pour objectif d'aider les mères qui souhaitent allaiter, grâce aux informations et au soutien qu'elle offre par le biais de ses réunions, de son soutien téléphonique et de ses publications.
- Association IPA (Information pour l'allaitement maternel) : Elle est gérée par des professionnels de santé de la petite enfance et des membres d'associations restant en contact avec les mères allaitantes. Leurs objectifs sont de diffuser l'information sur l'AM et de soutenir, encourager l'allaitement au sein en lien avec les recommandations de l'OMS.

Aussi, afin de soutenir l'allaitement maternel, il existe la PMI (Protection maternelle infantile). Chaque conseil général organise son service de PMI en restant dans le cadre légal du Code de la Santé Publique. Le Conseil Général définit sa politique de promotion et de soutien à l'AM et réfléchit aux actions que le service de PMI peut mettre en place. La PMI est au premier plan pour accompagner les femmes, autant celles qui allaitent, que celles qui n'allaitent pas afin de renforcer les liens parents-enfants.

Enfin, le PNNS a un de ses objectifs principaux concernant l'allaitement maternel. Il insiste sur le rôle à jouer des professionnels de santé dans la nutrition. Ce programme national nutrition santé, a permis également, en lien avec l'INPES, la rédaction du guide de l'allaitement maternel, distribué au dame en service de suites de naissance, afin de leur donner les informations dont elles ont besoin concernant l'allaitement maternel ***(8) (19)***

3.2.3. Moyens de soutien pour les mères d'enfant prématuré

Plusieurs programmes structurés ont été mis en place afin d'aider les mères d'enfants prématurés. Parmi ceux-ci, on peut y trouver « les soins kangourous », le programme NIDCAP ou l'Initiative Hôpital Amis des Bébés. Ces programmes sont complémentaires et leur efficacité dans le soutien à l'allaitement largement démontrée. ***(11)***

La méthode « mère kangourou » consiste à porter un enfant prématuré sur le ventre en contact peau contre peau. Cette méthode est très efficace et facile à appliquer. Elle contribue à la bonne santé et au bien-être des prématurés et des nourrissons nés à terme. Parmi certaines caractéristiques de cette méthode, le contact peau à peau prolongé et l'allaitement exclusif y sont répertoriés. Elle permet également d'augmenter la prévalence et la durée de l'allaitement au sein. ***(31)***

Le programme NIDCAP (Neonatal Individualized Developemental Care and Assessment Program) définit un ensemble de stratégies environnementales et comportementales afin de favoriser le développement harmonieux du nouveau-né à terme ou prématuré. Il permet la réduction du stress en période néonatale à l'aide d'observations. Pour cela, on y introduit une succion non nutritive, une mise au sein précoce et le soutien à l'allaitement maternel.

Afin de favoriser l'allaitement dans ce groupe, il faut :

- Encourager la décision de donner son lait pour son enfant
- Mettre en route et maintenir la lactation
- Favoriser le contact mère-bébé en peau à peau le plus tôt possible sans limitation

DEUXIEME PARTIE :

L'ETUDE

1. LES OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le taux d'allaitement maternel un mois après l'accouchement et de déterminer les facteurs influençant cet arrêt.

L'objectif secondaire de cette étude est d'évaluer les connaissances des patientes allaitantes sur les différents moyens de soutien à l'allaitement.

Pour cela, plusieurs hypothèses ont été émises :

- HYPOTHESE N°1 : Le taux d'allaitement au cours du premier mois est similaire aux données présentes dans la littérature
- HYPOTHESE N°2 : Le mode d'accouchement, le tabac, le niveau socio-économique et la prématurité influent sur la durée de l'allaitement maternel
- HYPOTHESE N°3 : Les femmes allaitantes connaissent les moyens de soutien à l'allaitement.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. CONCEPTION DE L'ETUDE

Ce travail a débuté par l'élaboration d'un protocole de recherche non interventionnelle en s'appuyant sur les études ELFE et EPIFANE. Les promoteurs de ce travail sont le Professeur Tourneux Pierre, pédiatre et responsable de la réanimation néonatale, et Mme Daune Pascale, sage-femme enseignante. Nous avons entrepris la rédaction d'un protocole de recherche non interventionnelle. (*Annexe II*)

Il a été rédigé en mars 2016 et soumis à la commission de protection des personnes nord-ouest II en mai. L'accord a été effectif en juin 2016 *(Annexe III).* Au cours du mois de mai, l'objectif et les modalités de recrutement ont été présentés à Mme Couture sage-femme coordinatrice référente des suites de naissance, aux pédiatres du secteur, ainsi qu'aux sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aux aides-soignantes exerçant dans le secteur des suites de naissance.

La faisabilité de ce travail a été explorée par une période test.

2.2. CALENDRIER DE LA RECHERCHE

Premièrement, la faisabilité de l'étude a été vérifiée par le biais d'une période test.

Cette période s'est déroulée du 1er juillet 2016 au 8 juillet 2016, soit une semaine. Pendant cette période, les formulaires de participation à l'étude ont été distribués dans le service demandant une présence toutes les 48h dans le service afin d'obtenir un maximum d'accords.

Dans un second temps, ces formulaires ont été analysés, afin de recueillir les données de ces patientes sur le logiciel Dx Care, et permettre un entretien téléphonique le mois suivant. Les inclusions ont été mises en place du 1er août au 8 août 2016.

Enfin, l'étude a débuté le 8 août 2016 et s'est terminée le 30 novembre 2016, soit sur une période de 4 mois. Sur cette période, les formulaires de participation ont été distribués aux patientes allaitantes lors de leur séjour en suites de naissance. Ensuite, ces patientes ont reçu un appel téléphonique le mois suivant afin de s'entretenir sur la poursuite de leur allaitement. Les entretiens téléphoniques se sont terminés le 31 décembre 2016.

2.3. LE TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, observationnelle, transversale réalisée à l'aide d'un recueil de données sur dossier et d'un entretien téléphonique auprès des patientes à un mois de vie de l'enfant ;

Pour réaliser cette étude, les couples mère-enfant ont été sollicités au sein du service de suites de naissance du centre hospitalier universitaire d'Amiens-Picardie, maternité de type III possédant un service de réanimation pédiatrique accueillant les enfants prématurés, ainsi que les enfants atteints d'une pathologie d'une particulière gravité.

2.4. LA POPULATION

2.4.1. La période test

Comme dit précédemment, une période test a été réalisée au sein du service de suites de naissance du Centre hospitalier Universitaire d'Amiens-Picardie après avoir reçu l'accord de Mme Couture, sage-femme coordinatrice du service.

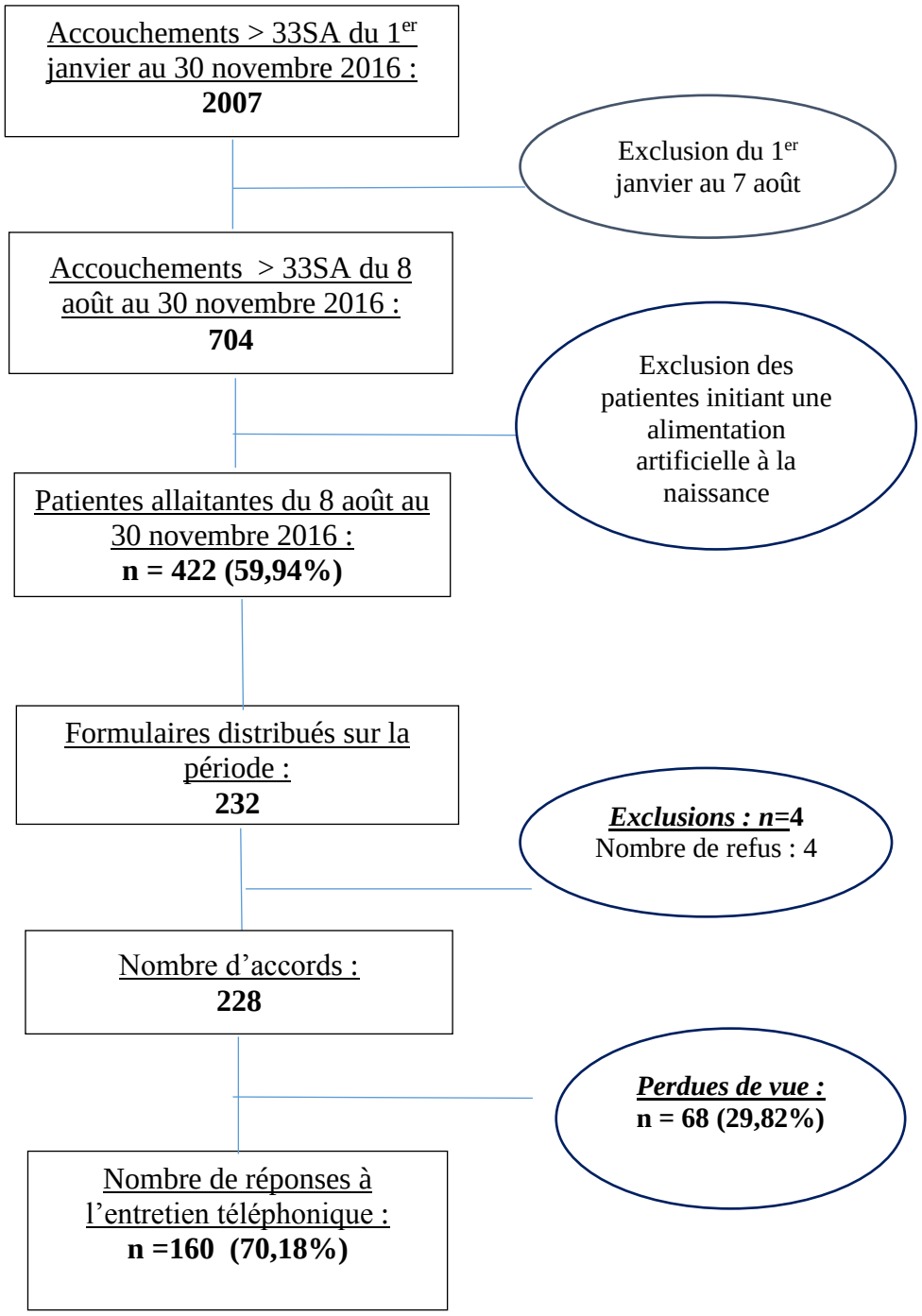
La période test s'est déroulée du 1er juillet au 8 juillet 2016. Durant cette semaine, 30 patientes ont accouchées. Parmi ces patientes, 20 patientes ont reçu le formulaire de participation à cette étude, soit un taux à 66,6%. Néanmoins, deux patientes ont refusées de participer, et deux patientes ont été exclues car elles ne comprenaient le français. Soit 16 patientes ont été retenues, soit 53,3%. Le mois suivant, lors de l'entretien téléphonique, 11 patientes ont pu être recontactées, 5 patientes ont été perdues de vue, soit un taux de participation de 68,7%.

Premièrement, afin d'évaluer la faisabilité de l'étude, nous nous sommes appuyés sur le taux de recrutement sur 7 jours, ainsi que le taux de réponse des patientes, soit 68,7%.

Dans un second temps, nous avons évalué le temps consacré à ce travail, l'investigateur étant seul. Tout d'abord, les formulaires de participation à l'étude ont été distribués dans le service toutes les 48 heures. Ensuite, après avoir obtenu l'accord de la patiente, un recueil de donnée sur « Dx Care » a été effectué, soit 10 minutes par dossier. Enfin, un entretien téléphonique a été réalisé du 1er au 8 août, soit 5 minutes par patiente.

Sur cette période test, 11 patientes ont été recontactées, avec un entretien d'environ 5 minutes par patiente.

2.4.2. La population de l'étude



L'étude a été réalisée du 8 août au 30 novembre 2016.

Afin de déterminer le nombre d'accouchement sur la période de l'étude, une demande de listing a été faite au DIM (Département d'information médicale) sur la base des données du P.M.S.I. (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) permettant de

décrire l'activité hospitalière. Cette recherche a été réalisée à partir du RUM (Résumé d'Unité Médicale) des patientes.

Concernant les critères d'inclusion, une mère sera considérée comme « éligible » si son nouveau-né suit les critères d'inclusion :

- Etre né à la maternité du CHU d'Amiens-Picardie
- Etre né de mère de plus de 18ans et de moins de 45 ans inclus
- Etre né de mère parlant la langue française et la comprenant
- Etre né à plus de 33 semaines d'aménorrhées
- Ne pas être affecté d'une pathologie lourde nécessitant une chirurgie, une prise en charge particulière. Cela comprend toute affection contre indiquant une alimentation entérale pendant une durée de plus de trois semaines.

De plus, ne sont inclus au sein de cette étude que les mères souhaitant allaiter dès la naissance de leur enfant. Les enfants morts nés, décédés en couche ne seront pas inclus dans l'étude

2.5. LES MODALITES DE RECRUTEMENT

2.5.1. Les temps de l'étude

Cette étude se déroule en 2 temps :

Dans un premier temps, les femmes sont recrutées dans le service de suites de naissance lors de leur séjour. Elles ont été sollicitées à J0, J1 ou J2 pour la plupart des patientes, après vérification des critères d'éligibilité. Dans ce temps, un formulaire d'accord de participation a été distribué aux patientes par l'investigateur afin d'obtenir le consentement signé et les coordonnées téléphoniques. Ces différentes opérations ont été majoritairement effectuées par l'investigateur impliquant une présence bi hebdomadaire dans le service voire quotidiennement selon la période.

Lors de la visite dans le service de suites de naissance, l'investigateur informait les patientes de l'objectif de l'étude. Les patientes étaient également informées de l'entretien téléphonique prévu le mois suivant et des possibilités de 2 tentatives en cas de non réponse.

Suite à l'inclusion de la patiente, un recueil de donnée est réalisé sur le logiciel « Dx Care » afin d'obtenir des renseignements concernant la grossesse et l'accouchement, les

données sociodémographiques (âge, profession, enfants précédents), les antécédents, l'état du nouveau-né et la mise en place de l'allaitement maternel. Pour ce recueil, dix minutes pour chaque patiente a été requis.

Dans un second temps, le recueil des informations auprès des mères pendant le suivi un mois après l'accouchement a été réalisé par des entretiens téléphoniques, à l'aide d'un questionnaire *(annexe IV).* Ces derniers ont été remplis par l'investigateur. Lors de la première tentative d'appel, si les mères étaient indisponibles, des rendez-vous étaient pris auprès des mères incluses soit lors de l'appel, soit par message, afin de les recontacter. L'investigateur laissait des messages vocaux. Aussi, certaines mamans prenaient l'initiative de rappeler l'investigateur après réception de ce message. Après 2 tentatives, les patientes étaient considérées comme perdues de vue.

2.6. RECUEIL ET ANALYSES DES DONNEES

Afin d'interpréter les données recueillies sur les dossiers du logiciel « Dx Care », le logiciel « EXCEL » a été utilisé pour y inscrire les données. Les variables sont comparées à l'aide de pourcentages, ainsi qu'à l'aide de test paramétriques de Khi deux et de Fisher pour les variables qualitatives et de tests t de Student pour les variables quantitatives. Une analyse multivariée a été réalisée afin de corréler les facteurs retrouvés au sein de notre première analyse.

3. RESULTATS DE L'ETUDE

Après distribution de 232 formulaires d'accord avec obtention des coordonnées téléphoniques de ces patientes du CHU Amiens- Picardie, 228 formulaires ont été récupérés et analysés. 4 patientes ont refusés d'être recontactées, la principale cause de ce refus étant le manque de temps.

Ensuite, parmi les 228 questionnaires retenus, 68 patientes ont été perdues de vue ou n'ont plus souhaité répondre à l'entretien téléphonique. Soit, les résultats de l'étude sont présentés sur 160 réponses positives des patientes.

1.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION EN MATERNITE : LES MERES ET LES ENFANTS

- *Age maternel :*

La médiane de l'âge des mères se situe à 30 ans (extrêmes de 18 ans à 43 ans). 2 mères ont moins de 20 ans et 7 ont plus de 40 ans. La majorité des mères incluses dans l'étude ont entre 30 et 34 ans.

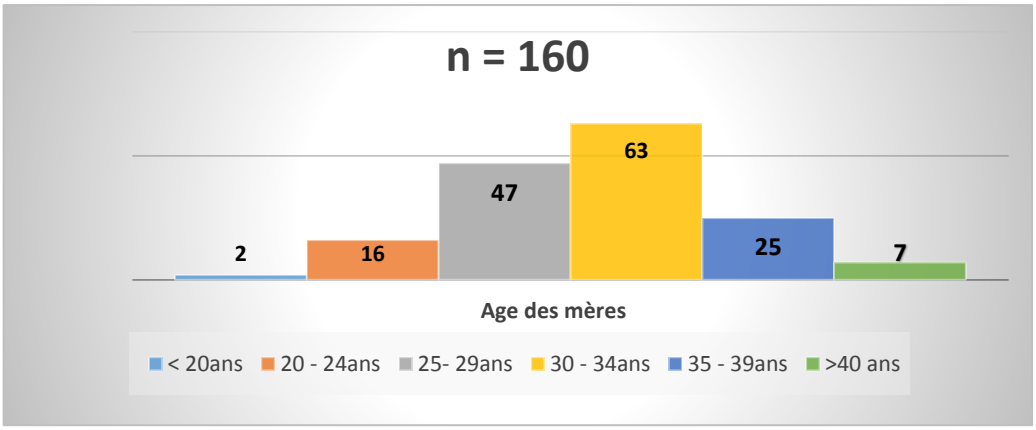


Figure 4: **Répartition de l'âge des mères incluses dans l'étude (n=160)**

- *Tabac :*

On constate, parmi la population représentée, que 86, 3% (n= 138) des patientes ne consomment pas de tabac au cours de leur grossesse et 7,5% (n = 12) des femmes consommaient régulièrement du tabac au cours de la grossesse. Enfin, la consommation de tabac n'était pas renseignée dans le dossier pour 10 patientes, soit 6,3%.

- *Catégories socio-professionnelles des mères :*

Afin de définir les différentes catégories socio-professionnelles, l'utilisation de la nomenclature des PCS de 2003 établie par l'INSEE a été utilisée ***(32).*** Parmi notre population (n=160), 42,55% des femmes font parties des cadres et professions intermédiaires (médecins, cadres, professeurs des écoles, infirmières …) et 26,32% sont employées. De plus, 44 femmes n'ont aucune activité professionnelle.

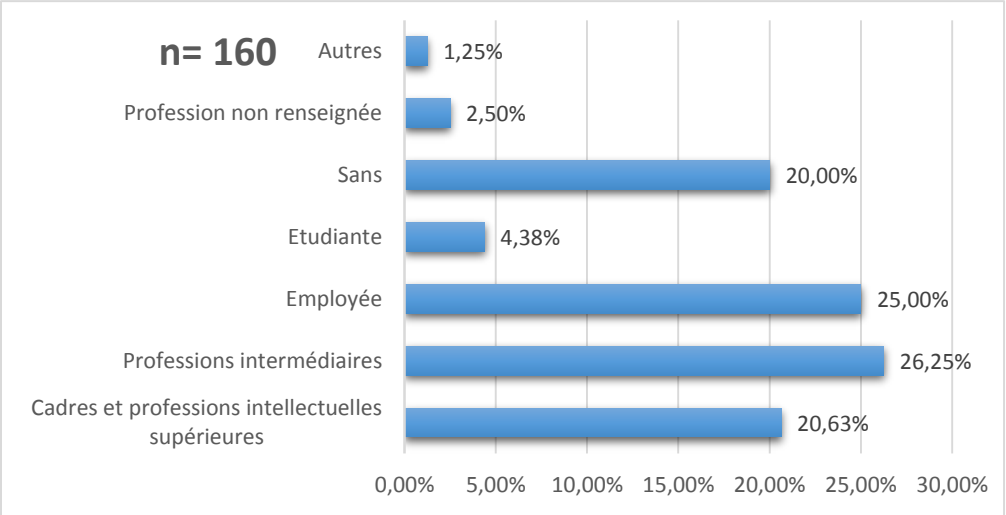


Figure 5 : **Catégorie socio-professionnelles des mères allaitantes (n=160)**

- *Parité et expérience antérieure d'allaitement :*

Dans la population représentée, il y avait 45,6% de primipares (n= 73) et 54,38% de multipares (n= 87). Parmi les multipares, 83,9% ont déjà allaitées leurs précédents enfants contre 16,1% pour lesquelles cet allaitement est leur première expérience.

- *Mode d'accouchement :*

Parmi les 160 patientes de la population de l'étude, 80% ont accouchées par voie basse et 20% ont eu recours à une césarienne, soit en urgence, soit programmée en fonction d'une indication maternelle ou fœtale. 95,1% des enfants (n= 162) sont nés d'une présentation eutocique, le sommet. Enfin, environ 4,9% des enfants sont nés en présentation dystocique (siège complet, siège décomplété, bregma).

- *Grossesses simples et multiples :*

Dans notre population, 158 femmes étaient enceintes de singletons. 2 femmes, soit 1,3% attendaient des jumeaux. Durant la période d'étude, 3 patientes ont accouché de jumeaux, mais une patiente a été perdue de vue.

- *Sexe des enfants allaités :*

Sur les 162 enfants présents dans notre étude, 58% sont de sexe masculin (n = 94), et 42% sont de sexe féminin (n=68)

- *Préparation à la naissance et à l'accouchement*

Parmi notre population (n=160), 53,1% (n=85) ont participé à des séances de préparation à la naissance et à l'accouchement. Sur ces 85 femmes, 70 ont reçu un cours spécifique concernant l'allaitement maternel contre 15 femmes qui n'ont pas eu ce cours.

75 patientes n'ont pas participé aux cours de préparation à la naissance et à l'accouchement, soit 46,9%. 59 patientes étaient multipares contre 16 patientes primipares. Les multipares ont déclaré ne pas en ressentir le besoin.

- *Age gestationnel :*

La médiane de l'âge gestationnel se situe à 40 semaines d'aménorrhées. On observe un minimum à 33 semaines d'aménorrhées et un maximum à 42 semaines d'aménorrhées. Sur les 162 enfants, 95,1% sont à terme (n=154), soit plus de 37 SA contre 4,9% d'enfants prématurés, soit 8 enfants prématurés.

- *Poids moyen de naissance :*

La médiane du poids du nouveau-né se situe à 3350 grammes (extrêmes à 1440g et 4600g).

- *Hospitalisation du nouveau-né :*

Parmi les 162 enfants, 23 enfants ont été hospitalisés durant le premier mois d'allaitement, soit 14,2%. 4 ont été hospitalisé dès la naissance et 19 ont été hospitalisé secondairement sur les 4 premières semaines. Néanmoins, seulement 3 enfants prématurés ont été hospitalisés (deux enfants à 35SA, un enfant à 33SA), sur les 8 présents dans notre étude.

1.2. CARACTERISTIQUES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le taux d'allaitement maternel en maternité, dès la naissance, au 3ème jour de vie et à un mois après l'accouchement et de déterminer les facteurs qui influent sur cet arrêt.

Tout d'abord, il est nécessaire de déterminer à quel moment de la grossesse, la mère a choisi un allaitement pour son enfant, afin d'évaluer ensuite, si cela influe sur un arrêt précoce de l'allaitement.

- *Moment de la décision d'allaiter :*

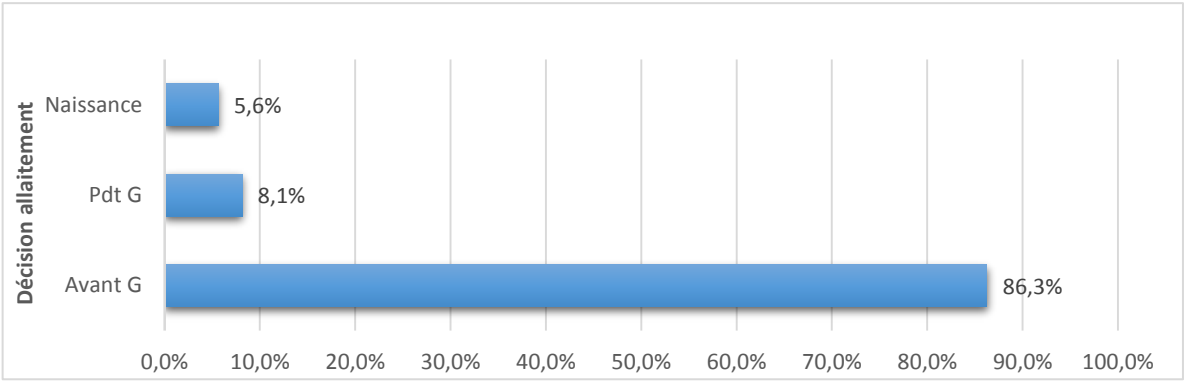


Figure 6: **Moment de décision de l'allaitement au cours de la grossesse (n = 160)**

Le moment de choix d'allaitement des mères permet de définir la motivation de celles-ci quant à allaiter leur enfant. Parmi la population (n=160), 86,3% déclarent avoir pris la décision d'un allaitement pour leur enfant avant la grossesse. 13 patientes déclarent avoir pris leur décision au cours de la grossesse, à partir d'informations reçues au cours de leurs consultations. Enfin, 5,6% ont décidé d'allaiter à la naissance.

- *Raisons ayant motivés l'allaitement :*

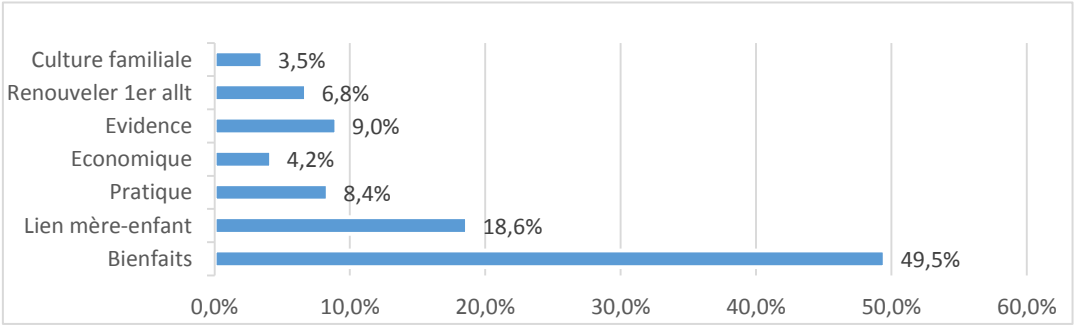


Figure 7 : **Raisons ayant motivés l'allaitement**

Les réponses à cette question pouvaient être multiples, mais 96,3% des femmes considèrent les bienfaits nutritionnels pour l'enfant comme la raison première de leur allaitement suivi par l'enrichissement de la relation mère enfant à 36%.

- *Evolution du taux d'allaitement de la naissance au premier mois*

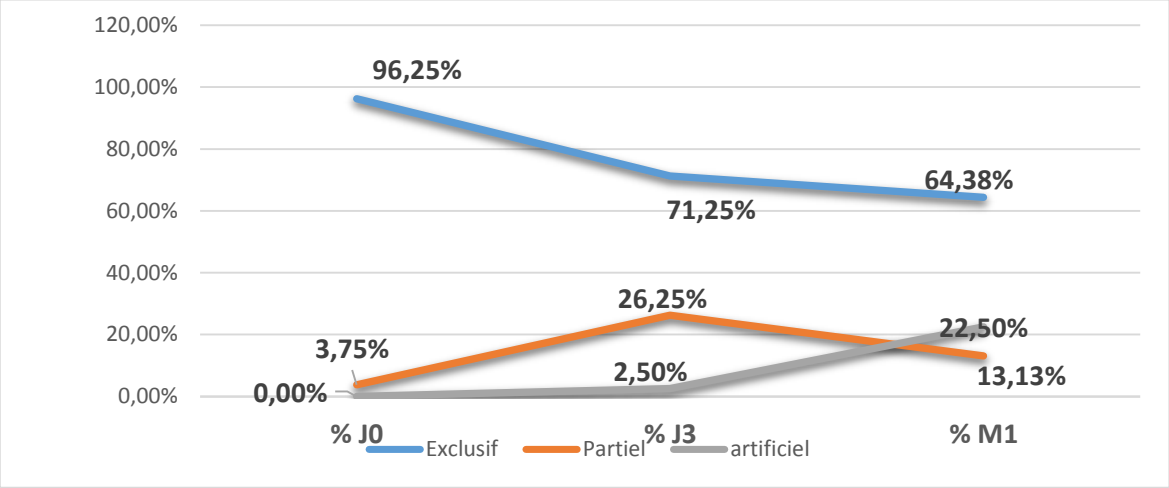


Figure 8 : **Pourcentage d'évolution du taux d'allaitement à J0, J3 et au premier mois**

Parmi les mères allaitantes, la majorité d'entre elles avaient décidé d'allaiter exclusivement leur enfant par le lait maternel dès la naissance. 96,25% nourrissent leur enfant par le sein contre 3,75% par un allaitement partiel alternant lait maternel et lait artificiel.

Au cours du séjour, le taux d'allaitement exclusif chute de plus de 25% en 3 jours.

Sur le premier mois de vie, le taux d'AM est notre objectif principal. Sur près de 96% d'allaitement exclusif à la naissance, le taux chute à 64,38% après un mois de vie. De plus, le taux d'allaitement partiel chute également à 13,13%.

Le taux d'allaitement artificiel est en corrélation avec la chute du taux d'allaitement exclusif et partiel et atteint 22,5% au premier mois.

77,5% des patientes déclarent poursuivre l'allaitement maternel exclusif ou partiel à un mois, contre 22,5% des patientes qui déclarent avoir totalement arrêté de nourrir leur enfant par le sein, et donner le biberon à leur enfant

- *Moment de l'arrêt :*

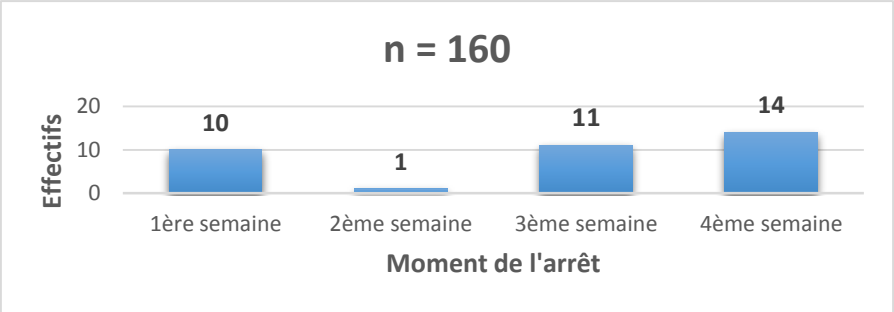


Figure 9 : **Moment de l'arrêt de l'allaitement**

Concernant la période d'arrêt de l'allaitement maternel, 10 patientes ont arrêté lors de la première semaine, notamment pendant le séjour en maternité. La majorité des patientes ayant abandonné l'allaitement maternel exclusif ou partiel (n = 36) ont arrêté à la fin du premier mois.

- *Utilisation d'un tire-lait pendant l'allaitement :*

123 patientes, soit 76,9% des mères ont utilisé un tire-lait au cours de l'allaitement contre 23,1% (n= 37) qui n'en n'ont pas eu le besoin.

- *Utilisation de compléments :*

Sur les 162 enfants présents dans notre population, 46,3% (n=75) ont reçu des compléments de lait artificiel et 53,7% (n= 87) n'en n'ont pas eu l'utilité.

- *Avenir de l'allaitement :*

Parmi les patientes ayant poursuivies leur allaitement maternel, soit 123 patientes, 38,2% déclarent vouloir poursuivre leur allaitement plus de 6 mois. 23,6% des femmes pensent poursuivre jusqu'au 6 mois de l'enfant et 19,5% pensent arrêter vers le 3ème mois, dû à la reprise du travail. Enfin, 18,7%, soit 23 patientes, déclarent vouloir allaiter le plus longtemps possible, mais n'ont pas d'objectif particulier.

1.3. FACTEURS INFLUENCANT L'ARRET PRECOCE AU PREMIER MOIS

Tableau I : Facteurs d'arrêt de l'allaitement au cours du séjour

CRITERES	Mères continuant l'allaitement à J3 (n = 156)	Mères ayant arrêté l'allaitement à J3 (n = 4)	p <ou égal 0,1
Age des femmes :			
18 – 24 ans	17 (10,9%)	1 (25%)	
25 – 29 ans	46 (29,5%)	1 (25%)	p= 0,6
30 – 35 ans	61 (39,1%)	2 (50%)	
>35 ans	32 (20,5%)	0 (0%)	
Profession :			
Cadres et professions intermédiaires	73 (46,8%)	2 (50%)	
Sans activité professionnelle	38 (24,4%)	1 (25%)	p= 1
Autres professions	45 (28,8%)	1 (25%)	
Mode d'accouchement :			
Voie basse	124 (79,5%)	4 (100%)	
Césarienne	32 (20,5%)	0 (0%)	p= 0,53
Antécédents d'allaitement :			
Oui	73 (46,8%)	0 (0%)	p = 0,12
Non	83 (53,2%)	4 (100%)	
Parité :			
Primipares	72 (46,2%)	1 (25%)	p = 0,62
Multipares	84 (53,8%)	3 (75%)	
Origine :			
Française	142 (91,0%)	4 (100%)	p = 1
Hors CEE	14 (9,0%)	0 (0%)	
Poids de l'enfant : n=162			
<2500g	6 (3,8%)	0 (0%)	p=1
>= 2500g	152 (96,2%)	4 (100%)	
Moment de décision de l'allaitement :			
Décision d'allaiter avant la grossesse	135 (86,5%)	3 (75%)	p = 0,44
Décision allaiter pdt ou à la naissance	21 (13,5%)	1 (25%)	
Tabac : n =146			
Oui	10 (6,8%)	2 (50%)	**p= 0,03**
Non	136 (93,2%)	2 (50%)	
Terme : (n = 162)	**n= 158**	**n=4**	
Enfants prématurés	8	0	p= 1
Enfants à terme	150	4	
Sexe : (n = 162)	**n= 158**	**n= 4**	
Garçon	92	2	p= 1
Fille	66	2	
Déclenchement :			
Oui	40 (25,6%)	1 (75%)	p = 1
Non	116 (74,4%)	3 (25%)	
Anesthésie :			
APD	59 (37,8%)	3 (75%)	
PCEA	45 (28,8%)	1 (25%)	
Rachi	21 (13,5%)	0 (0%)	p= 0,68
AG	2 (1,3%)	0 (0%)	
Sans	29 (18,6%)	0 (0%)	
Episiotomie :			
Oui	23 (14,7%)	0 (0%)	p= 1
Non	133 (85,3%)	4 (100%)	
Extractions instrumentales :			
Oui	17 (10,9%)	0 (0%)	p= 1
Non	139 (89,1%)	4 (100%)	
Première tété en salle :			
Oui	95 (60,9%)	2 (50%)	p= 0,6
Non	61 (39,1%)	2 (50%)	
Difficultés d'allaitement :			
Oui	105 (67,3%)	4 (100%)	p= 0,3
Non	51 (32,7%)	0 (0%)	

Tableau I (Suite) *:* **Facteurs d'arrêt de l'allaitement au cours du séjour**

CRITERES	Mères continuant l'allaitement à J3 (n = 156)	Mères ayant arrêté l'allaitement à J3 (n = 4)	p <ou égal 0,1
Complément de lait artificiel : n=162	**n=158**	**n=4**	**p= 0,04**
Oui	71 (44,9%)	4 (100%)	
Non	87 (55,1%)	5 (0%)	
Tire lait :			
Oui	121 (77,6%)	2 (50%)	p= 0,2
Non	35 (22,4%)	2 (50%)	
Informations allaitement au cours de la grossesse :			
Oui	107 (68,6%)	2 (50%)	p=0,59
Non	49 (31,4%)	2 (50%)	
Préparation à la naissance :			
Oui	84 (53,8%)	1 (25%)	p=0,36
Non	72 (46,2%)	3 (75%)	
Conseils reçus :			
Oui	133 (85,3%)	4 (100%)	p=1
Non	23 (14,7%)	0 (0%)	
Contacts :			
Oui	94 (60,3%)	4 (100%)	p=0,15
Non	62 (39,7%)	0 (0%)	
Moyens de soutien :			
Professionnels	61 (39,1%)	4 (100%)	
Conjoint	44 (28,2%)	0 (0%)	p=0,22
Famille	27 (17,3%)	0 (0%)	
Personne	24 (15,4%)	0 (0%)	

Au cours du séjour, deux facteurs ont été retrouvé comme significatif. Il s'agit du tabac et de l'introduction de complément de lait artificiel. Cela signifie que les femmes qui fument ont un risque supplémentaire d'arrêter l'allaitement prématurément ($p = 0,03 < 0,1$), tout comme les patientes ayant introduit des compléments de lait artificiel ($p=0,04$)

Tableau II : Facteurs d'arrêt de l'allaitement au cours du premier mois

CRITERES	Mères continuant l'allaitement à M1 (n = 124)	Mères ayant arrêté l'allaitement à M1 (n = 36)	p <ou égal 0,1
Age des femmes :			
18 – 24 ans	12 (9,7%)	6 (16,7%)	
25 – 29 ans	39 (31,5%)	8 (22,2%)	p= 0,53
30 – 35 ans	48 (38,7%)	15 (41,7%)	
>35 ans	25 (20,2%)	7 (19,4%)	
Profession :			
Cadres et professions intermédiaires	60 (48,4%)	15 (41,7%)	
Sans activité professionnelle	33 (26,6%)	6 (16,7%)	
Autres professions	31 (25%)	15 (41,7%)	p= 0,12
Mode d'accouchement :			
Voie basse	103 (83,1%)	25 (69,4%)	
Césarienne	21 (16,9%)	11 (30,6%)	**p= 0,07**
Antécédents d'allaitement :			
Oui	61 (49,2%)	12 (33,3%)	**p = 0,09**
Non	63 (50,8%)	24 (66,7%)	
Parité :			
Primipares	56 (45,2%)	17 (47,2%)	
Multipares	68 (54,8%)	19 (52,8%)	p = 0,82
Origine :			
Française	111 (89,5%)	35 (97,2%)	p = 0,19
Hors CEE	13 (10,5%)	1 (2,8%)	
Poids de l'enfant : **n=162**			
< 2500 g	4 (3,2%)	2 (5,4%)	p=0,62
>= 2500g	121 (96,8%)	35 (94,6%)	
Moment de décision de l'allaitement :			
Décision d'allaiter avant la grossesse	109 (87,9%)	29 (80,6%)	
Décision allaiter pdt ou à la naissance	15 (12,1%)	7 (19,4%)	p = 0,25
Tabac :			
Oui	5 (4,3%)	7 (20,6%)	
Non	111 (95,7%)	27 (79,4%)	**p= 0,005**
Terme : **(n = 162)**	**n= 125**	**n= 37**	
Enfants prématurés	6	2	p= 1
Enfants à terme	119	35	
Sexe : **(n = 162)**	**n= 125**	**n= 37**	
Garçon	71	23	p= 0,56
Fille	54	14	
Déclenchement :			
Oui	32 (26%)	9 (25%)	p = 0,90
Non	91 (74%)	27 (75%)	
Anesthésie :			
APD	49 (39,5%)	13 (36,1%)	
PCEA	38 (30,6%)	8 (22,2%)	p= 0,27
Rachi	13 (10,5%)	8 (22,2%)	
AG	1 (0,8%)	1 (2,8%)	
Sans	23 (18,5%)	6 (16,7%)	
Episiotomie :			
Oui	21 (16,9%)	2 (5,6%)	p=0,1
Non	103 (83,1%)	34 (94,4%)	
Extractions instrumentales :			
Oui	14 (11,3%)	3 (8,3%)	p=0,76
Non	110 (88,7%)	33 (91,7%)	
Première tété en salle :			
Oui	81 (65,3%)	16 (44,4%)	**p= 0,02**
Non	43 (34,7%)	20 (55,6%)	
Difficultés d'allaitement :			
Oui	74 (59,7%)	35 (97,2%)	**p= $3,64^{E}$-6**
Non	50 (40,3%)	1 (2,8%)	
Complément de lait artificiel :			
Oui	43 (34,4%)	32 (86,5%)	**p= $1,47^{E}$-8**
Non	82 (65,6%)	5 (13,5%)	
Tire lait :			
Oui	93 (75%)	30 (16,7%)	p= 0,2
Non	31 (25%)	6 (83,3%)	

Tableau II (Suite) : **Facteurs d'arrêt de l'allaitement au cours du premier mois**

Informations allaitement au cours de la grossesse :			
Oui	88 (71%)	21 (58,3%)	p=0,15
Non	36 (29%)	15 (41,7%)	
Préparation à la naissance :			
Oui	69 (55,6%)	16 (44,4%)	p=0,23
Non	55 (44,4%)	20 (55,6%)	
Conseils reçus :			
Oui	107 (86,3%)	30 (83,3%)	p=0,6
Non	17 (13,7%)	6 (16,7%)	
Contacts :			
Oui	74 (59,7%)	24 (66 ,7%)	p=0,44
Non	50 (40,3%)	12 (33,3%)	
Moyens de soutien :			
Professionnels	46 (37,1%)	19 (52,8%)	
Conjoint	33 (26,6%)	11 (30,6%)	p=0,10
Famille	25 (20,2%)	2 (5,6%)	
Personne	20 (16,1%)	4 (11,1%)	

Les variables pour lesquelles on observe un lien statistique avec l'arrêt précoce de l'allaitement maternel sont :

- Le fait que la mère ait eu une césarienne
- Le fait que la mère n'ait pas allaité ses enfants précédemment
- Le fait que la mère consomme du tabac
- Une première tétée retardée
- Les difficultés d'allaitement ressenties par la patiente.
- La mise en place de compléments de lait artificiel au cours du premier mois.

Tableau III : **Analyse multivariée**

	Analyse multivariée	
	Odds ratio [IC95%]	**P-value**
Variables		
Difficulté d'allaitement	0,07 [0,01 ; 0,58]	0,0134
Compléments de lait artificiel	0,11 [0,04 ; 0,32]	< 0,0001

Les deux seuls facteurs indépendants de poursuite de l'allaitement à un mois sont la difficulté d'allaitement (p=0.0134) et l'usage d'un complément de lait artificiel (p<0.0001).

- *Raisons de l'arrêt précoce (Annexe IV : question 5)*

Parmi les patientes interrogées, 22,5% (n = 36) déclarent avoir totalement arrêté l'allaitement maternel (exclusif ou partiel) et ont instauré une alimentation artificielle pour leur enfant.

Différentes raisons ont été évoquées quant à leur arrêt précoce de l'allaitement maternel :

- Manque de lait
- Difficulté de succion de l'enfant
- Douleurs mammaires
- Perte de poids importante du nouveau-né

1.4. MOYENS DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT

- *Contacts :*

Après la sortie de la maternité, 61,3% (n=98) des patientes de notre étude déclarent avoir contacté un professionnel de santé en cas de difficulté. Un nombre important, soit 62 patientes n'ont contacté aucun professionnel et ont essayé de poursuivre seule leur allaitement.

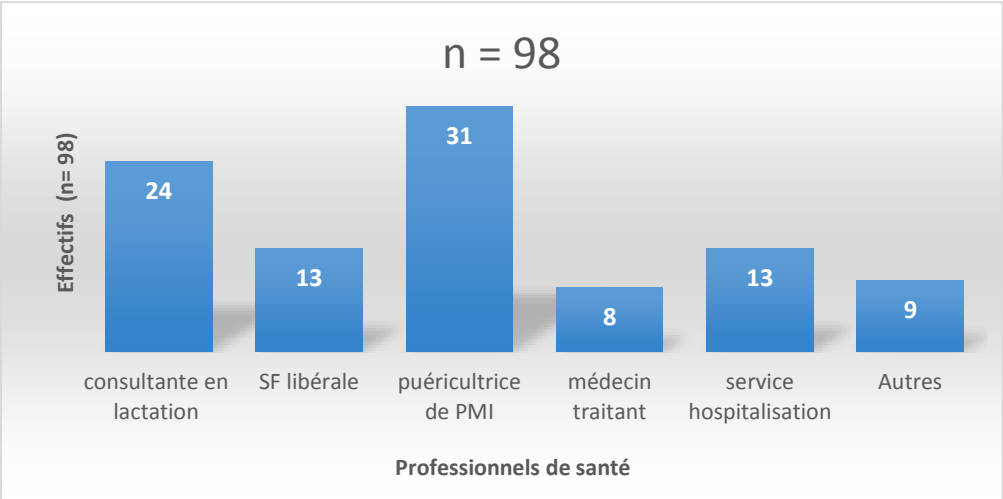


Figure 10: **Les professionnels de santé sollicités pendant l'allaitement**

Parmi les personnes contactées les plus citées, on retrouve :

- Le service de protection maternelle infantile, auquel 31 patientes ont eu recours lors de difficulté avec leur allaitement maternel.
- La consultante en lactation, en particulier par la présence d'une sage-femme consultante en lactation dans le service de suites de naissance qui laissait ses coordonnées.

- Enfin, les sages-femmes libérales ont également été sollicitées, ainsi que les services d'hospitalisation de maternité et pédiatriques.
- Dans la catégorie « Autres », on retrouve notamment les patientes qui ont contacté la pharmacie ou les associations.

- *Moyens de soutien :*

Enfin, une question au sein de notre questionnaire demandait « La personne ou le professionnel ayant été le meilleur soutien ».

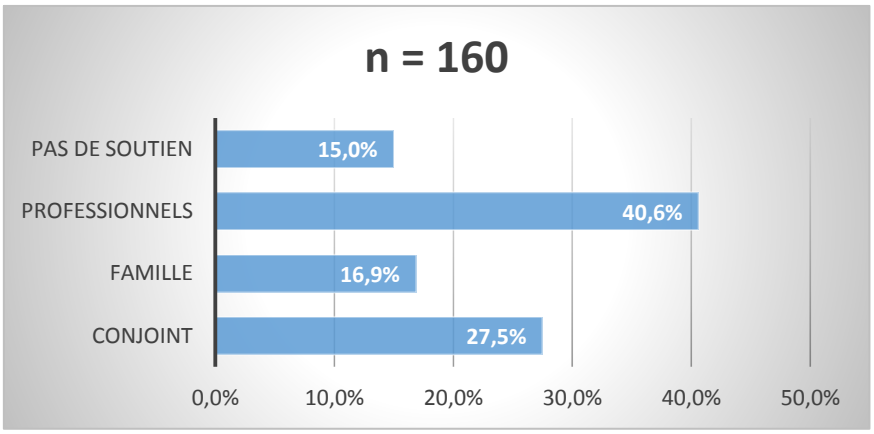


Figure 11: **Moyens de soutien des femmes au cours de leur allaitement**

A cette question, plus de 40% des femmes déclarent avoir été soutenues par un professionnel de santé, que ce soit lors de leur séjour en maternité, ou à leur retour à domicile. 27,5% estiment avoir réussi la poursuite de leur allaitement grâce à la présence de leur conjoint et à son investissement. Enfin, 16,9% disent avoir été aidé par leur famille et 15% déclarent n'avoir reçu aucune aide.

TROISIEME PARTIE :

DISCUSSION

Nous allons maintenant discuter des résultats observés dans notre étude afin de les comparer aux résultats obtenus dans la littérature.

L'objectif principal est d'évaluer le taux d'allaitement maternel au premier mois de vie des enfants de plus de 33SA, ainsi que les facteurs pouvant influer sur un arrêt précoce.

Notre étude prospective, monocentrique, observationnelle, transversale, a été réalisée au Centre hospitalier universitaire d'Amiens-Picardie, sur la période du 8 août au 30 novembre 2016.

HYPOTHESE N°1 : Le taux d'allaitement de notre étude est similaire aux données présentes dans la littérature

- *Comparaison aux données de la littérature*

Afin de connaitre le taux d'allaitement au niveau national, les études de 2010 à 2012 étaient multicentriques. Elles ont inclus les maternités de France.

Notre étude s'est déroulée au sein du Centre Hospitalier d'Amiens Picardie, afin de connaitre le taux à un mois de l'allaitement et le suivi des patientes.

228 couples mères–enfants ont été inclus dans l'étude. 98,2% de participation des mères à la maternité. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes n'osaient pas refuser de participer lorsque l'investigateur les voyait en service de suites de naissance.

Au sein de l'étude Epifane ***(17)***, 81% des mères (n=3386) ont accepté de participer à cette étude et 83% ont été suivi jusqu'au 12 mois de l'enfant. Le taux de participation en maternité est inférieur à celui retrouvé dans notre étude mais cela s'explique par un faible taux d'inclusion au sein de notre étude.

Dans notre étude, 70,18% des femmes ont été suivi et ont été recontactées le mois suivant l'accouchement. Peu de femmes ont refusé de participer en maternité mais le taux de perdue de vue à 1 mois est de 29%. Dans Epifane, en 2012 le taux de perdue de vue est de 9,5% au premier mois de l'enfant.

Le taux d'allaitement initié au CHU d'Amiens durant la période de notre étude est de 59,94%. Ce taux est similaire au taux national. Notre échantillon est inférieur aux échantillons nationaux car 160 patientes sont incluses. Le taux d'allaitement maternel

(exclusif et partiel) initié en 2011 en France était de 69,7% et de 74% en 2012. Et selon l'enquête périnatale de 2010, le taux d'allaitement initié en France est de 68,7%. ***(17) (18) (15)***

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%.

Déjà en 2003, l'ENP 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. ***(14)***

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. *(Annexe V)*

En 2010, l'ENP ne montre pas d'évolution de l'allaitement concernant la région picarde. En effet, il est déclaré que l'allaitement au sein, entièrement ou partiellement, suit de fortes variations de 59 % dans l'Est du Bassin parisien, le Nord et l'Ouest à 78 % à Paris et 80 % dans la Petite Couronne.

Dans notre échantillon, 96,25% des mères allaitent exclusivement leur enfant à la naissance contre 3,75% partiellement. Le taux d'allaitement exclusif chute de 25% au cours du séjour. Cela peut s'expliquer par la mise en place de compléments pour retard de la montée de lait chez les patientes. Ce problème se poursuit à la maison en sortie de maternité, et induit des difficultés pour l'enfant à reprendre le sein.

Ainsi, il serait souhaitable de proposer une consultation (systématique) par une sage-femme libérale ou un spécialiste de la lactation, dans les jours suivants le retour à la maison. Cette consultation permettrait de vérifier la poursuite de l'allaitement et la prise de poids de l'enfant.

A un mois, nous avons 64,3% des mères qui allaitent exclusivement et 13,1% qui allaitent partiellement. Ce taux est similaire à ceux retrouvés dans les études nationales et départementales. En effet, une étude a été réalisée en 2015 par l'association « Bien naitre en Somme ». 62% des femmes allaitaient exclusivement leur enfant, 16,7% partiellement et environ 20% avaient totalement arrêtées l'allaitement. On retrouve une majorité des patientes arrêtant la première semaine suivant la naissance, et la 4ème semaine, en corrélation avec les résultats de notre étude (Résultats du « jeudi de l'allaitement » du Réseau périnatal de Picardie – 2015)

Le taux d'allaitement maternel de notre étude, diminue dans le temps au profit de l'alimentation artificielle (passant de 2,5% à J3 à 22,5% à un mois). Cependant, dans notre étude, l'AM reste le mode d'alimentation le plus utilisé pendant le premier mois.

Enfin, il aurait été intéressant de poursuivre cette étude jusqu'au 6ème mois de l'enfant afin d'évaluer si la durée de l'allaitement maternel au sein de la maternité du CHU d'Amiens-Picardie est en corrélation avec les recommandations actuelles de l'OMS. Un entretien téléphonique aurait été effectué à 3 mois et à 6 mois. Les résultats auraient pu être comparés aux études nationales Elfe et Epifane qui ont réalisé cette procédure ***(17) (18)***

Le taux d'allaitement observé dans notre étude est bien similaire à celui retenu dans la littérature.

- Les *scores de prédiction du sevrage précoce dans la littérature*

Dans la littérature étrangère sont présentés des « breastfeeding assessment tool » (outil d'estimation de l'allaitement). Ce sont des scores de prédiction du risque de sevrage de l'allaitement maternel. Leur but est de dépister les mères à risque de sevrage précoce afin de leur proposer du soutien adapté.

Tout d'abord, il existe le BAS (Breastfeeding Assessment Score). Il a été mis au point en 2002. Son but est de prédire le risque de sevrage entre 7 et 10 jours de vie de l'enfant en calculant un score à partir de 8 variables

Tableau III : **Le score de prédiction BAS (Breastfeeding Assesment Score)**

BAS	**Score**		
Variables	**0**	**1**	**2**
Age maternel	< 21 ans	21 à 24 ans	> 24 ans
Expérience antérieure d'allaitement	échec	aucune	Succès
Difficultés de tétées pendant le séjour à la maternité	À chaque tétée	À la moitié de la tétée	< 3 tétées
Intervalles entre les tétées	> 6 h	Entre 3 et 6 h	< 3 h
Nombre de compléments donnés à la maternité	≥ 2	1	0

Les auteurs ont retenus qu'un BAS à 10 signifie qu'à 7-10 jours de vie, la mère a toutes les chances de poursuivre son allaitement et un BAS < 8 représente un risque élevé de sevrage précoce.

Ce score a été essayé en France, mais l'essai n'a pas été concluant.

Ensuite, le score LATCH est très utilisé dans les maternités américaines. Ce score est basé sur l'observation et la description d'un allaitement efficace, évaluant 5 caractéristiques. Chacun de ces critères est coté de 0 à 2. La valeur est alors obtenue par la somme des points avec un maximum de 10 points. L'évaluation se fait dans les 16 à 72h du post-partum ***(34)***

Tableau IV : **Le score de prédiction LATCH**

	0	**1**	**2**
L : Latch (tétée du mamelon)	Trop endormi ou peu disposé Ne réussi pas à téter	Tentatives répétées Prise du mamelon dans la bouche Succion à la stimulation	Prend le sein Langue en bas Lèvres éversées Succion rythmée
A : Audible swallowing (bruit de la tétée	Aucun	Quelques uns quand stimulation	Spontané et intermittent < 24 h de vie ; spontané et fréquent > 24 h de vie
T : Type of nipple (type de mamelon)	Ombiliqués	Plats	Ressortis (après stimulation)
C : Comfort breast/nipple (confort sein/mamelon)	Engorgement Crevasses profondes ± saignements Inconfort sévère	« Pleins » Petites crevasses, gerçures, mamelons rouges Inconfort léger à modéré	Souples Mamelons non fragilisés
H : Hold (besoin d'aide de la mère)	Aide très importante (le professionnel de santé met le bébé au sein)	Aide minimum, le professionnel de anté l'aide pour un sein puis elle fait l'autre côté.	Besoin, d'aucune aide Mère capable de mettre son bébé au sein et de le positionner

Cependant, d'après l'étude de Kumar réalisée en 2004, le score LATCH est un mauvais prédicteur de la durée de l'allaitement maternel. Les mères ayant un score à 9 entre

16 et 24h du post-partum ont seulement 1,7 fois plus de chance d'allaiter encore à 6 semaines que celles ayant un score inférieure ***(35)***

Il faudrait mettre au point des scores de prédiction de sevrage de l'allaitement maternel au sein de notre région, afin de prévenir et d'apporter un soutien adapté aux patientes. Un score serait réalisé au cours du séjour après avoir observé l'initiation de l'allaitement. Un second score au cours du premier mois pourrait permettre une durée prolongée de l'allaitement. Ceci reste une hypothèse.

HYPOTHESE N°2 : Le mode d'accouchement, le tabac, le niveau socio-économique et la prématurité influent sur la durée de l'allaitement maternel

Une politique efficace de promotion de l'allaitement nécessite de mieux connaître les facteurs influençant la durée d'allaitement. Il est essentiel de connaitre les caractéristiques de notre population afin d'évaluer notre prise en charge en terme de suivi de l'allaitement maternel.

La majorité des femmes de notre étude ont accouché par les voies naturelles, environ 80%. Un tiers des patientes ayant accouchée par césarienne ont arrêté leur allaitement maternel au cours du premier mois. La majorité déclare avoir eu des difficultés de mise en route de l'allaitement. La césarienne peut engendrer un retard de la montée de lait. En tant que professionnel, nous nous devons d'être vigilant avec ces patientes ayant eu recours à la césarienne. Dans l'étude Elfe (2011), les enfants nés par césarienne sont moins fréquemment allaités de façon exclusive ou partielle. En revanche, il n'est pas retrouvé de lien de causalité entre l'arrêt précoce de l'allaitement et ce mode d'accouchement.

Au sein de notre population, 7,5% des femmes (n=12) ont consommé du tabac au cours de la grossesse. Plus de la moitié d'entre elles ont arrêtées l'AM au premier mois. Un lien de causalité a été mis en évidence dans nos résultats. Seulement, ce lien est difficile a démontré puisque notre échantillon de femmes fumeuses est faible dans notre étude. Il est de même pour l'étude Elfe et Epifane. Les femmes consommant du tabac pendant la grossesse initiaient moins fréquemment un allaitement maternel en maternité. Lorsqu'elles

allaitaient leur enfant, la durée était moindre. En revanche, aucun lien de causalité n'a été retrouvé entre l'arrêt prématuré et la consommation de tabac.

44,2% des mères incluses au sein de notre étude sont cadres ou de professions intermédiaires (médecins, cadres, professeurs des écoles, infirmières). Au sein de l'étude Elfe, 81,3% des femmes exerçaient une profession en tant que cadre, profession intellectuelle supérieure et profession intermédiaire. Le taux est supérieur à celui retrouvé dans notre étude étant donné notre faible nombre de patiente. Néanmoins, on s'aperçoit que les femmes de haut niveau socio-économique allaitent plus fréquemment. Elles poursuivent toujours leurs enfants au cours du premier mois dans notre étude. (48,4%)

Les femmes illettrées ou d'origine étrangère, dans l'impossibilité de donner un consentement écrit n'ont pu être interrogées, ce qui pondère nos résultats quant à l'influence des catégories socio-professionnelles. Malgré tout, 92,8% des patientes d'origine étrangère ont continué l'allaitement maternel au-delà du premier mois, au sein de notre étude. Le fait d'être d'origine étrangère joue un rôle favorable pour l'allaitement maternel, puisque c'est pour elle une façon de suivre leur culture familiale.

Comme d'autres auteurs, nous avons relevé que la décision du choix de l'alimentation de l'enfant à naitre s'effectuait bien avant la grossesse. Cela pourrait expliquer le peu d'impact de l'information sur l'allaitement donnée pendant la grossesse par les professionnels.

La période préconceptionnelle pourrait être propice à la promotion de l'allaitement maternel et permettre aux professionnels de santé de prendre également en compte le père en l'incluant dans les actions d'informations et de soutien.

Enfin, concernant les nouveau-nés prématurés, 8 enfants étaient inclus dans l'étude. Les trois quarts d'entre eux ont reçu un allaitement maternel au-delà du premier mois. 2 patientes ont arrêté précocement l'AM. On s'aperçoit que la majorité de ces enfants n'a eu aucune difficulté pour la poursuite de l'allaitement maternel. Nous ne pouvons démontrer que les enfants prématurés ont des difficultés au cours de l'allaitement puisque notre effectif de cette population est faible au sein de notre échantillon.

Cette hypothèse est donc en partie validée. Le tabac serait un facteur de risque de l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. Néanmoins, pour les autres facteurs, les résultats

ne sont pas significatifs et nous ne pouvons démontrer un lien de causalité en faveur d'un sevrage précoce de l'allaitement.

HYPOTHESE N°3 : Les mères connaissent les moyens de soutien à l'allaitement

Une fois le retour à la maison, un soutien est nécessaire afin d'assurer la bonne poursuite de l'allaitement. Les mères ont besoin d'un soutien de leurs proches (conjoint, famille ou toute autre personne pouvant les rassurer). Mais lorsqu'elles se trouvent en difficulté, elles se tournent vers les professionnels de santé. Environ 85% de notre population (n=160) a reçu un soutien au cours de leur allaitement dont 61% des femmes ont contacté un professionnel de santé.

Dans la majorité des cas, des adresses et des numéros de téléphone sont donnés aux mères à la fin de leur séjour à la maternité (61%), notamment la PMI du secteur (31,6%), et la consultante en lactation du service (42,9%).

Néanmoins, En France, peu d'études récentes se sont intéressées aux soutiens de l'allaitement.

Une étude américaine, a montré que 67% des femmes ayant bénéficié de visites à domicile dans les premières semaines suivant le retour à la maison, allaitaient encore exclusivement à 3 mois contre 12% de celles de l'autre groupe. Après 3 visites, 50% des femmes allaitaient à 3 mois ***(36).***

Le soutien est donc indispensable pour prévenir les risques d'arrêt précoce. Cependant, plus de 3 visites à domicile parait difficile à mettre en place en France. Les sages-femmes libérales peuvent pratiquer le PRADO (programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation) afin de soutenir les femmes à la mise en place de l'allaitement au cours de visites à domiciles. Seulement, deux visites sont proposées : le lendemain de la sortie et 48h après la première visite. Il est difficile pour ces professionnels de voir toutes les femmes, notamment à plusieurs reprises en raison de leurs activités conséquentes. Néanmoins, la sécurité sociale rembourse les deux visites. Le financement d'autres visites reste problématique. Les patientes souhaitant une aide supplémentaire devront prendre en charge les visites suivantes.

En France, une étude a été réalisée au centre hospitalier de Chambéry en 2002. Son but était de décrire l'impact d'une consultation systématique dans les 15 jours suivant l'accouchement. Cette étude a montré que 83% des femmes ayant eu la consultation allaitaient encore à un mois contre 72% des femmes du groupe témoin. La durée médiane de l'allaitement était également augmentée : 18 semaines contre 13 semaines. Les médecins qui consultaient avaient préalablement reçu un enseignement de 5 heures. ***(25)***

Cette consultation rapide, permettrait de prévenir l'arrêt prématuré des allaitements maternels. La consultation post-natale entre 6 et 8 semaines après l'accouchement étant trop tardive pour prévenir les arrêts précoces de l'allaitement maternel.

Le père de l'enfant a un impact important sur la décision d'allaiter ou non que prendra la mère, et sur la durée de l'allaitement. Une étude de 2005 a réparti les pères en 2 groupes. Chaque père du groupe intervention a bénéficié d'une entrevue individuelle d'en moyenne 40 mn, pendant laquelle la pratique de l'allaitement a été discutée, et les principaux problèmes susceptibles de se poser ont été abordés. Les pères du groupe témoin ont également eu une entrevue pour discuter des soins à donner aux enfants en général, pendant laquelle l'allaitement était abordé, mais uniquement de façon théorique. 91% des mères du groupe étudié disaient que leur compagnon les avait efficacement soutenues dans leur allaitement, contre 34% des mères du groupe témoin. La prévalence de l'allaitement complet à 6 mois était de 25% dans le groupe étudié et de 15% dans le groupe témoin.

Soit, inclure les pères au sein des entretiens prénataux du 4ème mois, et aux cours de préparations à l'accouchement permettraient un soutien optimal pendant l'allaitement. Beaucoup de pères sont peu informés du rôle qu'ils peuvent jouer au sein de l'allaitement maternel. Dans notre étude, le conjoint faisait partie intégrante des personnes ayant données le plus de soutien à la mère allaitante. Il aurait été intéressant de questionner également les pères qui influencent certainement le choix de leur compagne.

La formation du personnel pour l'aide à l'allaitement maternel est largement répandue. Alors que la promotion de l'allaitement maternel est l'un des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS), la plupart des maternités ont formé la majorité du personnel à cette pratique. Un établissement sur trois forme systématiquement ses nouvelles recrues sur l'allaitement et quatre établissements sur dix proposent régulièrement une formation spécialisée sur cette question aux professionnels en place (pédiatres, sages-femmes, auxiliaires de puériculture et puéricultrices). Six maternités sur dix disposent d'une

personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service, le plus souvent une consultante en lactation appartenant à l'équipe de la maternité. La moitié des maternités de type III dispose ainsi de leur propre consultante, contre le quart de celle de type I. Après la sortie de la maternité, plus de huit établissements sur dix indiquent que la personne référente peut toujours être contactée ou consultée.

Une étude de la Cochrane publiée en février 2017, a évalué la prise en charge des mères allaitantes. 56451 couples mères-enfants ont été inclus dans cette étude et provenaient de 21 pays différents. Toutes les formes de prise en charge supplémentaire analysées montraient une augmentation de la durée de l'allaitement quel qu'il soit. La prise en charge supplémentaire par les aidants ou les professionnels avait un effet positif sur la durée de l'allaitement. Cette indication signifie que les femmes doivent pouvoir bénéficier de visites prévisibles, planifiées et permanentes. Toutes les femmes doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge pour allaiter leurs bébés afin d'augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Des efforts visant à augmenter le recours à l'allaitement doivent être implantés. ***(33)***

Au CHU Amiens-Picardie, un café allaitement a été initié depuis novembre 2016. Il s'agit d'une réunion des femmes allaitantes autour de l'allaitement afin de diminuer les peurs et de répondre à leurs attentes. Cette réunion a lieu une fois par mois. Des patientes de notre étude y ont participés. Elles déclarent que ce moment est un moyen de se sentir soutenu et entendu par d'autres mères dans la même situation. Néanmoins, les mères, par entretien téléphonique, demandent à ce que cette réunion soit organisée au cours du séjour, moment durant lequel les questions sont abondantes. Enfin, malgré l'institution de ce moyen de soutien et de promotion à l'allaitement maternel, une réunion mensuelle permet peu de prévenir les risques d'arrêt d'allaitement prématurés. Instaurer une réunion hebdomadaire permettrait le suivi des patientes sur le long terme et de remédier aux difficultés rencontrées.

Enfin, la protection maternelle infantile (PMI) apparait dans notre étude, comme un premier recours à la sortie de maternité en cas de difficultés d'allaitement.

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.

En décembre 2015, l'association « Bien naitre en Somme » a effectué une étude sur les arrêts de l'allaitement maternel au cours du premier mois, du troisième et du sixième mois. Cette étude fut réalisée de façon anonyme sur les femmes domiciliées dans le département de la Somme et débutant un allaitement à la maternité. Cette enquête fut réalisée sur une période de 6 semaines au sein de 4 maternités : CHU d'Amiens-Picardie, Pôle Femme-Enfant de Pauchet, CH Abbeville et CH Péronne. A 1 mois de vie, les résultats montrent un allaitement exclusif à 62%, un allaitement partiel à 16,77% et un arrêt prématuré de l'allaitement de 20,8%.

Les raisons invoquées de l'arrêt de l'allaitement sont principalement : manque de lait, lait pas assez nourrissant, petits poids, difficulté à la succion, crevasses ou manque d'envie. 51 % des patientes n'ont pas contacté de professionnel parce qu'elles n'en ont pas eu besoin.

A 3 mois, le taux d'allaitement exclusif passe de 62% à 1 mois à 28% au cours du 3ème mois, soit un arrêt d'allaitement qui passe de 20,8% à 41,8%.

1.5. Critiques de l'étude

1.5.1. Points forts

Concernant cette étude, différents points forts ont été observés :

- Tout d'abord, l'arrêt prématuré et le suivi des patientes au cours du premier mois de l'enfant est un sujet rarement traité, et peu dans notre région
- Un pré-test de la distribution des lettres pour accord, et des entretiens téléphoniques a pu être effectué et certaines questions/items ont pu être améliorés ou mieux ciblés.
- Cette étude a été menée sur une période de quatre mois, ce qui permet un nombre de participation important.
- Un grand nombre de personnes ressources se sont investis pour mener à bien cette étude.
- Dans le service de suites de naissance, les patientes ne devaient répondre à aucune question, à cet instant T, favorisant la participation à cette étude, puisque d'autres investigateurs pour des mémoires de fin d'étude recrutaient les parturientes.

- Un retour sera effectué dans le service et donnera un reflet du taux d'allaitement au cours du premier mois, à l'ensemble des professionnels travaillant en suites de naissance.

1.5.2. Les limites de l'étude

Malgré des points forts notables, de nombreux points à améliorer ont pu être remarqué :

- Les formulaires d'obtention d'accord et de coordonnées téléphoniques ont été distribués et récupérés de manière personnelle. La restitution s'est donc avérée plus longue, ne pouvant être présente tous les jours dans le service de suites de naissances.
- Lors du suivi par entretien téléphonique, le nombre de perdue de vue atteint 29%, puisque de nombreux numéros n'étaient plus attribués.
- Malgré un travail conséquent sur un lieu d'étude, un autre lieu d'investigation aurait permis une comparaison du taux d'allaitement au sein de deux établissements et leurs moyens d'information et de soutien à cette pratique
- Par manque de temps, le suivi prospectif des patientes concerne le premier mois de vie. Une étude permettant le suivi au troisième et sixième mois, aurait permis de connaitre le taux d'allaitement, suivant les recommandations actuelles.

1.5.3. Biais de l'étude

- 422 patientes ont initié un allaitement au cours de notre période d'étude. 232 ont reçu un formulaire de participation. Un biais de recrutement est retrouvé. L'investigateur était seul pour rencontrer les patientes dans le service de suites de naissance. La participation de l'ensemble des patientes aurait été intéressante.
- L'entretien téléphonique est une méthode de recueil d'informations qui peut induire des biais de mesure. En effet, il se base sur la sincérité de chaque répondant et sur leur rapport à leur sujet, ici, l'allaitement maternel
- L'inclusion des patientes multipares fut également un biais, puisque la plupart de ces participantes n'ont pas reçu d'informations concernant l'allaitement au cours de leur grossesse, car ayant, pour la majorité, un antécédent d'allaitement des précédents enfants, elles n'en ont ressenties le besoin.

CONCLUSION :

Nous souhaitions à travers cette étude mettre en évidence le taux d'allaitement maternel et le type d'allaitement au cours du premier mois de vie des enfants de plus de 33 SA, mais également faire ressortir les moyens d'informations et de soutien à l'allaitement maternel.

En effet, l'OMS recommande un allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie et il doit se poursuivre ensuite jusqu'à l'âge de deux ans au moins, en l'associant à une alimentation de complément qui convienne.

L'étude a eu lieu au sein de la maternité du CHU d'Amiens-Picardie, dont la candidature IHAB est en cours de programmation.

Sur l'ensemble des patientes de notre population, nous avons pu mettre en évidence le taux d'allaitement exclusif, partiel et artificiel au premier mois de vie des enfants de plus de 33 SA. En effet, 77,5% des patientes allaitaient encore leur enfant à un mois. Parmi celles-ci, 64,38% allaitaient de façon exclusive et 13,13% de façon partielle. Ces taux sont similaires avec les résultats retrouvés au niveau national.

D'éventuels facteurs d'arrêt précoce de l'allaitement ont été mis en évidence, notamment le mode d'accouchement, la consommation de tabac, ou la prise de complément au cours du premier mois. En tant que professionnel, il est important d'être vigilant sur ses facteurs d'arrêts précoces, afin d'accompagner les patientes dans l'allaitement choisi. Pour les bienfaits que l'allaitement procure, il est essentiel que l'allaitement maternel perdure.

Pour conclure, la promotion de l'allaitement maternel en France, a permis une évolution considérable du taux d'allaitement et de sa durée. Néanmoins, le taux en Picardie reste encore insuffisant. Il serait judicieux de prévenir les sevrages précoces par la mise en place de score au sein de la maternité et au cours du suivi. En effet, en 2006, la Haute Autorité de Santé a présenté un processus de soutien à l'allaitement maternel. Il concerne tous les professionnels impliqués en périnatalité. La sage-femme a la mission d'informer tous les futurs parents de la physiologie, des avantages de l'allaitement dans le respect des cultures sans leur imposer un choix. En contact avec les mères allaitantes en sortie de la maternité, les professionnels doivent s'assurer du bon déroulement de l'allaitement et doit anticiper, résoudre les difficultés éventuelles. L'information, l'anticipation et le suivi permettrait une diminution du taux d'arrêt et d'identifier les facteurs d'arrêt. Une étude sur six mois, serait nécessaire afin d'évaluer le suivi des recommandations dans notre région et pourrait être à envisager.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé - Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation [Internet]. [cité 21 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/fr/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluation

2. La situation des enfants dans le monde 1998: Repères: Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel [Internet]. [cité 23 mars 2016]. Disponible sur: http://www.unicef.org/french/sowc98/r051.htm

3. Organization WH, others. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. 1999 [cité 26 mars 2017]; Disponible sur: http://apps.who.int/iris/handle/10665/65956

4. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. PEDIATRICS. 1 févr 2005;115(2):496-506.

5. OMS | Allaitement maternel exclusif [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/

6. RPC CE. Allaitement maternel: mise en ø euvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations (mai 2002). Gynécologie Obstétrique Fertil. 2003;31:481–490.

7. Ministère de la Santé et des Solidarités. Deuxième Programme national nutrition-santé (PNNS) 2006-2010 : Actions et mesures. sept 2006;35-6.

8. PNNS - Synthese allaitement [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseAllaitement.pdf

9. L'association IHAB France - présentation [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://amis-des-bebes.fr/qui-sommes-nous.php

10. Les établissements labellisés Hôpital Ami des Bébés en France [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php

11. Initiative Hôpital Ami des Bébés - IHAB France - soutien à l'allaitement maternel [Internet]. [cité 21 mars 2016]. Disponible sur: http://amis-des-bebes.fr/

12. L'Initiative Hôpital Ami des Bébés [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=1027&Itemid=513

13. 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. Arch Pédiatrie. 2013;20:S29–S48.

14. Ministère de la Santé et des Solidarités. Enquête nationale périnatale et résultats. In 2003.

15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. mai 2011;

16. INSERM. Déterminants sociaux de l'allaitement.

17. Benoît Salanave, Catherine de Launay, Julie Boudet-Berquier, Katia Castetbon. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013) - Breastfeeding duration in France (Epifane 2012 - 2013). 7 oct 2014;(27):450-7.

18. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Epidémiologique Hebd. 2015;(27):522–532.

19. INPES. Le guide de l'allaitement maternel. 2009. 68 p.

20. Comment le lait maternel protège les nouveau-nés [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1349-comment-le-lait-maternel-protege-les-nouveau-nes

21. DA 69 : Lait humain et infections [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1493-da-69-lait-humain-et-infections

22. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. PEDIATRICS. 1 déc 1997;100(6):1035-9.

23. L'allaitement et la santé des femmes : AA 25 [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1106-lallaitement-et-la-sante-des-femmes

24. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA. Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. American Journal of Clinical Nutrition. 1993;162–166.

25. . Raphaëlle Ancellin (INCa), Émilie Barrandon (NACRe), Nathalie Druesne-Pecollo (NACRe) et Paule Latino-Martel (NACRe). Nutrition & Prévention Des Cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations. In France; 2009. p. 56. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseCancerInca.pdf

26. OMS | Naissances prématurées [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/

27. Allaiter un bébé prématuré [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/1009-allaiter-un-bebe-premature

28. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève; 2003. 30 p.

29. Favier-Steeger L. LES CAUSES DE SEVRAGE D'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LES SIX PREMIERS MOIS DE LA VIE DE L'ENFANT: Etude rétrospective auprès de 104 mères allaitantes. Th Méd Lyon. 2006;1:M116.

30. Qui sommes-nous? [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: http://www.coordination-allaitement.org/index.php/la-cofam/presentation/qui-sommes-nous

31. Nathalie Charpak, Juan G. Ruiz-Peláez, Zita Figueroa de C, MD, Yves Charpak. Kangaroo Mother Versus Traditional Care for Newborn Infants ≤2000 Grams: A Randomized, Controlled Trial. oct 1997;100(4).

32. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/2497952

33. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies - McFadden - 2017 - The Cochrane Library - Wiley Online Library [Internet]. [cité 4 avr 2017].

Disponible sur:
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001141.pub5/full#fr_main_abstract

34. RIORDAN J, BIBB D, MILLER M et al. Predicting breastfeeding duration using the LATCH-Breastfeeding Assesment Tool. Journal Human of Lactation 2006 ; 17 : 20-23

35. KUMAR SAVITRI P, MONEY R et al. The LATCH scoring system and prediction of breastfeeding duration. Journal Human of Lactation 2006 ; 22 : 391-6

36. LABARERE J, GELBERT-BAUDINO N, AYRAL A.S et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive, randomized, open tria of 226 mother-infant pairs. Pediatrics 2005 ; 115 : 139-46.

ANNEXES

Annexe I : Etablissements labellisés « IHAB » en France, en décembre 2016

Annexe II : Protocole de recherche non interventionnelle

Annexe III : Accord de la commission de protection des personnes nord-ouest II

Annexe IV : Questionnaire de l'entretien de suivi de l'allaitement maternel à M1

Annexe V : Taux d'allaitement maternel en région, en 2003 (en %)

Annexe I : Etablissements labellisés « IHAB » en France, en décembre 2016



Annexe II : Protocole de recherche non interventionnelle

GESTIONNAIRE	Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation CHU Amiens-Picardie 80054 Amiens cedex 1
	Tel 03.22.66.80.60 Fax : 03.22.66.87.52
PERSONNE QUI DIRIGE ET SURVEILLE LA RECHERCHE	Pr Pierre Tourneux (Pédiatre au CHU d'Amiens) et Mme Pascale Daune (sage-femme enseignante à l'Ecole de Sage-femme d'Amiens)
TITRE	Etude des facteurs d'arrêt d'allaitement maternel (exclusif ou partiel) dans le premier mois de vie de l'enfant
VERSION DU PROTOCOLE	1
JUSTIFICATION / CONTEXTE	L'allaitement maternel est l'alimentation qui couvre tous les besoins de l'enfant. Selon les recommandations de l'OMS, les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois de l'enfant pour une croissance et un état de santé optimal. Peu d'étude ont déterminé le taux d'allaitement et le taux d'échec dans le premier mois de vie.
OBJECTIFS	Evaluer le taux d'allaitement maternel en maternité et à un mois après l'accouchement Déterminer les causes d'arrêt d'allaitement lors du séjour en maternité et dans le mois qui suit la naissance Connaissance des patientes sur les différents moyens de soutien à l'allaitement
SCHEMA DE LA RECHERCHE	Etude de cohorte prospective au CHU d'Amiens
CRITERES D'INCLUSION	Toutes les mères de 18 ans à 45 ans souhaitant allaiter leur(s)enfant(s). Sont inclus également, tous les nouveau-nés à partir des 33 semaines d'aménorrhées et sans graves problèmes de santé
CRITERES DE NON INCLUSION	Les patientes de moins de 18ans et de plus de 45ans, les patientes ne souhaitant pas allaiter dès la naissance ou décidant après le premier jour de vie de l'enfant Nouveau-né de plus de 33 semaines d'aménorrhées sans grave problème de santé
CRITERES D'EVALUATION	Taux d'arrêt d'allaitement au cours du séjour en maternité et au cours du premier mois
EFFECTIF DE L'ETUDE	Etude prospective sur 4 mois : 200 patientes devraient être incluses
NOMBRE PREVU DE CENTRES	Mono centrique au CHU d'Amiens
DUREE DE LA RECHERCHE	Etude prospective de septembre 2016 à décembre 2016
RETOMBEES ATTENDUES	Connaitre le taux d'allaitement maternel (exclusif et partiel) dans le premier mois de vie, les causes d'arrêt de l'allaitement. Connaitre les soutiens dont les patientes ont pu bénéficier au cours du séjour en maternité et lors de leur retour à domicile

Annexe III : Accord de la commission de protection des personnes nord-ouest II

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD-OUEST II

Agréé par arrêté ministériel en date du 31/05/2012
Constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région de Picardie en date du 01/10/2015
C.H.U. - Place Victor Pauchet - Bât. Pharmacie - 1er étage - 80054 AMIENS Cedex 1
Secrétariat : ☎ 03 22 66 85 43 - 🖷 03 22 66 86 26 - e-mail cpp.nordouest2@chu-amiens.fr

SOUS-COMMISSION D'EVALUATION DES RECHERCHES NON-INTERVENTIONNELLES

Président : M. **BOURGUEIL**
Vice-président : M. le Dr **DESCHASSE**
Mme le Dr BENZINEB
Mme DEPRET-ROHMER
M. le Dr ESPEJO FLORES
M. le Dr HERMANT
M. le Dr KRIM

A votre demande et dans le cadre d'une possible publication dans une revue scientifique à comité de lecture, la sous-commission pluridisciplinaire d'évaluation des recherches non-interventionnelles, constituée de membres disposant de toute l'expertise et l'indépendance voulues pour évaluer les projets soumis, a étudié votre protocole, intitulé : **«Etude de la durée de l'allaitement maternel au cours du premier mois de vie des enfants de plus de 33 semaines d'aménorrhée nés au CHU d'Amiens Picardie»** (Version 2 du 26/05/2016).

Ce protocole n'a pas posé de problème scientifique ou éthique.

Conformément à la réglementation française, la classification en recherche non interventionnelle reste de votre responsabilité. Cette classification n'implique aucun avis délibératif d'un Comité de Protection des Personnes.

Fait à Amiens, le 31 mai 2016

Le Vice-Président de la sous-commission
d'évaluation des recherches non interventionnelles,

Docteur **Guillaume DESCHASSE**.

Annexe IV : Questionnaire de l'entretien de suivi de l'allaitement maternel à M1

Questionnaire pour le recueil de données sur l'Allaitement maternel à un mois de l'accouchement **anonymat :**

Un mois après l'accouchement

1. *Poursuivez-vous votre allaitement maternel ?* □ **Oui** □ **Non**

Si oui : Pensez-vous poursuivre l'allaitement maternel ?

□ Entre 1 et 3 mois

□ Entre 3 à 6 mois

□ > 6 mois

□ Ne sait pas

2. *En cas de d'interrogation sur l'allaitement, qui avez-vous contacté ?*

□ Famille
□ Médecin traitant
□ Consultante en lactation
□ Sage-femme hospitalière
□ Puéricultrice hospitalière
□ Sage-femme libérale
□ Pédiatre libéral
□ Réseau de périnatalité de votre région / Lequel : .....
□ Pédiatre hospitalier
□ Sage-femme de PMI
□ Puéricultrice de PMI
□ Hôpital : service de votre hospitalisation
□ Hôpital : service de l'hospitalisation de votre enfant
□ Association si oui laquelle : .....
□ Autres : .....

3. *En plus de votre lait, donnez-vous du lait artificiel ?* □ **Oui** □ **Non**

Depuis quand : □ Maternité □ Retour à la maison □ Autres : .....

Pour quelles raisons ?

□ Manque de lait
□ Nouveau-né insatisfait
□ Reprise du travail
□ Prise de poids insuffisante de l'enfant
□ Douleurs des seins
□ Fatigue maternelle
□ Manque de temps
□ Avis de l'entourage

4. *Avez-vous utilisé un tire-lait depuis le retour à domicile ?* □ **Oui** □ **Non**

5. *Si vous avez arrêté l'allaitement maternel :* à quel moment l'avez-vous arrêté ?.....

Cet arrêt a été motivé par ?

□ Manque de lait
□ Reprise du travail
□ Tétées trop nombreuses
□ Fatigue maternelle
□ Douleurs des seins
□ Fatigue de l'enfant
□ Avis de l'entourage
□ Indications médicales : .....

6. *Durant ce premier mois, avez-vous consulté le médecin (traitant ou pédiatre) pour un autre motif que son suivi régulier (visite du 1er mois, vaccination ...)?* □ **Oui** □ **Non** *Raisons :* .....

Durant ce mois : Votre enfant a-t-il été hospitalisé ? ◻ **Oui** **combien de temps :** ◻ **Non**

7. *Actuellement, quel est le poids de votre enfant ? :* .....*g*

Pendant la grossesse et à la naissance

8. *Aviez-vous l'intention d'allaiter votre bébé :* ◻ **Oui** ◻ **Non** ◻ **Ne sait pas**

9. *Pour quel(s) motif(s) aviez-vous décidé d'allaiter ?*

◻ Bienfaits
◻ Economique
◻ Poursuivre de cette manière le lien mère-enfant
◻ Pratique, rapide
◻ Culture familiale
◻ Conseil de l'entourage amical
◻ Renouveler le premier allaitement
◻ Evidence, naturel

10. *Avez-vous reçu une information sur l'allaitement :*

◻ **Oui** ◻ **Non**

Si oui : Par quel(s) moyen(s) ?

◻ Famille :
◻ Médecin généraliste
◻ Gynécologue
◻ Sage-femme hospitalière
◻ Association si oui laquelle :
◻ Sage-femme libérale
◻ Sage-femme de PMI
◻ Puéricultrice de PMI
◻ Puéricultrice hospitalière
◻ Autres :

11. *Avez-vous cherché une information sur l'allaitement maternel :*

◻ **Oui** ◻ **Non**

Si oui : Par quel(s) moyen(s) ?

◻ Support écrit ◻ support informatisé : ◻ réseau social ◻ sites
◻ Vos proches : ◻ mère ◻père ◻sœur ◻ frère ◻ belle-sœur ◻amie

12. *Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance :* ◻ **Oui** ◻ **Non**

Si oui : Le thème de l'allaitement a-t-il été abordé : ◻ **Oui** ◻ **Non**

13. *Votre bébé a-t-il tété en salle d'accouchement :* ◻ **Oui** ◻ **Non**

Lors du séjour en maternité

14. *Avez-vous eu des difficultés lors de votre allaitement ?* ◻ **Oui** ◻ **Non**

Si oui : Lesquelles ?

◻ Difficulté de succion
◻ Crevasses
◻ Douleurs
◻ Autres .....

15. *Lors de votre séjour en maternité, un membre du personnel a-t-il observé une tétée :* ◻ **Oui** ◻ **Non**

16. Vous a-t-on donné des conseils pour poursuivre votre allaitement à domicile ? ◻ **Oui** ◻ **Non**

Si oui, lesquels :

◻ Positions

◻ Fréquence des tétées

◻ Bout de sein

◻ Comment tirer son lait

◻ Conservation du lait

◻ Autres : .....

17. Quels sont les réseaux de soutien ou les personnes qui vous ont été proposé(e)s pour vous aider à poursuivre votre allaitement à domicile ?

◻ Consultante en lactation

◻ Médecin traitant

◻ Sage-femme hospitalière

◻ Puéricultrice hospitalière

◻ Sage-femme de PMI

◻ Puéricultrice de PMI

◻ Association si oui laquelle : .....

◻ Autres : .....

◻ Pédiatre hospitalier

◻ Sage-femme libérale

◻ Pédiatre libéral

◻ Livres, revues

◻ Réseau de périnatalité de votre région

Lequel : .....

◻ Internet, réseaux sociaux

Enfant hospitalisé :

18. Votre enfant est –il hospitalisé? ◻ **Oui** ◻ **Non**

19. Votre enfant a-t-il été transféré : ◻ Dès la naissance ◻ Secondairement

20. Après le transfert, vous avez pu voir votre enfant :

◻ Immédiatement ◻ 12 à 24 heures

◻ Dans les6 heures ◻ 24 à 48 heures

◻ 6 à 12 heures ◻ > 48 heures

21. Durant cette période avez-vous tiré votre lait ? ◻ Oui ◻ Non

22. Lors de l'hospitalisation de votre enfant avez-vous pu rester auprès de lui jour et nuit ? ◻ Oui ◻ Non

23. Votre bébé est-il alimenté ? ◻ Avec votre lait ◻ Lait artificiel ◻ Lait lactarium ◻ Ne sait pas

24. 24. L'avez-vous mis au sein dans le service ◻ Oui ◻ Non

Globalement :

25. Quel mot décrit le mieux votre allaitement maternel : .....

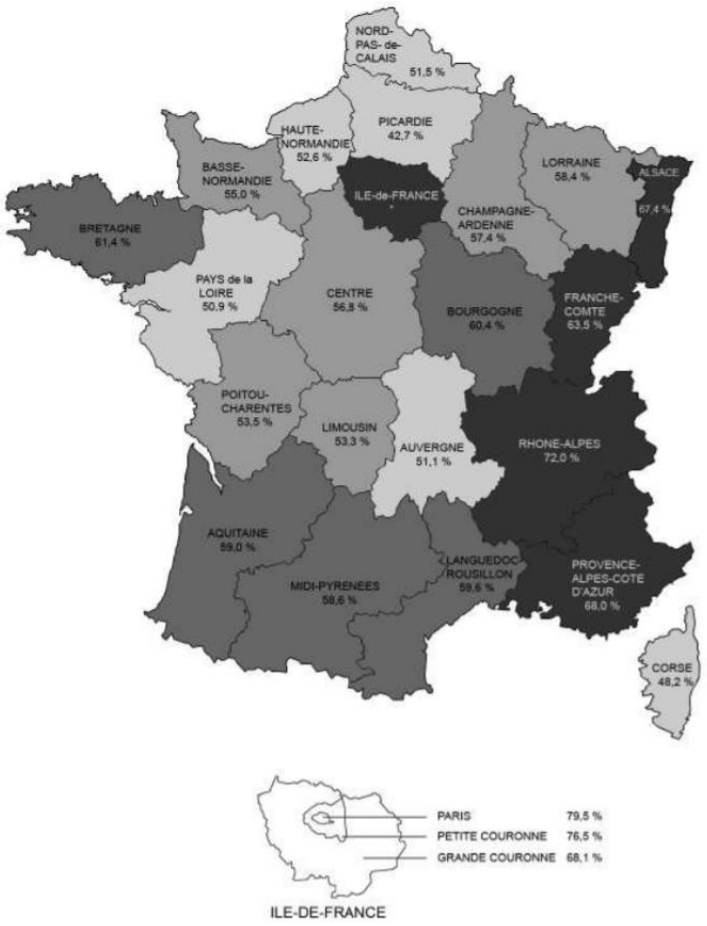
26. Envisagez-vous de donner le sein à votre prochain enfant ? ◻ Oui ◻ Non ◻ Ne sait pas

27. 27. Diriez-vous qu'allaiter votre bébé est :

◻ **Facile** ◻ **Moyennement facile** ◻ **Difficile** ◻ **Très difficile**

28. Afin de poursuivre votre allaitement maternel quelle est la personne / le réseau qui vous le plus aidé au cours de ce premier mois : .....

Annexe V: Taux d'allaitement maternel en région, en 2003 (en %)



GLOSSAIRE

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

AM : Allaitement maternel

SA : Semaine d'aménorrhée

IHAB : Initiative Hôpital Amis des Bébé

INCa : Institut national du cancer

M1 : 1er mois

J3 : 3ème jour

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles

INSEE : Institut nationale de la statistique et des études économiques

IGAB : Interagency Group for Action of Breastfeeding

CoFAM : Coordination française de l'allaitement maternel

PMI : Protection maternelle infantile

RESUME :

Objectifs : A partir des données de notre étude sur l'alimentation des enfants au cours du premier mois, la durée de l'allaitement maternel (AM) des enfants de plus de 33 semaines d'aménorrhées, son exclusivité ont été estimés. Les moyens de soutien à l'allaitement ont également été recherchés.

Méthodes : Une étude a porté sur un échantillon aléatoire d'enfants nés entre le 8 août et le 30 novembre 2016 au sein de la maternité d'Amiens Picardie. Les femmes entre 18 et 40 ans ont été incluses au sein de l'étude, ayant accouchées d'un enfant de plus de 33 semaines d'aménorrhées. Les mineures, les femmes ne parlant pas français ont été exclues.

Les données sur l'alimentation des enfants ont été recueillies par un recueil de données sur le logiciel de la maternité, ainsi que par un entretien téléphonique à 1 mois.

Résultats : Parmi les 160 patientes de notre étude, 70,18% ont été suivis jusqu'à 1 mois. A 1 mois, 77,5% des patientes allaitaient encore leur enfant : 64,38% de façon exclusive, 13,13% de façon prédominante. 22,5% des femmes arrêtaient prématurément l'allaitement après un mois de vie. Quatre-vingt-six pour cent ont choisi d'allaiter avant la grossesse, principalement pour le bien de l'enfant. 85% des femmes ont reçu du soutien, principalement par des professionnels de santé qu'elles ont contacté, ainsi que par le soutien de leur conjoint présent pour les aider.

Conclusion : Les résultats de cette étude montrent que, au regard des recommandations actuelles, les mères qui ont choisi d'allaiter devraient être encouragées à maintenir un AM si possible jusqu'à l'âge de 6 mois. La poursuite des analyses concernant les facteurs en lien avec un arrêt précoce permettra d'aider au ciblage des interventions pour se rapprocher des recommandations.

.

MOTS CLES

Allaitement maternel – Arrêt précoce – Sevrage – prématurité – facteurs socio-économiques – nourrisson - nutrition