

Accompagnement et ressenti des mères en post-partum immédiat, résultats d'une enquête menée au sein des 2 maternités d'Amiens



Elyes, mon petit neveu, quelques jours après sa naissance, qui tète...

Clémence Gricourt

Travail réalisé dans le cadre de la formation

« Pratique du consultant en Lactation IBCLC et préparation à l'examen International IBLCE » suivie au CREFAM

Remerciements

Un très grand merci à toutes les mamans qui m'ont acceptée dans leur intimité des premiers jours avec leur bébé et qui ont répondu à mes questions.

Un grand merci au Dr Verhoest du centre gynécologique obstétrical (CGO) et à Mme Buisson, Sage-femme, cadre de santé du pôle femme enfant de la clinique Victor Pauchet, pour m'avoir permis de rencontrer ces mères.

Merci aussi aux membres du personnel qui m'ont gentiment accueillie et renseignée.

Je remercie beaucoup Danièle Bruguières pour sa grande aide dans la rédaction, la mise en place de mon mémoire, ses remarques, ses conseils pertinents, ses encouragements et le temps qu'elle m'a consacré.

Merci à ma famille pour leur soutien physique ou psychique, leur patience et leurs encouragements.

I. Sommaire

I. Sommaire	1
II. Introduction	3
III. Les recommandations et études actuelles pour un bon démarrage de l'allaitement	4
IV. Contexte de l'étude	8
1. Amiens, en Somme, quelques généralités.....	8
2. descriptifs techniques des maternités.....	8
V. Objectifs de l'étude et méthodologie	10
VI. Résultats de l'étude	11
A. Caractéristiques des mères	11
1. Âge des mères.....	11
2. Catégorie socioprofessionnelle, niveau d'études.....	11
3. Nombre d'enfants par famille.....	11
4. Expérience antérieure d'allaitement.....	12
5. Évolution du poids des enfants.....	12
B. Pendant la grossesse	13
1. Information prénatale sur l'allaitement.....	13
2. Raisons du choix de l'allaitement maternel.....	14
C. La naissance et l'accueil de l'enfant	15
1. L'accouchement.....	15
2. Peau à peau.....	16
D. La première tétée	17
E. Poursuite de l'allaitement après la salle de naissance	19
1. Les conseils du personnel sur le nombre, la durée et l'espacement des tétées.....	20
2. Le don de complément.....	21
3. Les difficultés rencontrées en début d'allaitement.....	22
4. L'utilisation de bouts de sein en silicone.....	22
5. Les conseils pour soigner les mères ayant eu des crevasses.....	23
6. La pratique de l'assouplissement de l'aréole par contre pression, La reconnaissance des critères d'efficacité de l'allaitement, savoir tirer son lait manuellement.....	23
7. Le ressenti des mères sur les conseils reçus du personnel.....	24
8. La documentation post sortie et la recommandation de groupe de soutien.....	25

9.	L'utilisation de tétines et tétines.....	25
10.	La Séparation mère enfant.....	26
F.	Le rôle d'une consultante en lactation IBCLC	27
1.	La profession de consultante en lactation ibclc.....	27
2.	L'intervention d'une consultante pendant le séjour en maternité	27
3.	Utilité d'une rencontre avec une consultante en lactation IBCLC avant l'accouchement	27
4.	Mode d'action et lieu de présence utile de la consultante ibclc.....	28
VII.	Analyse des résultats et perspectives	29
1.	Représentativité de l'échantillon de mères interrogées et limitations de l'étude	29
2.	Soutien des équipes ressenti par les mères	29
3.	Analyse des pratiques selon les réponses des mères	30
4.	Analyse de la place d'une consultante en lactation IBCLC selon les mères	32
VIII.	Conclusion	34
IX.	Les annexes	35
	Annexe 1 : le Guide d'entretien.....	35
	Annexe 2 : le formulaire de consentement	41
	Annexe 3 : Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel	42
	Annexe 4 : liste récapitulative des tableaux.....	43
	Annexe 5 : liste récapitulative des figures.....	44
X.	Bibliographie	45

II. Introduction

Au cours de mon activité d'animatrice de groupe de soutien et dans mon expérience personnelle de maman allaitante, j'ai eu l'occasion de rencontrer de nombreuses mères à différents moments de leur allaitement, au cours de discussions en face à face, pendant des réunions d'échange du groupe et au téléphone. En particulier, j'ai constaté que beaucoup de mères confrontées à des difficultés ou exprimant des craintes sur l'allaitement sevreraient précocement par rapport à leur projet initial.

En France, la chute des taux d'allaitement depuis plusieurs dizaines d'années et le développement des préparations pour nourrissons ont contribué à briser la transmission de l'expérience de l'allaitement entre femmes. Beaucoup de femmes qui choisissent d'allaiter ne peuvent s'appuyer, dans leur entourage proche, sur des mères ayant eu une expérience positive.

Je me suis donc demandée ce qui pourrait aider ces mères : quelles actions en pré ou post natal renforceraient leur choix et leur envie de persévérer dans leur choix ? Quelles sont les pratiques les plus favorables pour les aider en cas de difficulté et pour soutenir leur confiance en leur capacité d'allaiter ?

J'ai mené une enquête auprès de mères, primipares ou non, ayant commencé à allaiter en maternité. Pour cela, j'ai élaboré un guide d'entretien dont les questions s'appuient sur les principaux textes relatifs à un démarrage optimal de l'allaitement.

De plus, compte-tenu des recommandations actuelles sur l'accompagnement de l'allaitement, depuis la grossesse jusqu'au sevrage de l'enfant, j'ai choisi d'interroger ces mamans sur les informations et le soutien qu'elles avaient reçus avant et après la naissance de leur enfant. J'ai eu la possibilité de rencontrer les mères pendant leur séjour en maternité, le plus souvent la veille de leur sortie du service.

Après une synthèse des études sur lesquelles je me suis basée pour établir le guide d'entretien, ce mémoire présente rapidement quelques caractéristiques de ma ville, Amiens, et les deux maternités qui m'ont accueillie pour la réalisation de mon étude. La partie suivante détaille les objectifs et la méthodologie de l'enquête. Les résultats et leur analyse sont ensuite décrits. Enfin, la conclusion aborde les actions concrètes à envisager.

III. Les recommandations et études actuelles pour un bon démarrage de l'allaitement

Le soutien de l'allaitement est depuis plusieurs décennies envisagé dans une perspective de santé publique. Pour être efficace, tout plan de soutien contient 3 volets : la promotion (formation des professionnels, information du grand public, par ex.), la protection (dispositions législatives sur la commercialisation des préparations pour nourrissons et sur les congés de maternité, par ex.) et enfin le soutien lui-même, proposé à chaque famille. Le plan européen¹ a été rédigé pour proposer une stratégie coordonnée aux états dont il souligne les enjeux :

« Les taux faibles et l'arrêt précoce de l'allaitement ont des implications néfastes tant sur le plan de la santé que sur le plan social pour les femmes, les enfants, la communauté et l'environnement. Ils ont pour conséquence d'occasionner des dépenses plus importantes pour le système de santé au niveau national, et d'accroître les inégalités en matière de santé. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée par tous les états membres de l'OMS à la 55^e Assemblée Mondiale de la Santé en Mai 2002 apporte une base aux initiatives de santé publique pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement. »

Avant l'accouchement, il est important que les femmes enceintes reçoivent une information objective et appropriée sur l'alimentation du nourrisson et notamment sur l'allaitement maternel. C'est ce que souligne l'Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé (ANAES) dans ses recommandations².

« Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. ...

Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter et les aide à réaliser effectivement cet allaitement (grade C). Ce type d'intervention est recommandé.

Chez les femmes de faible niveau de ressources ou appartenant à des minorités ethniques, des contacts durant la période pré et postnatale avec des mères expérimentées améliorent la mise en œuvre et la durée de l'allaitement maternel ».

La démarche Hôpital Ami des Bébé (IHAB) fixe en détail les procédures à mettre en œuvre pour informer et soutenir les femmes depuis la grossesse jusqu'à la sortie de maternité en préparant l'accompagnement ultérieur. Sur l'information en prénatal³, il est précisé :

« Le but est de donner aux femmes une information claire, valide et pertinente, leur permettant de faire un choix informé sur la façon d'alimenter leur enfant en fonction de leur situation personnelle. Le rôle du professionnel est aussi d'accompagner la mère dans l'expression de ses désirs et de ses choix. Il serait souhaitable que l'information porte sur l'intérêt de l'allaitement pour la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur les risques de l'alimentation artificielle. »

Ces informations peuvent permettre à une femme qui a choisi d'allaiter d'être plus sereine et déterminée dans son choix. Pour les femmes qui hésitent ou qui ont choisi de ne pas allaiter, il est important qu'elles aient l'opportunité d'une discussion avec un professionnel sans que cela implique de revenir sur leur décision.

Les conditions d'accouchement et des suites immédiates de celui-ci sont des paramètres importants d'un bon démarrage, on sait notamment qu'un contact en peau à peau immédiat et sans interruption le facilite.

L'ANAES² précise les conditions d'accueil de l'enfant à la naissance qui sont à respecter dès que l'état de la mère et de l'enfant le permet :

« À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité. Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant. Après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime. ...

L'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion, mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement. Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère. »

Ou encore³ :

« Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître que son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. L'esprit est de maintenir un contact le plus proche possible entre le bébé et sa mère, dans un environnement paisible tout en assurant de bonnes conditions de sécurité. Ce contact permettra

au mieux l'attachement physique, l'expression des réflexes nutritionnels du bébé et la première tétée (si la mère le souhaite). Il ne s'agit pas de forcer le bébé à téter dans un certain délai, mais d'offrir des conditions favorables. Il semble important de maintenir ce contact aussi longtemps que la mère le désire. Ces pratiques concernent les accouchements par voie vaginale ou par césarienne sous péridurale. Si la mère refuse ce contact peau à peau immédiat après la naissance, il peut lui être proposé un peu plus tard. »

On recommande également que durant le séjour les dyades mère-enfant ne soient pas séparées.

« La cohabitation du nourrisson avec sa mère doit être systématiquement encouragée. La proximité de la mère et de l'enfant 24 heures sur 24 favorise l'allaitement à la demande, facilite l'allaitement la nuit et limite le risque de recours à un substitut de lait. »

Les mères sont plus à même de comprendre l'intérêt de cette cohabitation, si elles ont reçu des informations sur le rythme des bébés, l'importance des tétées (précoces), si on les aide identifier les signes d'éveil de leur enfant. Donc simplement encourager l'allaitement à la demande en expliquant ce que peuvent être les signes de demande du bébé² :

« Il n'y a pas de restriction donnée aux mères pour la fréquence ou la durée des tétées. Il est important de vérifier si les mères comprennent que "allaier à la demande" veut dire allaiter quand le bébé montre qu'il est prêt (éveil, étirement, mains vers la bouche, mouvements de léchage et de succion, recherche active). L'appréciation du bébé qui dort trop longtemps est faite par les soignants en fonction de son état à la naissance et depuis la naissance. Dans certains cas, il est acceptable de réveiller un enfant qui dort beaucoup ou si les seins de sa mère sont trop tendus. »

Les douleurs au moment des tétées et les crevasses au sein sont des inquiétudes fréquentes des mères. D'après les études on sait aussi que beaucoup de ces problèmes sont liés à une position inadéquate de l'enfant au moment de la prise du sein et pendant la tétée. L'ANAES² précise :

« La bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant (bouche grande ouverte et langue vers le bas) permettent une succion efficace et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon (figure 1). C'est un facteur déterminant de la réussite de la mise en œuvre et de la poursuite de l'allaitement. »

On sait également que l'introduction de biberon ou de tétines peuvent avoir un impact négatif dans la poursuite de l'allaitement maternel. Dans les études, l'introduction de biberons de préparation pour nourrisson est associée à un sevrage précoce non désiré² :

« L'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. Il n'y

a alors pas de risque d'hypoglycémie et les contrôles systématiques de la glycémie sont inutiles. Il n'y a pas lieu de donner des compléments (eau, eau sucrée, substitut de lait) à un nouveau-né allaité exclusivement. L'introduction de compléments perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce. Les biberons de substituts de lait prêts à l'emploi ne doivent pas être mis à disposition des mères dans leur chambre. Il est recommandé d'évaluer la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion avant de donner des compléments au nouveau-né. Les indications des compléments sont actuellement mal définies, la décision d'utiliser des compléments sera prise au cas par cas en concertation avec la mère. Comme la distribution de colis-cadeaux contenant un substitut de lait ou du matériel promotionnel pour l'alimentation au biberon a un impact négatif sur l'allaitement exclusif, cette pratique est déconseillée. La distribution gratuite de substitut de lait à la sortie de la maternité est interdite en France. »

De même, la sucette peut interférer avec l'apprentissage d'une succion efficace du nouveau-né et peut contribuer à un espacement trop important des tétées en calmant le besoin de succion de l'enfant. Dans la démarche IHAB, l'information objective est mise en avant pour permettre aux mères d'être pleinement actrices des soins qu'elles procurent à leur enfant³ :

« Le personnel dissuade les mères des enfants allaités de leur donner une sucette en les informant des conséquences possibles liées à son utilisation. Parallèlement, il est important que le personnel discute avec les mères des différentes façons de calmer un bébé, par exemple : contact peau à peau, tétées efficaces plus fréquentes, bercement. »

Pour encourager et soutenir ces femmes dans leur allaitement, il est vivement recommandé de créer des groupes de soutien et de remettre à la mère une information écrite de qualité qu'elle pourra consulter plus tard en cas de besoin. Il existe notamment « le guide de l'allaitement maternel » de L'INPES⁴, un petit livret intéressant dans lequel on retrouve les grandes lignes des recommandations actuelles et des explications simples pour les parents. On y trouve aussi les contacts utiles nationaux auxquels on peut ajouter les référents et praticiens de notre propre région.

IV. Contexte de l'étude

1 AMIENS, EN SOMME, QUELQUES GÉNÉRALITÉS...

La Somme fait partie de la région Picardie. Elle est limitrophe des départements du Pas-de-Calais, du Nord, de l'Aisne, de l'Oise et de la Seine-Maritime, et est bordée par la Manche autour de la baie de Somme. C'est un département au 44^e rang pour la population (568 086 hab. en 2008) avec une densité moyenne de 92 hab./km² (contre 112 au niveau national)^a.

Il y a 4 maternités dans ce département, les 2 maternités d'Amiens dans lesquelles j'ai pu effectuer mon enquête en sont les plus importantes. Elles accueillent environ 3/4 des naissances du département. (En 2009, 6838 naissances ont été déclarées dans la Somme^b.)

Amiens, située à 130 km au nord de Paris, est la capitale de la région Picardie. C'est la commune la plus peuplée. En 2010, la population de la ville dépasse les 139 000 habitants.

La communauté d'Agglomération Amiens Métropole compte environ 180 000 habitants. Elle représente la 31^e communauté d'Agglomération la plus peuplée de France.

La population de la commune d'Amiens est relativement jeune. Le taux de personnes d'un âge supérieur à 60 ans (16,9 %) est en effet inférieur au taux national (21,6 %) et au taux départemental (21,0 %).

En 2008, 46,3 % des nouveau-nés étaient allaités à la sortie de la maternité en Picardie selon l'analyse des certificats du 8^e jour. Dans la Somme, le taux sur cette même période est de 45,4 %, avec des valeurs plus élevées sur Amiens (entre 47,7 % et 60,7 %) et ses environs.⁵

2. DESCRIPTIFS TECHNIQUES DES MATERNITÉS

L'enquête a été menée dans les deux maternités d'Amiens : la maternité publique du Centre gynécologique obstétrical et la maternité privée du pôle Femme-enfant du groupe Victor Pauchet.

Elles ont un niveau et un fonctionnement différents ; d'après les renseignements transmis, dans la maternité privée, les césariennes sont uniquement réalisées sous anesthésie péridurale ou rachianesthésie : compte-tenu du niveau 2A de cette maternité, il est possible que le nombre de césariennes d'urgence soit plus réduit que dans la maternité publique de niveau 3.

On peut aussi remarquer que dans la maternité publique les accouchements sont pratiqués en majorité par des sages-femmes.

^a http://fr.wikipedia.org/wiki/Départements_français_classés_par_population_et_superficie

^b http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0501D

Voici sous forme de tableau, un descriptif de ces deux maternités Amiénoises qui ont bien voulu me recevoir afin d'y effectuer les enquêtes auprès des mamans.

Nom de la maternité	Maternité du Centre gynécologique obstétrical (CGO)	Maternité du pôle Femme enfant du groupe Victor Pauchet
	Public	Privée
Niveau de la maternité	3	2A
Nombre d'accouchements /an	2300	2800
Taux de césarienne en %	18	20
Taux d'allaitement en %	55	50
Taux de péridurale ou rachi anesthésie par voie basse en %	81	80
Taux de péridurale ou rachi anesthésie par césarienne en %	90	100
Nombre de salles d'accouchement	4	6
Nombre de blocs césarienne	1	1
Qui aide les mères à accoucher ?	Sage-femme et /ou gynécologue de garde si problème	Gynécologue et/ou sage-femme
Qui s'occupe des mères en suite de couche ?	Une sage-femme et une infirmière	Une sage-femme
Qui s'occupe des bébés en suite de couche ?	Les mêmes sage-femme et infirmière, secondées par des aides soignantes et auxiliaires de puériculture	Une auxiliaire de puériculture, une puéricultrice, et la nuit une sage-femme
Protocole de sortie	Un entretien avec la sage-femme avec remise de documents : ordonnances, ressources allaitement...	Remise de documentations de sortie, et début de mise en place d'une sortie individuelle

Tableau 1 : Caractéristiques des 2 maternités où l'étude a été menée.

V. Objectifs de l'étude et méthodologie

Le but de l'étude était de recueillir le ressenti des mères sur la naissance et l'accompagnement de l'allaitement en début de séjour dans ma ville Amiens et les alentours.

L'objectif est d'analyser le retour du vécu des mères au regard des 10 Conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS/UNICEF.

Les questions posées aux mères portaient sur :

- L'information en prénatal
 - Les mères ont-elles eu de l'information sur l'allaitement ?
 - Quelles informations ont-elles reçues ?
 - Par quels moyens ou auprès de qui se sont-elles informées ?
- Leurs motivations pour allaiter
- Leurs ressentis
 - Sur la première tétée
 - Sur l'aide qu'elles ont reçue du personnel
 - Lors de la première tétée
 - Lors du reste du séjour
- Les pratiques dans le service et les conseils donnés
 - À propos de la cohabitation mère-enfant
 - Conseils sur le « rythme » ou « fonctionnement » de l'allaitement
 - L'indication d'une utilisation des bouts de sein
 - Le don de complément de préparation pour nourrisson
- L'intérêt de la présence d'une ou plusieurs consultantes en lactation IBCLC à divers moments du parcours d'allaitement

L'enquête a été réalisée sous forme d'entretien avec 60 mères entre le 14 mars 2011 et le 11 avril 2011.

Toutes les mères du service répondant aux critères d'inclusion suivants ont été contactées :

- Accouchement à terme (plus de 37 semaines d'aménorrhée) ;
- Mère et enfant en bonne santé ;
- Allaitement maternel initié le premier jour de vie.

Toutes les mères que j'ai rencontrées ont été d'accord pour répondre au guide d'entretien.

Il n'y avait pas de mères de jumeaux.

J'ai interrogé les mères au 3^e jour de vie de leur enfant (J2) ou après, le plus souvent entre le 4^e (J3) et le 7^e jour (J6). J'ai revu certaines mères dans les jours suivant l'entretien, ce qui a permis de compléter certaines données (prise de poids, évolution de l'allaitement, etc.).

VI. Résultats de l'étude

A. Caractéristiques des mères

1. ÂGE DES MÈRES

Les mères avaient entre 17 et 42 ans avec une moyenne à 29 ans.

2. CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE, NIVEAU D'ÉTUDES

Plus d'un tiers des mères étaient employées. (cf. Tableau 2). Soixante-cinq pour cent avaient un niveau d'étude supérieur ou égal à Bac+2.

Catégorie socioprofessionnelle	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Employée	Sans activité professionnelle ou étudiante
Effectif (N=60)	1	12	10	22	15
%	1,7	20,0	16,7	36,6	25,0
Niveau d'étude	CAP/BEP		BAC	BAC + 2	BAC +3 et plus
Effectif (N=60)	8		13	12	27
%	13,3		21,7	20,0	45,0

Tableau 2 : Répartition des 60 mères interrogées selon la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'études.

3. NOMBRE D'ENFANTS PAR FAMILLE

La moitié des mères étaient primipares, les mères de 2 enfants représentant un peu moins d'un tiers du groupe interrogé.

Le nouveau-né était le :	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant	5 ^e enfant
Effectif (N=60)	30	18	6	4	2
%	50,0	30,0	10,0	6,7	3,3

Tableau 3 : Répartition des 60 mères interrogées selon leur parité.

4. EXPÉRIENCE ANTÉRIEURE D'ALLAITEMENT

Sur les 30 mères multipares, 26 avaient allaité leurs autres enfants entre 1 semaine et 12 mois, soit une moyenne de 4,5 mois.

5. ÉVOLUTION DU POIDS DES ENFANTS

Le poids des bébés était compris entre 2,460 kg et 4,850 kg pour une moyenne de 3,364 kg.

Sur les 60 bébés, 34 (plus de la moitié) avaient arrêté de perdre du poids au moment de l'entretien et donc 26 bébés n'étaient pas stabilisés (cf. Tableau 4).

Jour de vie au moment de l'entretien	Nombre d'enfants concernés (N=60)	Nombre d'enfants ayant arrêté de perdre du poids	Nombre d'enfants toujours en perte de poids
2 ^e	2	0	2
3 ^e	17	5	12
4 ^e	16	8	8
5 ^e	19	17	2
6 ^e	5	3	2
7 ^e	1	1	0

Tableau 4 : Répartition des 60 bébés en fonction de l'arrêt ou non de la perte de poids et de l'âge du bébé au jour de l'entretien.

B. Pendant la grossesse

1. INFORMATION PRÉNATALE SUR L'ALLAITEMENT

Pendant la grossesse, 33 mères (soit 55 %) ont eu une information sur l'allaitement ; le mode d'information le plus souvent cité (8 fois) était la lecture ou la consultation d'internet (cf. Tableau 5).

Mode d'information	Effectif (N=33)
Livres, revues et internet	14
En maternité lors d'une séance info allaitement	8
Réunion en PMI	7
Préparation à l'accouchement en maternité	7
Consultation avec une sage femme libérale	4
Famille ou amis	4
Consultation avec le gynécologue	3
Association de soutien à l'allaitement	2

Tableau 5: Modalités d'information pour les 33 mères de l'étude qui se sont informées sur l'allaitement pendant leur grossesse (plusieurs réponses possibles).

Vingt-cinq mères sur 33 ont déclaré que cette information les avait confortées dans leur choix.

Les 9 autres étaient déjà très motivées avant même d'être enceintes et n'ont pas trouvé que l'information reçue avait modifié leur envie ou choix d'allaitement.

Toutes les mères avaient décidé d'allaiter pendant la grossesse (si ce n'est même avant celle-ci).

2. RAISONS DU CHOIX DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

La grande majorité des mères pensait en premier au lien mère enfant et aussi aux bienfaits pour le bébé du lait maternel (cf. Tableau 6).

Raison citée pour choisir d'allaiter	Nombre de réponses (N=60)	Pourcentage de réponse (%)
Car le lait est idéalement adapté au bébé	43	71,7
Pour la proximité mère enfant	39	65,0
Pour les bienfaits de la santé de la mère et de l'enfant	35	58,3
Pour les avantages sur l'immunité de l'enfant	30	50,0
Pour le côté naturel	30	50,0
Pour le côté pratique, rapide	13	21,7
Pour l'avantage économique	11	18,3
Pour des allergies dans leur famille	8	13,3
Pour des convictions personnelles	7	11,7
Pour l'aspect écologique	6	10,0
A la demande de leur mari	2	3,3
Autres : bonne expérience d'allaitement pour le 1 ^{er} enfant	2	3,3
Pour faire comme les autres	1	1,7

Tableau 6 : Réponses des 60 mères sur les raisons de choisir l'allaitement (plusieurs réponses possibles).

C. La naissance et l'accueil de l'enfant

1. L'ACCOUCHEMENT

Quarante trois femmes sur 60 ont accouché par voie basse et 17 (soit 28,3 %) par césarienne. Deux femmes ont accouché sans aucune médicalisation (péridurale ou analgésie). Un peu moins d'1/3 des accouchements ont été déclenchés. (cf. Tableau 7)

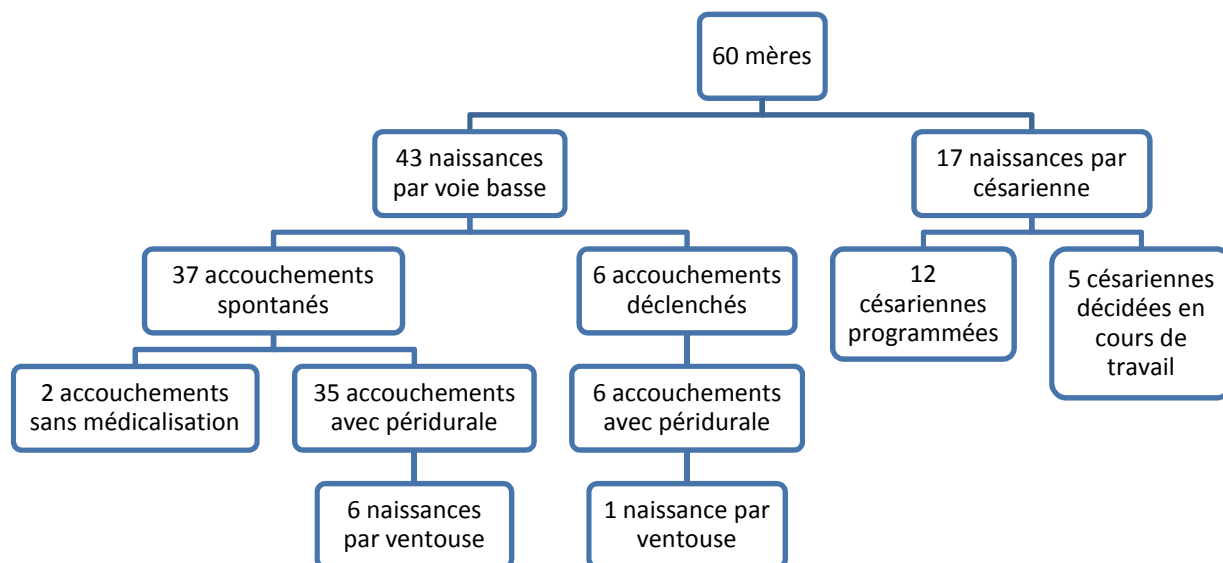


Tableau 7 : Répartition des 60 mères de l'enquête selon le mode d'accouchement, le déclenchement et l'utilisation de la péridurale pour les accouchements par voie basse.

Parmi les 43 femmes qui ont accouché par voie basse, 16 ont eu une épisiotomie et 9 ont eu une déchirure du périnée.

2. PEAU À PEAU

Pour les naissances par voie basse, le peau à peau a été quasi systématique ; en revanche, ils ont tous été interrompus pour des soins de routine au bout d'un quart d'heure selon la déclaration des mères. (cf. Tableau 8)

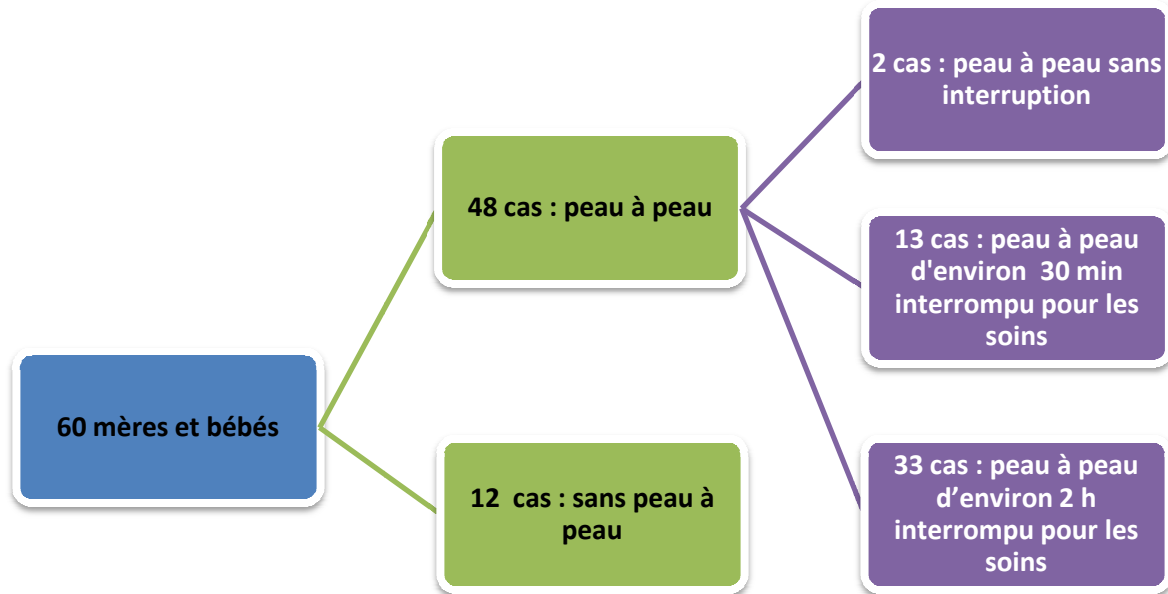


Tableau 8 : Répartition des 60 couples mères/bébé en fonction du peau à peau après l'accouchement

Dans 48 cas sur 60, le contact peau à peau a été proposé par le personnel hospitalier.

D. La première tétée

Elle a eu lieu en salle de naissance pour un enfant sur 2 (cf. Tableau 9).

	En salle de naissance	En salle de réveil	En chambre
Effectif (N=60)	33	6	21
%	55	10	35

Tableau 9: Répartition des 60 dyades mères/bébé, en fonction du lieu de la première tétée

Dans 2/3 des cas, un membre du personnel a apporté une aide directe pour la tétée (cf. Tableau 10).

	Aide par le personnel	La tétée s'est faite sans aide	Aide d'un membre de la famille
Effectif (N=60)	40	19	1
%	66,7	31,7	1,7

Tableau 10: Répartition des 60 dyades mères/bébé en fonction de l'aide reçue pour la première tétée.

Deux tiers des bébés, lors de cette première tétée, ont pris le sein en position de la madone classique (cf. Tableau 11).

	En madone classique	Sur le torse	Sur le ventre	En ballon de rugby
Effectif (N=60)	39	15	4	2
%	63,3	25,0	6,7	3,3

Tableau 11: Répartition des 60 dyades mères enfant en fonction de la position adoptée pour la première mise au sein où qu'elle se soit déroulée.

Lors de la première tentative réelle de mise au sein, où qu'elle se soit déroulée et sans notion de temps vis à vis de l'accouchement, 50 bébés ont réussi à prendre le sein et donc 10 bébés n'y sont pas parvenus.

Le ressenti des mères :

La plupart des mères se sont senties soutenues à la fois par leur conjoint et le personnel lors de cette première tétée (cf. Tableau 12).

Soutien de la mère pour la 1 ^{ère} tétée	Par le personnel uniquement	Par le conjoint uniquement	Par le personnel et le conjoint	Par des membres de la famille
Effectif (N=60)	14	16	22	8
%	23,3	26,7	36,7	13,3

Tableau 12: Répartition des 60 mères en fonction de la ou des personnes qui les ont soutenues.

Sur ces 60 mères, 56 se sont senties entourées, une s'est sentie trop entourée, et trois autres pas assez dont une pas du tout.

La mère qui s'est sentie trop entourée, décrivait une attitude du personnel qu'elle a ressentie comme oppressante ; de plus, elle aurait apprécié avoir une ambiance plus sereine et intime lors de cette première tétée.

Émotions ressenties par les mères lors de la première tétée	Effectif (N=60)	%
Heureuse	31	51,7
Agréable	28	46,7
Émue	26	43,3
À l'aise	11	18,3
Sereine	11	18,3
Douloureuse	10	16,7
Fière des compétences de votre bébé et de vous-même	8	13,3
Très mal à l'aise	4	6,7
En manque de connaissance	4	6,7
Désemparée	1	1,7
Désagréable	1	1,7
Seule	0	0,0

Tableau 13: Réponses des 60 mères sur les émotions ressenties lors de la première tétée (plusieurs réponses possibles).

Dans l'ensemble, les mères ont plutôt des émotions positives lors de cette première tétée. Une mère sur 6 a ressenti de la douleur.

E. Poursuite de l'allaitement après la salle de naissance

Le contact peau à peau a été proposé à 16 mères (soit 26,7 %) pendant le séjour.

Cinquante trois mères (soit 88,3 %) avait eu leur montée de lait (activation sécrétoire) au moment de l'entretien.

La majorité des mères ont déclaré pratiquer l'allaitement maternel à l'éveil (cf. Figure 1). Douze mères respectaient des horaires pour les tétées et 16 mères interprétaient les pleurs de leur bébé comme le signe qu'il était prêt à téter.

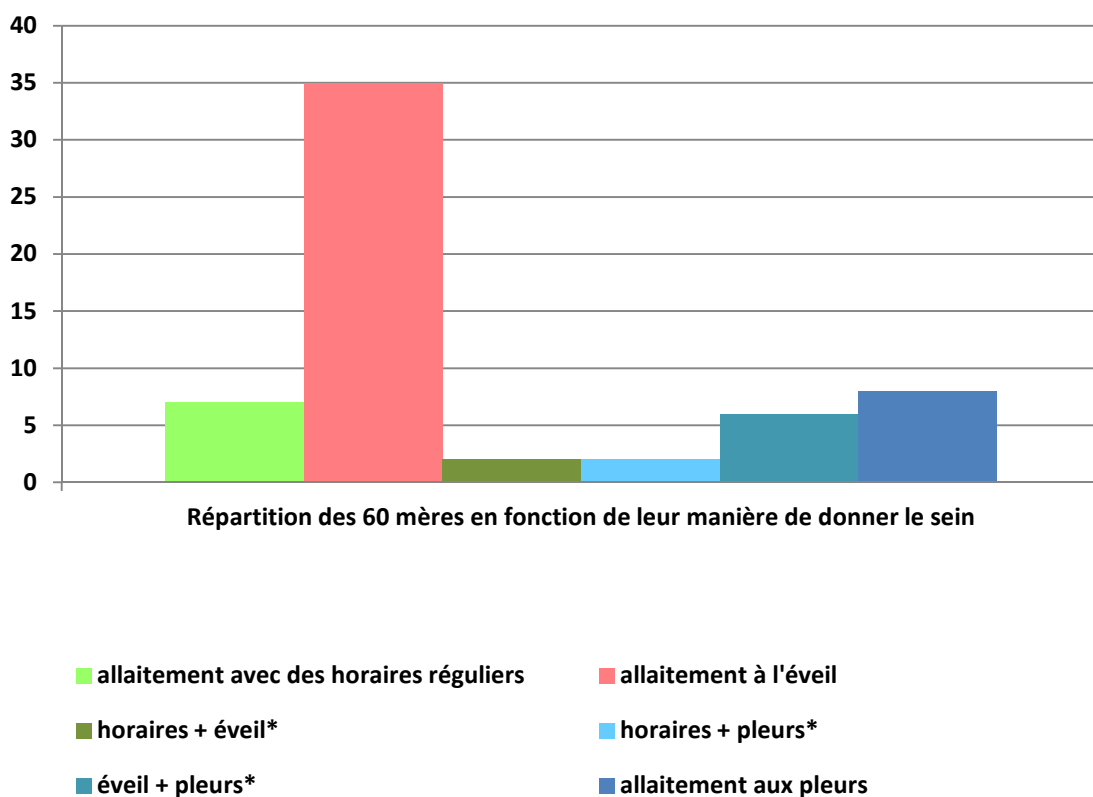


Figure 1 : Répartition des 60 mères en fonction de leur manière de proposer le sein.

Explications de la légende :

Horaires + éveil : signifie que la mère allaite son enfant dans des conditions qu'elle considère à l'éveil et qu'elle tient compte d'un intervalle qui doit être suffisant pour elle, par exemple 3 ou 4 h entre chaque tétée.

Horaires + pleurs : signifie que la mère allaite son enfant en fonction d'horaire régulier et que si celui-ci pleure avant l'horaire fixé, elle allaite tout de même. Par exemple, elle allaite son bébé toutes les 4 h mais s'il pleure « de faim » au bout de 3h, elle allaite.

Éveil + pleurs : signifie que la mère allaite son enfant dans ce qu'elle considère comme de l'éveil mais qui pour elle s'explique par les pleurs. Pas de recherche de signes d'éveil.

Dans les 24 h précédant l'entretien, les mères ont déclaré avoir allaité entre 2 et 12 fois, le nombre moyen étant de 7 tétées.

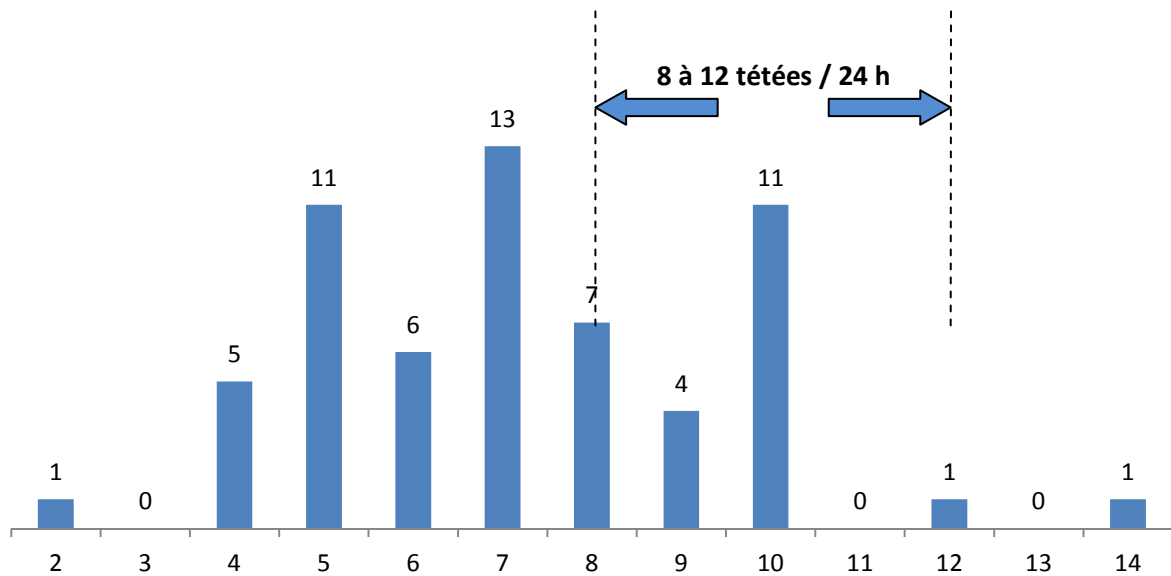


Figure 2 : Répartition des 60 bébés selon le nombre de tétées dans les 24 h précédant l'entretien, le chiffre au-dessus de chaque barre indique le nombre de bébés concernés, le nombre de tétées par 24 h est sur l'axe horizontal.

Un tiers des bébés avait entre 8 et 12 tétées dans les 24 dernières heures, soit la plage moyenne habituellement considérée comme facilitant le démarrage de l'allaitement.

1. LES CONSEILS DU PERSONNEL SUR LE NOMBRE, LA DURÉE ET L'ESPACEMENT DES TÉTÉES

À cette question ouverte, les réponses sont diverses :

- ✓ Quatorze mamans ont eu des conseils sur la durée des tétées de l'ordre de 10, 15 ou 20 min par sein.
- ✓ On a conseillé à 23 mères de respecter un intervalle de 2, 3 ou 4 h entre deux tétées.
- ✓ Souvent les mères ayant déjà eu des enfants n'ont pas eu de conseils, ou peu.
Au moins 2 mères ont eu comme consigne de ne pas réveiller le bébé pour lui permettre de se reposer. D'après les mères, ce conseil a été donné alors que leur enfant dormait depuis plusieurs heures sans avoir tété.
- ✓ Une mère a eu l'information que les bébés avaient en moyenne entre 8 et 12 tétées par 24 h.
- ✓ Pour certaines mères, il y a eu des conseils sur le nombre de tétée lors de l'ajout de biberons de complément. Par exemple : 4 tétées au sein par jour plus les biberons de complément.
- ✓ Huit mères n'ont pas eu de conseils.
- ✓ On a dit à 1 mère de stimuler chaque sein.
- ✓ Une mère m'a dit avoir eu l'information de donner le sein quand bébé réclame.
- ✓ Une autre mère s'est vue conseiller de faire en sorte que les tétées soient plus espacées.

- ✓ Une mère a signifié que selon les équipes, les recommandations sont variées et dépendantes du personnel.

2. LE DON DE COMPLÉMENT

Un peu moins de la moitié des bébés ont reçu d'autres aliments que le lait de leur mère pendant le séjour (cf. Tableau 14) : biberon d'eau pour 1 enfant ou biberon de préparation pour nourrisson (PPN) pour les 15 autres.

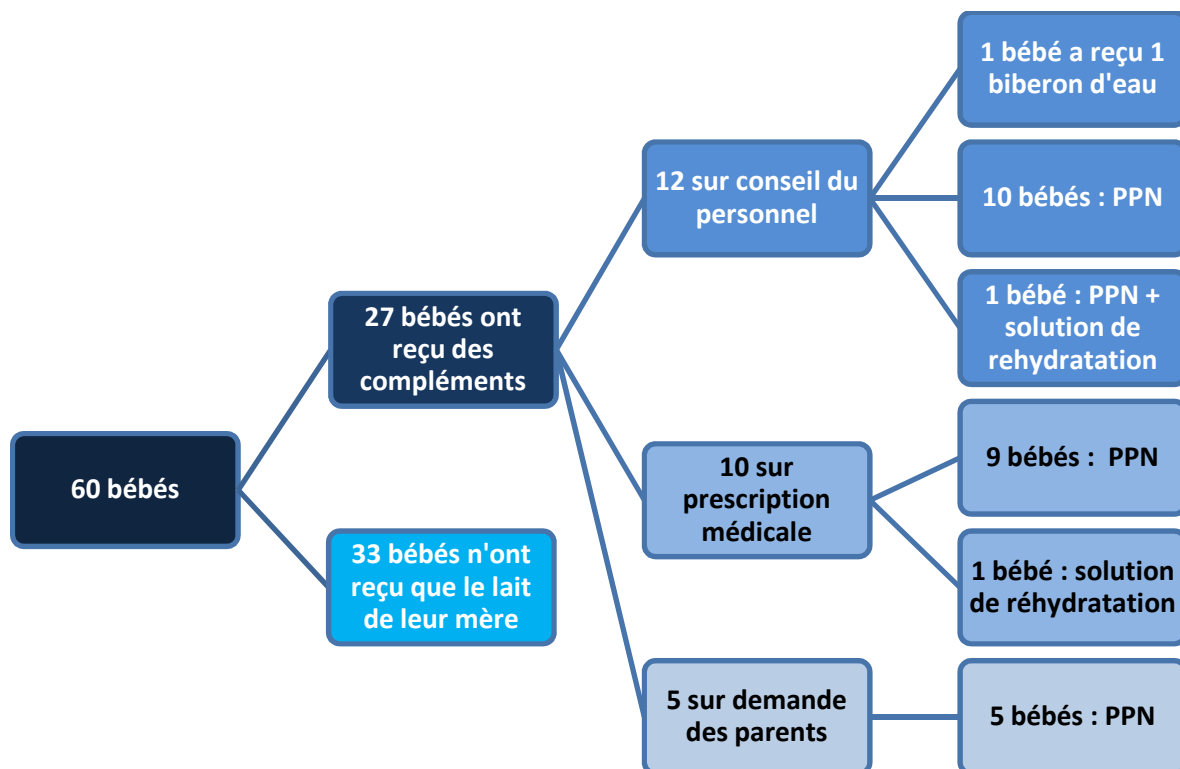


Tableau 14 : Répartition des 60 bébés, en fonction de la prise ou non de compléments, conseillés par le personnel, donnés sur prescription médicale ou demandés par les parents et selon le type d'aliment donné.

Tous les compléments de préparation pour nourrisson ont été donnés au biberon.

Vingt bébés ont reçu les compléments plus d'une fois par jour, 2 autres une fois par jour, et 5 moins d'une fois par jour.

Les parents qui ont déclaré que la préparation pour nourrisson avait été médicalement prescrite, n'en étaient pas absolument certains.

3. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES EN DÉBUT D'ALLAITEMENT

Sur ces 60 mères, 52 ont rencontré certaines difficultés se cumulant parfois. (cf. Tableau 15)

Type de difficulté	Effectif (N=52)	%
Douleurs dont l'intensité été plus ou moins gérable selon les mères	29	55,8
Crevasses	18	34,6
Difficultés pour la prise du sein	14	26,9
Prise indirecte du sein (avec un bout de sein)	8	15,4
Montée de lait très importante et difficile à gérer	7	13,5
Mal à l'aise avec les positions	5	9,6
Montée de lait faible	2	3,8
Bébé dormeur « qui ne réclame pas »	2	3,8

Tableau 15: Fréquence des difficultés rencontrées par les 52 mères qui ont déclaré en avoir eu.

Sur ces 60 bébés, 8 ont eu quelques soucis de santé : 6 (selon les mères) étaient des « bébés faibles » et « fatigués », 3 bébés ont eu un ictère.

4. L'UTILISATION DE BOUTS DE SEIN EN SILICONE

Un tiers des mères ont eu recours au bout de sein (BDS) pendant le séjour, et l'avaient toujours au jour de l'enquête (cf. Tableau 16).

Causes de l'utilisation des BDS	Difficulté à prendre le sein	Crevasses	mamelon peu saillant, non ombiliqué
Effectif (N=20)	12	7	5

Tableau 16 : Répartition des mères selon la cause de l'utilisation des bouts de sein (plusieurs réponses possibles).

La plupart de ces bouts de seins furent recommandés par le personnel soignant. (cf. Tableau 17)

Qui a recommandé les BDS	La mère	Sur conseil du conjoint	Sur conseil du personnel
Effectif (N=20)	5	1	14

Tableau 17 : Répartition des 20 mères utilisant les bouts de seins en fonction de la personne les ayant recommandés.

5. LES CONSEILS POUR SOIGNER LES MÈRES AYANT EU DES CREVASSES

Pour les 18 mères ayant eu des crevasses ou des débuts de crevasses, les conseils ont été :

Solutions proposées pour soigner les crevasses	Effectif (N=18)
Application d'une crème type cold cream ou lansinoh	15
Application d'une goutte de lait maternel après la tétée	9
Mises en place de bouts de seins	6
Pas de conseils	4
Pansement de lait maternel	1
Conseils et ou rectifications de la position du bébé et de la mère ou de la bouche du bébé	2

Tableau 18 : Répartitions des 18 mères ayant eu des crevasses en fonction des actions mises en place ou des recommandations qu'elles ont reçues pour les soigner (plusieurs réponses possibles).

Sur ces 18 mères, 11 se sont senties soulagées par la mise en œuvre de ces conseils.

6. LA PRATIQUE DE L'ASSOUPPLISSEMENT DE L'ARÉOLE PAR CONTRE PRESSION, LA RECONNAISSANCE DES CRITÈRES D'EFFICACITÉ DE L'ALLAITEMENT, SAVOIR TIRER SON LAIT MANUELLEMENT.

Sur les 60 mères, 19 se sont fait expliquer l'assouplissement de l'aréole par contre pression et 18 de ces mères ont déclaré savoir le faire. J'ai pu constater, néanmoins, que la technique décrite par les mères n'était pas celle que j'ai apprise lors de mes formations.

Sur les 60 mères, 31 des mères connaissaient certains critères d'efficacité de l'allaitement et citaient le plus souvent des bruits de déglutition, les selles et les tranchées.

Sur les 60 mères, 26 ont eu des explications sur les techniques d'expression manuelle du lait.

7. LE RESSENTI DES MÈRES SUR LES CONSEILS REÇUS DU PERSONNEL

Voici les réponses pour cette question qui proposait plusieurs réponses.

Les conseils étaient :	Effectif (N=60)	%
Nécessaires	29	48,3
Variés en fonction des membres du personnel	26	43,3
Utiles	26	43,3
Inexistants (Pas de conseils)	11	18,3
Réconfortants	11	18,3
Adéquats	6	10
Inadaptés	5	8,3
Insistants	4	6,7
Déstabilisants	4	6,7
Culpabilisants	3	5

Tableau 19 : Répartition et pourcentage des 60 mères en fonction des critères d'évaluation sur l'ensemble des conseils reçus durant le séjour au sujet de l'allaitement (plusieurs réponses possibles).

La plupart des mères avaient une bonne estime du personnel, et surtout confiance en ses conseils, environ une mère sur 2 les jugeait utiles et nécessaires.

Sur ces 60 mères, une avait arrêté l'allaitement pendant le séjour, avec peut-être un objectif de reprise...

Les mères ont légèrement augmenté la durée prévue pour leur allaitement pendant la grossesse : 4,3 mois en moyenne avant l'accouchement contre 4,7 mois le jour de l'enquête.

8. LA DOCUMENTATION POST SORTIE ET LA RECOMMANDATION DE GROUPE DE SOUTIEN

Sur 60 mères, 15 ont eu un document leur permettant de trouver de l'aide après le séjour.

Neuf mères avaient pris connaissance de l'existence de groupe de soutien et notamment pour huit, des rencontres organisées à la maternité.

9. L'UTILISATION DE TUTUTES ET TÉTINES

La moitié des bébés avaient eu une tétine ou sucette pendant leurs premiers jours de vie.

(cf. Tableau 20)

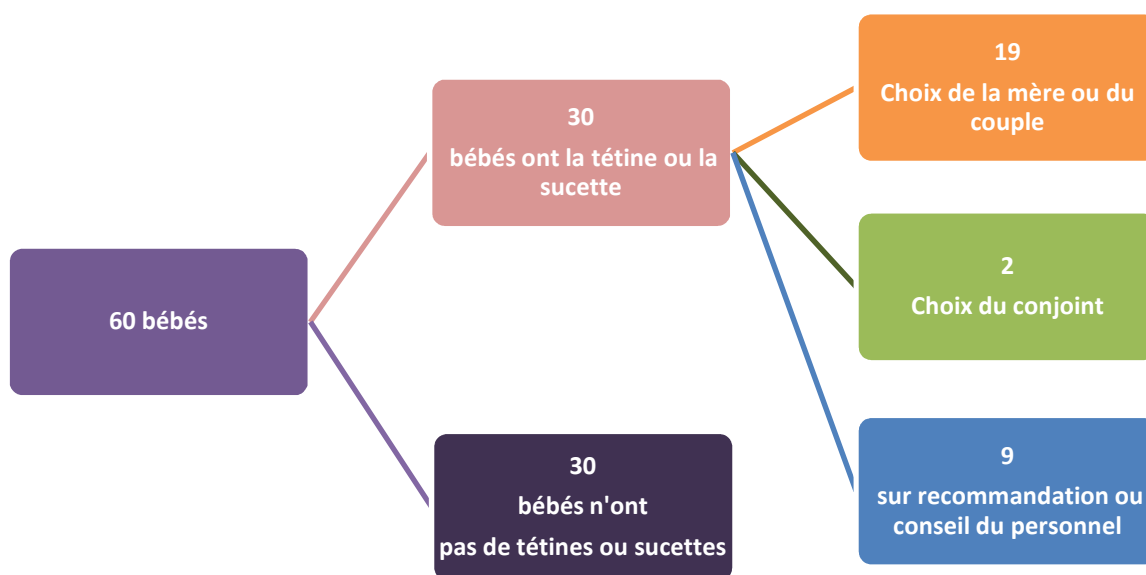


Tableau 20 : Répartition des 60 bébés qui ont eu ou non une tétine ou une sucette et en fonction de la personne initiatrice du choix ou conseil.

10. LA SÉPARATION MÈRE ENFANT

Seize des 60 bébés ont été séparés de leur mère la nuit (cf. Tableau 21).

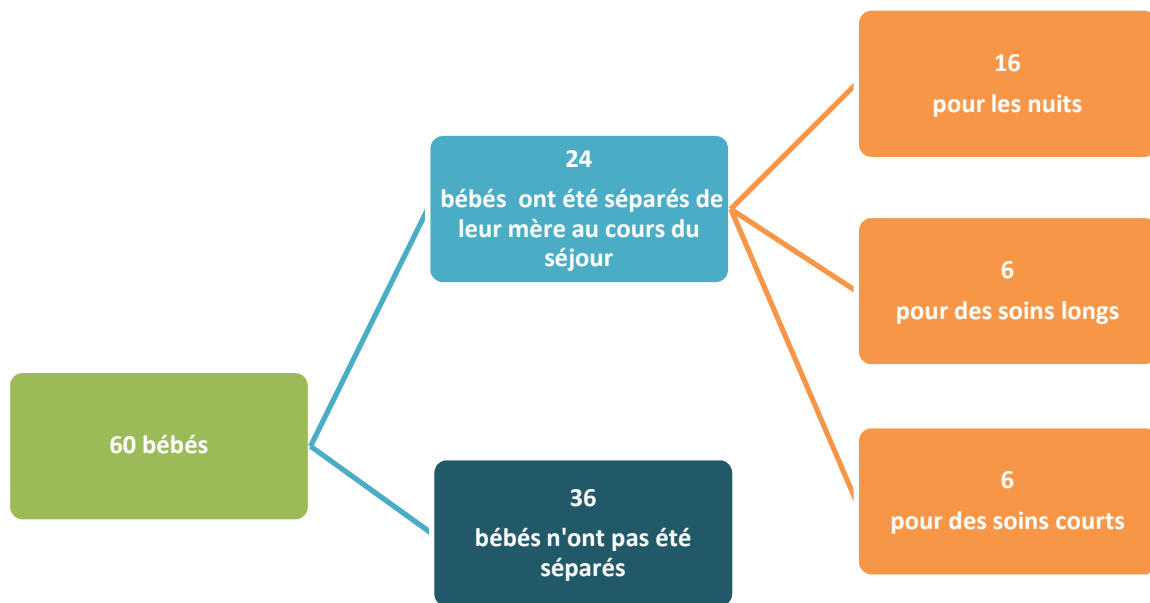


Tableau 21 : Répartition des 60 bébés en fonction des séparations d'avec la mère et en fonction du type de séparation (séparations pouvant se cumuler).

F. Le rôle d'une consultante en lactation IBCLC

1. LA PROFESSION DE CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC

Sur les 60 mères interrogées, 11 disaient connaître la profession au moins de nom, sans forcément pouvoir la définir précisément.

2. L'INTERVENTION D'UNE CONSULTANTE PENDANT LE SÉJOUR EN MATERNITÉ

La grande majorité des mères pensait qu'un entretien avec une consultante en lactation IBCLC pendant leur séjour en maternité aurait été une aide complémentaire et appréciable. Une mère sur 60 a estimé inutile ce type d'intervention.

Degré d'intérêt pour les mères de la présence d'une consultante en lactation pendant leur séjour en maternité	Effectif (N=60)
Complémentaire ou appréciable	49
Indispensable	6
Surement pas aidé plus	4
Inutile	1

Tableau 22 : Appréciations des 60 mères sur l'intervention d'une consultante en lactation IBCLC pendant leur séjour en maternité.

3. UTILITÉ D'UNE RENCONTRE AVEC UNE CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC AVANT L'ACCOUCHEMENT

Trente huit mères (soit 63,3 %) pensaient qu'une rencontre avec une consultante IBCLC leur aurait été utile avant l'accouchement.

Sur ces 38 mères :

- 16 d'entre elles, préféreraient en individuel et/ou
- 17 en petit groupe et/ou
- 12 auraient aimé en couple.

4. MODE D'ACTION ET LIEU DE PRÉSENCE UTILE DE LA CONSULTANTE IBCLC

Majoritairement, elles privilégiaient l'intervention d'une consultante dans les locaux de la maternité et dans les premiers jours suivant l'accouchement (cf. Tableau 23).

Mode d'action ou de présence de la Consultante en lactation IBCLC	Effectif (N=60)	%
en consultation en maternité dans les premiers jours suivant l'accouchement	49	81,7
en consultation pour des soucis ou des inquiétudes rencontrées tout au long de l'allaitement	43	71,7
en consultation individuelle ou collective avant l'accouchement pour bien se préparer	40	66,7
en consultation lors d'une permanence allaitement à la maternité après le séjour	30	50
en consultation spéciale allaitement le jour de la sortie	28	46,7
en salle de naissance si la mère en ressent le besoin	16	26,7

Tableau 23: Répartition et pourcentage des mères, en fonction de la modalité et du lieu d'action qu'elles préconiseraient pour que l'action d'une consultante en lactation IBCLC soit utile (plusieurs réponses possibles).

VII. Analyse des résultats et perspectives

L'étude a porté sur 60 mères ayant accouché à Amiens entre mars et avril 2011. Elles ont répondu à un questionnaire au cours d'un entretien individuel avant leur sortie du service de maternité. Elles avaient un enfant à terme et en bonne santé, et avaient commencé à l'allaiter dès la naissance.

1. REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON DE MÈRES INTERROGÉES ET LIMITATIONS DE L'ÉTUDE

L'âge moyen des mères était de 29 ans, ce qui correspond à l'âge moyen des femmes interrogées au cours de la dernière enquête de périnatalité⁶ (29,7 ans). Les mères primipares représentaient la moitié de l'effectif de l'étude, chiffre assez proche de la proportion relevée en Somme entre 2003 et 2008⁵, soit 42 %. En revanche, le niveau d'études des mères était plus élevé que dans l'enquête périnatale nationale de 2010 : seules 13 % des mères de l'étude avaient un niveau inférieur au BAC alors qu'elles étaient 49 % dans l'enquête nationale⁷. Cet écart n'est pas surprenant dans la mesure où les mères ayant un niveau d'études plus élevé choisissent plus souvent d'allaiter².

On peut considérer que les mères interrogées dans l'étude formaient un groupe assez représentatif de la population de la Somme, compte-tenu des critères d'inclusion.

Cette étude avait plusieurs limites :

- Les entretiens ont eu lieu avant le jour de la sortie. Les réponses ne sont donc peut-être pas représentatives des pratiques du service pour la préparation de la sortie car certaines mères ont pu avoir des informations complémentaires après l'entretien.
- L'enquête a concerné uniquement les mamans hospitalisées et il n'était pas possible, dans le temps imparti, de mener également des entretiens auprès des professionnels des services. L'analyse des pratiques qui suit s'appuie donc sur les réponses des mères. Il aurait été intéressant de les mettre en perspective avec le discours des professionnels eux-mêmes. Les mères peuvent avoir recueilli des informations de bien d'autres sources que les professionnels du service (leur entourage, internet, etc.) et il n'est pas exclu que certaines de leurs pratiques soient plus liées à ces informations venant d'autres sources qu'à celles proposées dans le service.

2. SOUTIEN DES ÉQUIPES RESENTI PAR LES MÈRES

La plupart des mères ont déclaré avoir une bonne estime du personnel et lui faire confiance. Plus d'une mère sur 2 s'est sentie soutenue par le personnel pour la 1^{ère} tétée (cf. Tableau 12). et 43 % des mères ont jugé que les conseils des professionnels du service leur avaient été utiles (cf. Tableau 19).

Ces résultats sont très positifs sur la qualité de la communication des professionnels dans leur ensemble, même si un peu moins d'une mère sur 2 a été perturbée par des conseils parfois divergents.

3. ANALYSE DES PRATIQUES SELON LES RÉPONSES DES MÈRES

Les réponses des mères peuvent être analysées au regard de certaines des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS/UNICEF (voir annexe 3).

- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

Dans le Tableau 5, sur les 60 femmes de l'enquête, 33 ont eu une information sur l'allaitement. Pour 15 de ces mères, l'information avait été fournie par la maternité mais seulement 7 ont cité la préparation à la naissance proposée par la maternité.

Il aurait été utile de savoir combien de femmes avaient suivi une préparation à la naissance pour analyser plus finement l'impact de la séance sur l'allaitement.

Sur les 27 mères n'ayant pas eu d'informations sur l'allaitement pendant leur grossesse, 17 étaient multipares, ce qui peut expliquer la non recherche d'information. En effet, les mères multipares peuvent s'appuyer sur leurs expériences précédentes pour se sentir confiantes en leurs capacités à allaiter leur enfant à naître. On retrouve d'ailleurs un écart important sur la participation à une préparation à la naissance entre les mères primipares (73 %) et les mères multipares (29 %) dans la dernière enquête nationale de périnatalité⁶.

Il pourrait être intéressant de connaître également le pourcentage de femmes ayant eu l'entretien prénatal précoce qui est un moment important pour aborder la question de l'alimentation de l'enfant à naître. Renforcer les relations entre la maternité, les sages-femmes libérales et les sages-femmes de PMI dans le cadre d'un réseau sur Amiens pourrait faciliter l'information prénatale.

- Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Dans l'étude, le peau à peau en salle de naissance était largement proposé par le personnel et pratiqué par les mères (48 sur 60). Pour 38 mères sur 48, ce peau à peau a duré les 2h de surveillance de la salle de naissance. Cependant, il était quasiment toujours interrompu par des soins, ce qui peut avoir un impact sur la mise en place de cette première tétée. Seuls 2 bébés sur 48 ont pu bénéficier d'un peau à peau ininterrompu.

- Ne donner aux nouveau nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

L'enquête a montré qu'un peu moins de la moitié des nouveau-nés (27 sur 60) ont reçu des compléments pendant leur séjour (cf. Tableau 14).

Dans 5 cas, le complément a été demandé par les parents et dans 10 cas, il s'agissait d'une prescription médicale. Le complément a été conseillé par le personnel dans un peu moins de la

moitié des autres cas (12 sur 27). Cette analyse est à compléter avec le nombre de tétées que les mères ont déclarées dans les 24 h précédant l'entretien : plus de 2/3 des bébés avaient eu moins de 8 tétées (cf. Figure 2).

Les recommandations sur le démarrage de l'allaitement (ANAES 2002) insistent sur l'importance de respecter de rythme de l'enfant et d'aider la mère à repérer les signes montrant que l'enfant est disposé à prendre le sein, ce qui conduit le plus souvent à plus de 8 tétées par 24 h, espacées irrégulièrement. D'après les réponses des mères, les informations données sur l'espacement des tétées étaient diverses et beaucoup pensaient devoir respecter un intervalle minimum de 2 h entre deux tétées et considéraient les pleurs de leur enfant comme le signe principal pour proposer la tétée (23 mères sur 60).

Il est souvent possible de favoriser l'efficacité du transfert de lait au cours de la tétée en proposant le contact peau à peau et l'expression précoce de lait si l'enfant tète peu spontanément, ces difficultés étant généralement transitoires chez l'enfant né à terme et en bonne santé⁸

La mise en œuvre de ces pratiques en routine demanderait sans doute un travail d'équipe sur la cohérence des informations fournies aux mères afin de diminuer le recours aux compléments.

- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour

Le Tableau 21 montre que 24 bébés sur 60 ont été séparés de leur mère au moins 1 fois ; le plus souvent (16 cas sur 24), cette séparation a eu lieu la nuit. Il serait intéressant de mener une analyse poussée des circonstances de cette séparation nocturne et de discuter avec les personnels travaillant la nuit des moyens permettant de réduire l'incidence de ces séparations : proposer le contact peau à peau dans des conditions de sécurité, retarder l'heure des premiers soins pour préserver le sommeil matinal de la mère et de l'enfant⁹.

- Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.

Au cours de mon enquête, j'ai pu constater que les mères avaient bien eu l'information de l'allaitement à l'éveil ou à la demande (Figure 1). Néanmoins, elles avaient reçu aussi des informations contradictoires sur l'intervalle entre les tétées et la durée de tétée à respecter. Il est important de garder à l'esprit que les mères reçoivent de nombreuses informations par d'autres sources que les professionnels du service, en particulier de leur entourage. Les propos des mères ne reflètent donc pas systématiquement de façon rigoureuse ceux des professionnels du service.

- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ni sucette.

Le Tableau 20 indique que 30 bébés ont eu une sucette pendant leur séjour, et dans 9 cas, elle a été proposée par le personnel. Selon les recommandations de bonnes pratiques, il est nécessaire que les parents soient informés des risques de l'utilisation de la sucette, en particulier sur la fréquence des tétées^{2,10}. En effet, l'utilisation d'une tétine peut conduire le bébé à satisfaire son besoin de succion sans téter au sein et donc à espacer les tétées : la perte de poids peut être majorée ainsi que l'ictère. Faute de temps pour accompagner la mère dans une situation de

désarroi, et de propositions alternatives, la sucette peut apparaître comme une solution efficace pour calmer un bébé qui pleure. Si la mère est informée des risques associés à la tétine, elle peut l'utiliser ponctuellement et veiller à proposer le sein son bébé au moins 8 fois par 24 h.

- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Les documents de sortie donnés aux parents mentionnaient les coordonnées des groupes de soutien, et certaines mères m'ont aussi parlé de réunions organisées à la maternité pour les mères hospitalisées et les mères déjà revenues à leur domicile.

J'ai eu le sentiment que les mères se sentaient peu encouragées à y participer. Il est vrai que si la fréquentation des groupes de mères est un élément important du soutien que les parents peuvent obtenir pour l'allaitement et le renforcement de leur sentiment de compétences, ce n'est pas une démarche très courante en France ; il pourrait être judicieux de s'assurer que les mères ont eu l'occasion, avant leur sortie, de discuter avec le personnel de l'intérêt de participer à un de ces groupes.

4. ANALYSE DE LA PLACE D'UNE CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC SELON LES MÈRES

On peut dans un premier temps rappeler la définition, le rôle et le type d'action de cette certification, extraite du site de l'association ProLactIn^c :

Un consultant en lactation certifié IBCLC est un spécialiste de la lactation humaine, de la conduite de l'allaitement maternel et de la relation d'aide dans le suivi mère-enfant.

Le rôle du consultant en lactation consiste à accompagner la mère et l'enfant au fil de l'allaitement maternel, depuis le désir d'allaiter jusqu'au sevrage.

Le consultant en lactation fait de la prévention en s'assurant que l'allaitement se passe au mieux pour la mère et l'enfant. Il intervient également pour revoir la conduite de l'allaitement en cas de difficulté. Il soutient la mère dans son allaitement en cas de situation difficile. Il soutient et accompagne la mère au cours du sevrage.

Le consultant en lactation est un professionnel qui ne pose pas de diagnostic ni ne fait de prescription. Il travaille toujours en partenariat avec le médecin de la mère et celui de l'enfant.

Toutes les personnes qui utilisent le titre de consultant en lactation IBCLC doivent agir selon les Normes de pratique et le Code de déontologie des IBCLC dans toutes leurs interactions avec les usagers, la famille de ceux-ci et les autres professionnels de santé. C'est une garantie de bonne pratique pour les usagers.

^c <http://www.consultantenlactation.com/definition-ibclc/role.html>

La certification de consultante en lactation IBCLC est encore peu connue, à peine 20 % des mères de l'étude disaient avoir déjà entendu parler de cette profession. Pourtant, dès que son rôle a été expliqué aux mères pendant l'entretien, elles ont été plus de 90 % à penser que son intervention en maternité serait complémentaire à celui des autres soignants et appréciable (cf. Tableau 22).

En ce qui concerne les modalités d'intervention de la consultante, plus de 80 % auraient apprécié une consultation au sein de la maternité les jours suivant leur accouchement.

La disponibilité d'une consultante en lactation IBCLC qui aurait un discours cohérent avec celui des soignants s'avère un des souhaits les plus plébiscités par les mères en ces jours de fragilités qui suivent l'accouchement.

Dans l'étude, plus de 70 % des mères étaient prêtes à rencontrer une consultante tout au long de leur allaitement pour des soucis et des inquiétudes.

Ces résultats montrent le souhait pour ces mères de persévérer dans leur allaitement et peuvent inciter à favoriser le travail en réseau afin que celles-ci puissent facilement trouver appui auprès d'une consultante. Un travail en réseau efficace permettrait également à la consultante en lactation de faire un retour vers les professionnels de santé suivant la mère ou l'enfant et de proposer aux parents qui la contactent de consulter un professionnel du réseau si besoin.

Plus de 2/3 des mères de l'étude ont estimé que participer à un atelier avant leur accouchement animé par une consultante en lactation certifiée IBCLC pour se préparer à l'allaitement, aurait pu leur être utile. L'organisation de tels ateliers nécessiterait là aussi un travail en réseau pour que les sages-femmes et les gynécologues puissent informer les futurs couples de leur tenue et de l'intérêt d'y participer.

La moitié des mères aurait apprécié que la maternité propose une permanence allaitement pour les mères après le retour à la maison.

Un peu moins de la moitié des mères de l'étude pensait qu'une consultation le jour de leur sortie leur aurait été utile pour mieux appréhender le retour à la maison, avoir les informations pratiques pour la suite, et/ou trouver des solutions aux problèmes déjà rencontrés pendant leur séjour en maternité.

En revanche, peu de mères, 26 %, auraient souhaité la présence d'une consultante en salle de naissance juste après leur accouchement. Le besoin d'intimité dans ce moment de découverte et de magie est peut-être en lien avec ce résultat, bien que la consultante se doit de n'intervenir qu'à leur demande.

VIII. Conclusion

L'enquête menée auprès de 60 mères ayant accouché au centre de gynécologie obstétrique de l'hôpital Camille Desmoulins et au pôle femme enfant de Pauchet montré que les mères avaient dans l'ensemble une très grande confiance dans le personnel soignant et s'étaient le plus souvent senties très entourées pour le démarrage de leur allaitement. Plusieurs points ont été soulevés sur les difficultés qu'elles ont rencontrées et en particulier la diversité des conseils et des informations fournis par le personnel. Plusieurs des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel étaient partiellement mises en œuvre au vu des réponses des mères et il est souhaitable que les efforts des professionnels soient poursuivis et encouragés par l'encadrement.

Pour conclure voici un extrait de «Allaitement Maternel : mise en œuvre et poursuite de l'allaitement dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant » de ANAES mai 2002

« Toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou partie des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » (IHAB) améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (grade B).

La mise en œuvre de ces conditions est recommandée, mais rend nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués. »

À l'occasion d'une présentation de ce travail, il serait intéressant d'examiner les possibilités de mettre en œuvre un travail en réseau qui implique des professionnels référents de chaque service de maternité, des professionnels de la PMI, les sages-femmes libérales et les consultants en lactation, afin de faciliter un soutien cohérent aux mères qui choisissent d'allaiter leur nouveau-né.

IX. Les annexes

ANNEXE 1 : LE GUIDE D'ENTRETIEN

1/ Age de la mère :

2/ Profession :

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> agriculteur, exploitant | <input type="radio"/> employé |
| <input type="radio"/> artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="radio"/> ouvrier |
| <input type="radio"/> cadre, profession intellectuelle supérieur | <input type="radio"/> retraité |
| <input type="radio"/> profession intermédiaire | <input type="radio"/> personne sans activité professionnelle |

3/ Niveau d'étude :

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> cap/bep | <input type="radio"/> bac +2 |
| <input type="radio"/> bac | <input type="radio"/> plus de Bac +2 |

4/ Nombre d'enfants :

5/ Date de naissance du nouveau-né :

6/ Poids de l'enfant à la naissance :

7/ Poids le plus bas :

8/ Date d'accouchement prévue :

9/ Âge lors du 1er accouchement :

Pendant la grossesse :

10/ Avez-vous eu des informations sur l'allaitement maternel ? OUI NON

10b/ Si oui, comment ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> entretien prénatal précoce | <input type="radio"/> lors des cours de préparation à l'accouchement |
| <input type="radio"/> lors d'une consultation auprès d'une sage-femme libérale | <input type="radio"/> auprès d'une association de soutien à l'allaitement Maternel |
| <input type="radio"/> autres : | <input type="radio"/> livres, revues, internet... |

11/ Cette information a-t-elle renforcé votre décision d'allaiter ?

- OUI NON

12/ Aviez-vous décidé d'allaité pendant la grossesse ?

- OUI NON Je n'avais pas décidé

13/ Qu'est-ce qui vous a motivée pour tenter l'allaitement maternel ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> pratique, rapide | <input type="radio"/> naturel |
| <input type="radio"/> écologique | <input type="radio"/> économique |
| <input type="radio"/> proximité mère enfant | <input type="radio"/> conviction personnelle |
| <input type="radio"/> immunité | <input type="radio"/> lait idéalement adapté au bébé |
| <input type="radio"/> allergie dans la famille | <input type="radio"/> bienfaits pour la santé de la mère et de l'enfant |
| <input type="radio"/> pour faire comme les autres | <input type="radio"/> autres : |
| <input type="radio"/> à la demande de mon mari | |

Accouchement :

14/ Comment avez-vous accouché ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> par voie basse | <input type="radio"/> par césarienne |
| <input type="radio"/> sans médicalisation | <input type="radio"/> avec une péridurale ou autre analgésique |
| <input type="radio"/> travail spontané | <input type="radio"/> accouchement déclenché |
| <input type="radio"/> ventouse | <input type="radio"/> forceps |
| <input type="radio"/> autres : | |

15/ Dès que votre bébé est né, l'avez-vous eu en peau à peau ?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| <input type="radio"/> proposé par le personnel | <input type="radio"/> à votre demande |

16/ Si oui, combien de temps a-t-il duré ?

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> au moins 2 h sans interruption | <input type="radio"/> au moins 2 h avec interruption pour des soins |
| <input type="radio"/> largement moins de 2h : _____ | |

La première tétée :

17/ Où s'est passée la première tétée ?

- en salle de naissance en chambre autre

18/ Votre bébé a été placé ?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> sur votre ventre | <input type="radio"/> sur votre torse |
| <input type="radio"/> en position d'allaitement classique | <input type="radio"/> autres : |

19/ Pour la prise du sein vous avez :

- été aidée par le personnel laissé bébé prendre seul le sein
 été aidée par mon conjoint autres :

20/ A-t-il réussi à prendre le sein ? OUI NON autre

21/ Quel était votre ressenti après cette première tétée ? (plusieurs réponses possibles)

- agréable fière des compétences de votre bébé et de vous-même
 douloureuse désagréable
 heureuse seule
 très mal à l'aise désemparé
 à l'aise sereine
 en manque de connaissance émue
 autres :

22/ Vous êtes-vous sentie entourée et soutenue pendant cette première tétée ?

- oui non pas assez
 oui mais trop non pas du tout
 oui très bien autres :

23/ Si oui, par qui ?

- par mon conjoint par le personnel
 autres :

24/ Si vous n'aviez pas fait le choix d'allaiter avant la naissance, pourquoi avez-vous accepté de faire la tétée dite "colostrale" ou "de bienvenue" ? (plusieurs réponses possibles)

- pour les bénéfices immunitaires je me suis sentie obligée
 pour essayer autres :
 lors du peau à peau, mon bébé a essayé et pris le sein seul

Poursuite de l'allaitement après la salle de naissance

25/ Vous a-t-on proposé de mettre votre bébé en peau à peau en suite de couche (durant votre séjour) ? OUI NON

26/ Quand ou comment donnez-vous le sein à votre bébé ?

- avec des horaires réguliers (tous les 2/3/4/...H): dès que mon bébé pleure

- à l'éveil (dès que mon bébé montre des signes d'éveil ou de faim) autres :

27/ Combien de fois tête-t-il environ par 24h ?

28/ Quels ont été les conseils du personnel sur le nombre de tétées et l'espacement entre celles-ci ?

29/ Avez-vous suivi ces conseils ? OUI NON

30/ Si non, pour quelle raison ? OUI NON

31/ Au cours du séjour, votre bébé a-t-il reçu autre chose que votre lait ?

OUI NON

32/ Si oui, pour quelle raison ?

- sur indication médicale sur proposition du personnel
 à votre demande autres :

33/ Qu'a-t-il reçu ?

- biberon de complément biberon d'eau
 biberon d'eau sucrée solution de réhydratation
 autres :

34/ Combien de fois ?

- moins d'une fois par jour une fois par jour
 plus d'une fois par jour autres :

35/ Avez-vous eu votre "montée de lait" avant la sortie ? (plénitude mammaire)

OUI NON autre

36/ Si vous avez rencontré des difficultés même minimes, quelles sont-elles ?

- montée de lait très importante mon bébé n'arrivait pas à téter directement au sein
 douleurs mon bébé a ou a eu des difficultés à prendre le sein
 montée de lait faible mal à l'aise avec les positions
 crevasses autres :

37/ Y a-t-il eu une intervention ou une observation faite sur votre bébé ?

- frein de langue problème de santé particulier :

palais creux ictère

autres :

38/ Avez-vous utilisé un bout de sein en silicone ? OUI NON

39/ Pour quelles difficultés?

mamelons ombiliqués crevasses

difficultés à prendre le sein autres :

40/ Sur quel conseil ?

moi-même mon conjoint

le personnel de la maternité la famille

autres :

41/ Si vous avez eu des crevasses, comment vous a-t-on conseillé ? (plusieurs réponses possibles)

on m'a conseillé une position plus adaptée :

on m'a conseillé de mettre des bouts des seins

on m'a conseillé de mettre une crème :

on m'a conseillé d'exprimer du lait maternel pour le mettre sur le mamelon

autres :

42/ Cela vous a-t-il soulagée ou aidée ? OUI NON

43/ Globalement les conseils que l'on vous a donnés, vous ont semblé :

nécessaires réconfortants

variés culpabilisants

déstabilisants adéquats

incompréhensibles inadaptés

insistants utiles

autres :

44/ Aujourd'hui continuez-vous à allaiter votre enfant ? OUI NON

45/ Qu'est-ce qui vous motive le plus pour cela ?

46/ Si vous aviez pensé à une durée d'allaitement avant l'accouchement, quelle était-elle ?

47/ Et quelle est-elle aujourd'hui ?

48/ Commentaires

49/ Vous a-t-on remis un document vous expliquant où trouver de l'aide après votre séjour à la maternité? OUI NON

50/ Vous a-t-on suggéré de rencontrer des groupes de mères ? OUI NON

51/ Votre bébé a-t-il une tétine artificielle ou sucette ? OUI NON

52/ Sur quel conseil ?

un choix personnel et ou de couple le choix de mon conjoint

sur les conseils d'un ou des membres du personnel autres :

53/ Depuis la naissance avez-vous été séparée de votre bébé ? OUI NON

54/ A quelle occasion ?

pour dormir la nuit pour des soins (courts)

pour des soins (longs) autres :

Consultante en Lactation certifié IBCLC

55/ Connaissez-vous avant cette enquête la profession de consultante en lactation IBCLC ?

OUI NON

56/ Malgré l'aide que vous avez pu recevoir, pensez-vous que l'intervention d'une consultante pendant votre séjour :

ne m'aurait sûrement pas aidée plus inutile

aurait été indispensable autres :

aurait été complémentaire et appréciable

57/ Une rencontre avec une consultante en lactation avant votre accouchement, aurait-elle pu vous être utile pour vous préparer aux premiers jours d'allaitement ?

OUI NON

58/ Si oui, dans quelle condition ?

en couple en individuel

en petit groupe autres :

59/ Quelle que soit votre réponse, pourriez-vous me dire ce qui vous motiverait ou non à rencontrer une consultante ?

60/ Où pensez-vous que sa présence serait utile ? (plusieurs réponses possibles)

- en salle de naissance si la mère en ressent le besoin
- en consultation en maternité dans les premiers jours suivant l'accouchement
- en consultation spéciale allaitement le jour de la sortie
- en consultation lors d'une permanence allaitement à la maternité après le séjour
- en consultation à votre domicile ou en cabinet privé
- en consultation individuelle ou collective avant l'accouchement pour bien se préparer
- en consultation pour des soucis ou des inquiétudes rencontrés tout au long de l'allaitement
- autres :

ANNEXE 2 : LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Bonjour madame,

Je m'appelle Clémence Gricourt, et suis étudiante au CREFAM à Paris, pour devenir Consultante en lactation IBCLC.

Dans le cadre de ces études, je réalise un mémoire.

Vivant à Amiens et souhaitant y travailler à l'obtention de ma certification, j'ai eu envie de m'intéresser aux mères de mon département pour connaître leur ressenti sur l'allaitement, pourquoi elles allaitent, l'influence de l'accouchement sur les débuts de l'allaitement, les difficultés rencontrées, les raisons des arrêts précoces ...

Une petite partie des questions porteront sur la connaissance du métier de consultante et de sa pratique. Ce qui pourra m'être utile pour savoir comment mener mon action et l'approfondir.

Pour ce faire j'ai besoin si vous êtes d'accord, de m'entretenir avec vous pour remplir le guide d'entretien de cette enquête qualitative.

Cette étude est anonyme, et je garderai le secret de notre entretien, afin que vous puissiez vraiment exprimer vos sentiments sans contrainte.

Voici un formulaire à compléter ci-dessous, afin de me permettre d'effectuer cette étude.

Merci beaucoup de votre participation.

Clémence Gricourt

Questionnaire :N°

NOM :

PRENOM :

...

J'accepte de participer à cette étude

Date et signature :

Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel

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

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

ANNEXE 4 : LISTE RÉCAPITULATIVE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des 2 maternités où l'étude a été menée.	9
Tableau 2 : Répartition des 60 mères interrogées selon la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'études.....	11
Tableau 3 : Répartition des 60 mères interrogées selon leur parité.	11
Tableau 4 : Répartition des 60 bébés en fonction de l'arrêt ou non de la perte de poids et de l'âge du bébé au jour de l'entretien.	12
Tableau 5: Modalités d'information pour les 33 mères de l'étude qui se sont informées sur l'allaitement pendant leur grossesse (plusieurs réponses possibles).	13
Tableau 6 : Réponses des 60 mères sur les raisons de choisir l'allaitement (plusieurs réponses possibles).....	14
Tableau 7 : Répartition des 60 mères de l'enquête selon le mode d'accouchement, le déclenchement et l'utilisation de la péridurale pour les accouchements par voie basse.	15
Tableau 8 : Répartition des 60 couples mères/bébé en fonction du peau à peau après l'accouchement.....	16
Tableau 9: Répartition des 60 dyades mères/bébé, en fonction du lieu de la première tétée.....	17
Tableau 10: Répartition des 60 dyades mères/bébé en fonction de l'aide reçue pour la première tétée.....	17
Tableau 11: Répartition des 60 dyades mères enfant en fonction de la position adoptée pour la première mise au sein où qu'elle se soit déroulée.	17
Tableau 12: Répartition des 60 mères en fonction de la ou des personnes qui les ont soutenues. .	18
Tableau 13: Réponses des 60 mères sur les émotions ressenties lors de la première tétée (plusieurs réponses possibles).	18
Tableau 14 : Répartition des 60 bébés, en fonction de la prise ou non de compléments, conseillés par le personnel, donnés sur prescription médicale ou demandés par les parents et selon le type d'aliment donné.....	21
Tableau 15: Fréquence des difficultés rencontrées par les 52 mères qui ont déclaré en avoir eu...	22
Tableau 16 : Répartition des mères selon la cause de l'utilisation des bouts de sein (plusieurs réponses possibles).	22
Tableau 17 : Répartition des 20 mères utilisant les bouts de seins en fonction de la personne les ayant recommandés.....	23
Tableau 18 : Répartitions des 18 mères ayant eu des crevasses en fonction des actions mises en place ou des recommandations qu'elles ont reçues pour les soigner (plusieurs réponses possibles).	23

Tableau 19 : Répartition et pourcentage des 60 mères en fonction des critères d'évaluation sur l'ensemble des conseils reçus durant le séjour au sujet de l'allaitement (plusieurs réponses possibles).....	24
Tableau 20 : Répartition des 60 bébés qui ont eu ou non une tétine ou une sucette et en fonction de la personne initiatrice du choix ou conseil.	25
Tableau 21 : Répartition des 60 bébés en fonction des séparations d'avec la mère et en fonction du type de séparation (séparations pouvant se cumuler).	26
Tableau 22 : Appréciations des 60 mères sur l'intervention d'une consultante en lactation IBCLC pendant leur séjour en maternité.	27
Tableau 23: Répartition et pourcentage des mères, en fonction de la modalité et du lieu d'action qu'elles préconiseraient pour que l'action d'une consultante en lactation IBCLC soit utile (plusieurs réponses possibles).	28

ANNEXE 5 : LISTE RÉCAPITULATIVE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des 60 mères en fonction de leur manière de proposer le sein.....	19
Figure 2 : Répartition des 60 bébés selon le nombre de tétées dans les 24 h précédant l'entretien, le chiffre au-dessus de chaque barre indique le nombre de bébés concernés, le nombre de tétées par 24 h est sur l'axe horizontal.	20

X. Bibliographie

- ¹ European Union Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action. Luxembourg: Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques; 2004.
- ² Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant - Recommandations. Paris: ANAES; 2002.
- ³ Marchand MC. Initiative hôpital ami des bébés: une démarche de qualité actuelle et méconnue. *Médecine & Enfance*, décembre 2006 (26): 585-9.
- ⁴ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Le guide de l'allaitement maternel. Paris : INPES ; 2009.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1265.pdf>
- ⁵ Exploitation des certificats de santé du 8e jour des enfants nés entre 2003 et 2008. Observatoire régional de la santé et du social de Picardie. 2010.
www.or2s.fr/Portals/0/Autres%20sanitaire/certificat%20sante.pdf
- ⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La situation périnatale en France en 2010. *Études et Résultats* n°775, octobre 2011.
www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/enquete_nationale/enquete_perinatale_2010_premiers_resultats_maternites.pdf
- ⁷ Blondel B, Kermarrec M. Enquête périnatale 2010. INSERM U. 953. 2011.
http://www.saffrance.fr/fileadmin/user_upload/Documents/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- ⁸ Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeeding the Late Preterm infant (34-37 weeks gestation). ABM Clinical Protocol #10. 2011.
http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol_10_Revised_English_6.11.pdf
- ⁹ Laurent C. Influence de la proximité mère-bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? *Rev. Méd. Périnat.* (2011) 3:25-33.
http://www.co-naitre.net/articles/proximite_sommeil_allaitement_CL2011.pdf
- ¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé. Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'Allaitement. Genève: OMS; 1999.
http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf