

# **MEMOIRE DE FORMATION DE CONSULTANTE EN LACTATION**

**ENQUÊTE SUR LES ARRÊTS PRÉCOCES DE**

**L'ALLAITEMENT À LA MATERNITÉ**

**FLAUBERT DU HAVRE**

**(2005)**

*Année 2006*

**Sophie DOUVILLE**

**CREFAM**

Directeur de mémoire: Docteur Luc LEVESQUE

*A toutes les mamans*

*qui ont accepté de répondre à mes questions et de partager leur expérience.*

*Aux infirmières et auxiliaires de puériculture  
de la Maternité Flaubert*

pour leur implication dans ce travail.

## Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Partie 1 Le séjour à la maternité ou les prémices de l'allaitement.....</b>	<b>2</b>
1. Rappel des 10 conditions.....	3
2. La naissance d'une mère.....	3
3. Difficultés de démarrage .....	4
3.1 Généralités.....	4
3.2 Difficultés venant de l'enfant.....	5
3.2.1 Le refus du sein .....	5
3.2.2 L'enfant qui tète mal .....	5
3.2.3 L'enfant qui somnole .....	5
3.3 Difficultés venant de la mère.....	6
3.3.1 Les crevasses .....	6
3.3.2 L'engorgement mammaire .....	7
3.3.3 Les mamelons plats ou rétractés.....	7
3.3.4 L'insuffisance de lait.....	8
4. Le rôle de l'équipe .....	9
<b>Partie 2 La maternité Flaubert.....</b>	<b>10</b>
1. Généralités.....	11
2. Le service de Maternité Flaubert.....	12
3. L'allaitement à la Maternité Flaubert .....	12
<b>Partie 3 étude .....</b>	<b>14</b>
1. Méthodologie .....	15
1.1 Population d'étude .....	15
1.2 Méthode.....	15
2. Résultats .....	16
2.1 Description de la population d'étude .....	16
2.2 Caractéristiques sociodémographiques des mères.....	17
2.3 Facteurs culturels.....	17

2.3.1	Choix du mode d'alimentation.....	17
2.3.2	Raisons qui incitent à allaiter.....	19
2.4	La salle de naissance.....	20
2.4.1	Données générales sur l'accouchement .....	20
2.4.2	Contact peau à peau et tétée précoce.....	21
2.5	Le séjour en maternité .....	21
2.5.1	Les pratiques liées à l'allaitement .....	21
2.5.2	Les mises au sein .....	23
2.6	Difficultés .....	23
2.6.1	Durée de l'allaitement .....	23
2.6.2	Raisons de l'arrêt.....	24
2.6.3	Les différentes difficultés rencontrées.....	24
2.7	L'enfant .....	25
2.8	La mère .....	26
3.	Discussion .....	26
3.1	Synthèse des résultats .....	26
3.2	Critiques méthodologiques .....	27
3.2.1	Biais de sélection .....	27
3.3	Qui sont ces femmes?.....	28
3.4	Quels types de difficultés ont-elles rencontrées? Quelles solutions ont été proposées? .....	28
3.5	Comment modifier nos pratiques .....	29
3.5.1	Avant la naissance .....	29
3.5.2	En salle de naissance .....	29
3.5.3	Pendant le séjour.....	30
3.6	Changements déjà observés.....	31
	<b>Conclusion .....</b>	<b>32</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>33</b>
	<b>Annexe : questionnaire.....</b>	<b>35</b>

# INTRODUCTION

Les bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé de la mère et de son enfant sont aujourd'hui établis. Malgré un retard important sur nos voisins européens, les femmes françaises sont de plus en plus nombreuses à préférer le sein pour leur enfant. Cependant, certaines d'entre elles rencontrent rapidement des difficultés qui les poussent à abandonner dès la maternité.

L'Organisation Mondiale de la Santé et l'United Nations International Children's Emergency Fund ont rappelé lors de leur déclaration conjointe, en 1989, le rôle déterminant des services de maternité dans l'adoption et la poursuite de l'allaitement. « Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement » énoncées dans cette déclaration [1] résument les pratiques devant être utilisées pour encourager et soutenir l'allaitement. En effet, il est indispensable que les différents professionnels de maternité puissent accompagner au mieux les mères et les couples qui ont choisi d'allaiter leur bébé, leur épargnant ainsi la souffrance d'un échec dans le premier projet mis en place avec leur enfant.

Plusieurs études ont été publiées afin d'évaluer les durées d'allaitement, d'analyser les facteurs associés à son initiation et à son sevrage prématuré. Aucune ne s'attarde sur le séjour à la maternité. L'enquête nationale périnatale de 1995 [2] révèle que 2 % des mères ayant débuté un allaitement au sein, l'ont abandonné au cours de leur séjour. Ce pourcentage est nettement inférieur aux données relevées dans la Maternité où j'exerce en tant que sage-femme. En effet, lors de l'enquête effectuée par le RÉseau NOrmand pour l'ALLaitement (RENOAL) en 2003 dans les Maternités de cette région, 7 arrêts sur 72 dossiers de femmes allaitantes avaient été recensés à la Maternité Flaubert du Havre.

Ces abandons précoces en cours d'initiation soulèvent beaucoup de questions : qui sont ces femmes ? Par quels facteurs leur choix a-t-il été influencé ? Quels types de difficultés ont-elles rencontrés ? Quelles solutions leur ont été proposées ? Quel soutien ont-elles pu trouver ? Toutes ces questions pour une même problématique : comment modifier nos pratiques pour mieux repérer, mieux accompagner avec des conseils personnalisés et surtout mieux soutenir ces femmes en difficulté ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons réalisé une enquête auprès d'un échantillon de femmes accouchées à la Maternité Flaubert entre avril et septembre 2005. Un questionnaire regroupant les interrogations citées précédemment a été réalisé auprès des patientes qui ont arrêté leur allaitement durant leur séjour.

# **PARTIE 1**

## **LE SÉJOUR À LA MATERNITÉ OU LES PRÉMICES DE L'ALLAITEMENT**

## 1. Rappel des 10 conditions

Préoccupées par la santé et la nutrition infantile, l'OMS et l'UNICEF publient en 1989 une déclaration conjointe [1]. Elles y décrivent les 10 conditions essentielles à l'adoption et à l'initiation de l'allaitement dans les services de maternité. Leur application doit permettre à ces institutions de modifier leurs conduites qui vont parfois à l'encontre d'un bon démarrage. Chaque condition a déjà prouvé son efficacité mais c'est l'association de toutes qui aura un effet optimal. Dans cette optique, l'Initiative Hôpital Ami des Bébé préconise l'application globale de ces recommandations afin d'accueillir au mieux chaque nouveau-né, de respecter la proximité mère-enfant et de favoriser l'allaitement maternel.

Elles sont énumérées ci-dessous :

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

## 2. La naissance d'une mère

L'initiation de l'allaitement maternel intervient dans un climat émotionnel particulier qui rend son accompagnement encore plus délicat.

En effet, la femme qui vient d'accoucher va devoir traverser différentes étapes essentielles à la création du lien mère-enfant. Selon E. Darchis [3], les jours qui suivent la naissance peuvent être découpés en 3 étapes.

La première, assez brève, quelques heures seulement, permet à la mère «d'adopter» son bébé. Elle va lui permettre de se différencier corporellement de son enfant. L'attachement va être favorisé par une proximité

physique importante lors de mises au sein précoces ou de contacts peau à peau. La mère utilise tous ses sens pour mieux reconnaître son enfant.

La deuxième étape nécessite quelques jours. Elle correspond à une période d'adaptation, de tâtonnement nécessaire à la nouvelle mère pour acquérir des compétences et de l'expérience. Elle est caractérisée par une labilité émotionnelle majorée par un déséquilibre hormonal et biologique. Ce moment est défini différemment selon les auteurs comme une dépression passagère ou baby blues, ou encore préoccupation maternelle anxieuse. La femme doit faire le deuil de la mère parfaite ainsi que de la relation fusionnelle idéale qu'elle avait imaginée.

Elle peut se sentir soutenue par un conjoint valorisant qui la rassure sur ces capacités.

La dernière étape intervient vers les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> jours. Il s'agit d'un temps d'ajustement et de dégagement. La femme se sent alors plus sereine, plus apte à répondre, seule, aux besoins de son enfant. Son comportement est adapté et elle se sent valorisée par le bien être de son bébé. Son hypersensibilité décroît et elle peut enfin envisager le retour au foyer.

### **3. Difficultés de démarrage**

#### **3.1 Généralités**

Il arrive souvent que des obstacles viennent perturber la mise en place de l'allaitement maternel. Pour certaines femmes, non préparées à cette étape d'apprentissage, la difficulté est telle qu'elles préfèrent ne pas poursuivre leur projet d'allaitement. Le climat émotionnel du post-partum immédiat, décrit précédemment, ne permet pas toujours à certaines mères de supporter les contraintes, les douleurs, les incertitudes et les inquiétudes pouvant survenir les premiers jours.

Pourtant ces difficultés restent souvent passagères et seront résolues rapidement si la mère est écoutée et conseillée de façon appropriée.

Ces obstacles proviennent de la mère, de l'enfant ou bien des deux simultanément.

Les plus fréquemment rencontrés lors du séjour en maternité sont énoncés et décrits rapidement dans les paragraphes suivants.



## 3.2 Difficultés venant de l'enfant

### 3.2.1 Le refus du sein

Le nouveau-né ne prend pas au sein. Il se cambre en arrière, se raidit, pleure sans pouvoir se calmer, cherche le mamelon sans pouvoir l'attraper. Cette situation est souvent très mal vécue par la mère qui se sent rejetée et qui, à son tour, peut s'éloigner du bébé.

Il est souvent nécessaire d'apaiser, de réconforter l'enfant avant de faire une nouvelle tentative.

De nombreuses situations peuvent être à l'origine de ce refus et il est utile de pouvoir identifier les plus courantes afin de proposer des solutions adaptées :

- La séparation mère-enfant dans les heures qui suivent la naissance est susceptible de perturber le réflexe de succion et risque de rendre difficiles les futures tétées.
- Des mises au sein parfois «brutales», pourtant destinées à aider l'enfant, vont lui procurer des sensations désagréables qu'il préférera ne pas revivre ultérieurement.
- Certaines mères mal informées ne comprennent pas les signaux du nouveau-né qui réclame la tétée. L'enfant se manifeste alors en pleurant. L'irritabilité et l'impatience de l'enfant rendent la mise au sein plus difficile.
- Certaines manœuvres obstétricales (ventouses, forceps.) provoquent douleurs ou inconfort chez le nouveau-né. Si celui-ci n'est pas soulagé par un traitement antalgique, il peut alors refuser toutes manipulations même celles nécessaires à l'allaitement.

### 3.2.2 L'enfant qui tète mal

La plupart des enfants nés à terme, en bonne santé, sans anomalie morphologique, savent téter. Les autres rencontreront quelques difficultés souvent transitoires et auront besoin de temps pour parfaire leur apprentissage. Il s'agit surtout d'enfants nés avant terme ou atteints d'une pathologie néonatale (hypoglycémie, hypoxie, ictère). Les problèmes de succion se présentent sous différentes formes : certains enfants têtent leurs lèvres, rétractent leur langue, d'autres serrent les gencives ou enroulent leur langue vers le haut.

La préférence tétine/sein, d'origine iatrogène, peut aussi nuire au bon démarrage de l'allaitement maternel.

Ces situations provoquent souvent des crevasses très douloureuses pour la mère. L'accumulation de ces difficultés se solde fréquemment par un abandon rapide du projet d'allaitement.

### 3.2.3 L'enfant qui somnole

Pour diverses raisons, il arrive parfois que des nouveau-nés manifestent peu d'intérêt pour la mise au sein. Ces bébés dorment beaucoup, ne se réveillent pas spontanément et ne têtent pas suffisamment.

La lactogénèse II s'en trouve souvent retardée. Tous ces éléments provoquent une perte de poids supérieure à 10% et des mises au sein difficiles nécessitant une stimulation continue de l'enfant.

Cette somnolence peut être induite par un ictère, une infection, un accouchement difficile ou des médicaments reçus pendant le travail.

Quelle qu'en soit la cause, les pertes de poids importantes des premiers jours sont sources de stress pour les mamans qui préfèrent parfois renoncer à leur allaitement au profit d'une alimentation au biberon. Celle-ci nécessite moins de participation active de l'enfant et est plus rassurante pour les mères qui peuvent alors quantifier leur apport.

### **3.3 Difficultés venant de la mère**

#### **3.3.1 Les crevasses**

Les crevasses surviennent essentiellement lors de la période d'initiation de l'allaitement. Elles sont parfois si douloureuses qu'elles rendent les tétées intolérables. La souffrance occasionnée risque de décourager certaines mères qui sèveront précocement leur nouveau-né.

Elles sont à différencier de l'hypersensibilité des mamelons ressentie les premiers jours qui, elle aussi, peut être source d'inconfort. Celle-ci pourrait être liée à des modifications du climat hormonal. Elle régressera rapidement et spontanément si l'enfant est installé correctement au sein.

Les crevasses sont des lésions du mamelon occasionnées par une friction anormale de la peau. Elles sont induites dans la majorité des cas par une mauvaise position de l'enfant au sein. Elles sont plus rarement associées à des problèmes de succion, à l'utilisation de produits ou de pratiques inadaptées qui suppriment la lubrification naturelle du mamelon.

Il est indispensable d'intervenir rapidement lorsqu'elles apparaissent, pour ne pas laisser la situation se dégrader. L'observation d'une tétée, afin d'aider la mère à positionner correctement son enfant, est fondamentale car elle permet de diminuer voire d'éliminer l'origine du traumatisme. Certaines mesures peuvent être ensuite préconisées pour rendre l'allaitement plus confortable et accélérer la cicatrisation :

- L'application de colostrum puis du lait qui succède, favorise la cicatrisation en milieu humide aujourd'hui recommandée pour ce type de plaie. Le lait humain est riche en facteurs immunitaires qui élimineront les germes et il contient des facteurs de croissance qui faciliteront la régénération cutanée.
- Certains auteurs recommandent l'application de lanoline purifiée qui ralentit l'évaporation cutanée sans obstruer les pores.

Si ces moyens ne sont pas suffisamment efficaces et que la douleur persiste, l'utilisation ponctuelle de protège-mamelons en silicone pourra être envisagée. Certaines situations extrêmes aboutiront à une suspension provisoire de l'allaitement. La mère tirera son lait pour le donner à la tasse ou par un autre moyen perturbant le moins possible la succion du bébé.

### 3.3.2 L'engorgement mammaire

Il faut tout d'abord différencier l'engorgement physiologique, communément appelé «montée de lait», de l'engorgement pathologique. Ce dernier est synonyme de souffrance et altère la confiance de la mère dans sa capacité à nourrir son enfant.

L'engorgement pathologique correspond à une stase capillaire et lymphatique se produisant à n'importe quel moment de la lactation ou est la conséquence de l'engorgement physiologique négligé.

La congestion mammaire des premiers jours est une étape normale de la lactogénèse qui peut être atténuée par une bonne conduite de l'allaitement consistant à effectuer des tétées précoces, fréquentes et efficaces.

Si l'engorgement survient, il sera nécessaire de :

- rassurer et soutenir la mère afin de restaurer sa confiance et de supprimer les freins au réflexe d'éjection de lait,
- calmer la douleur et l'inconfort local (antalgique),
- soulager les phénomènes congestifs et inflammatoires (application de froid entre les tétées, anti-inflammatoires),
- faciliter l'écoulement de lait (tétées fréquentes, massage aréolaire, expression manuelle, tire-lait, coquilles de recueil).

Il faudrait réévaluer complètement la situation en cas d'échec de ces suggestions.

### 3.3.3 Les mamelons plats ou rétractés

Si le bébé est bien installé et qu'il prend le sein correctement, certains mamelons plats ou rétractés ne causeront aucun problème. Est-il utile de rappeler que les bébés tètent au sein et non pas au mamelon ?

Malgré tout, certaines formes de mamelons compliqueront les premières tétées, la prise du sein devenant alors plus difficile pour les bébés.

Ces situations nécessitent souvent beaucoup de patience et de persévérance de la part des mamans qui doivent être soutenues et encouragées.

Différentes positions d'allaitement seront conseillées afin de trouver celle qui facilitera la prise du sein.

Dans certains cas extrêmes, on pourra utiliser un tire-lait avant la tétée pour faire pointer le mamelon ou avoir recours à des bouts de sein en silicone. D'autre part, ces mamelons rétractés sont souvent responsables de douleurs qui ne facilitent guère ces débuts délicats.

#### 3.3.4 L'insuffisance de lait

Le souci de ne pouvoir nourrir suffisamment son enfant est une des préoccupations essentielles de la nouvelle mère qui allaite. Cette crainte est très souvent injustifiée puisque, comme le rappelle de Dr Gisèle Gremmo-Féger [4], «l'insuffisance de lait liée à une incapacité maternelle à produire du lait ou assez de lait est rare et concerne probablement moins de 5 % des mères».

Il faudra cependant rester vigilant face à certaines situations connues pour interférer avec l'établissement de la lactation :

- antécédent de chirurgie mammaire surtout lors d'incision péri-aréolaire,
- hypoplasie mammaire,
- climat hormonal particulier : hypothyroïdie non traitée, diabète mal équilibré, rétention placentaire négligée,
- stress important, dépression.

Ces hypogalacties peuvent être soupçonnées lorsque malgré une succion fréquente et efficace de l'enfant, les signes suivants apparaissent :

- perte de poids supérieure à 7-8%
- perte de poids persistante après le 3<sup>ème</sup> jour
- selles méconiales après le 4<sup>ème</sup> jour, moins de 3 selles par jour
- diurèse inférieure à 6 couches mouillées/24 heures après le 4<sup>ème</sup> jour
- enfant irritable, agité, endormi, refusant de téter

L'utilisation de compléments s'avère parfois nécessaire quand la femme ne peut subvenir complètement aux besoins de son enfant. La déception, le sentiment d'échec ressenti par les mères les incitent parfois à abandonner complètement leur projet d'allaitement.

## 4. Le rôle de l'équipe

L'accompagnement des allaitements est celui préconisé par l'IHAB puisqu'il respecte entre autres les dix conditions énoncées par l'OMS et l'UNICEF. Ceci n'est malheureusement pas représentatif des services de maternité français puisqu'ils ne sont à ce jour que cinq à avoir obtenu ce label.

Certaines pratiques traditionnelles hospitalières vont à l'encontre de l'instauration de l'allaitement et de l'établissement du lien mère-enfant. Par exemple, la séparation mère-bébé pour des soins, à la lumière des recherches récentes, se révèle complètement inutile.

D'autre part, les mamans sont souvent déroutées voire fragilisées par des discours ou des pratiques différentes, incohérentes, parfois opposées au sein d'une même équipe, faute d'actualisation commune des connaissances et de leurs applications.

L'apport théorique aux professionnels est donc nécessaire pour créer une «culture commune d'allaitement» recommandée par M. Landais [5]. Celle-ci constituera la base de connaissances essentielles à l'équipe sans pour autant être « protocolisée », chaque situation étant singulière.

Personnaliser les soins tout en laissant les choix aux parents serait une avancée considérable dans un milieu ritualisé.

Chaque soignant devrait pouvoir :

- écouter avec empathie, disponibilité, sans jugement ;
- informer, suggérer sans diriger ;
- apporter une aide pratique et évaluer une mise au sein ;
- déceler, identifier les éventuels problèmes et tenter de les solutionner en collaboration avec la mère ;
- soutenir, conforter, valoriser, féliciter ;
- redonner confiance à la mère en difficulté.

Il est indispensable de faire confiance aux mamans pour qu'elles puissent se responsabiliser. Pour cela, il est important de les accompagner sans les remplacer ni se substituer à elles. L'accompagnement d'un allaitement en maternité nécessite deux qualités essentielles : humilité et modestie.

# **PARTIE 2**

## **LA MATERNITÉ**

### **FLAUBERT**

## 1. Généralités

Le Groupe Hospitalier du Havre est le plus important établissement de santé non universitaire de France. Actuellement, les activités de gynéco-obstétrique et de pédiatrie sont réparties sur deux sites : l'Hôpital Flaubert (situé en centre ville ) et l'Hôpital Jacques Monod (à 7 kilomètres du centre ville ). Ces deux établissements ont chacun un service de gynécologie-obstétrique. Cependant, la Maternité Flaubert prend en charge surtout les pathologies néonatales, tandis que la Maternité Monod, elle, traite les pathologies maternelles.

La construction du Pôle Femme - Mère - Enfant qui a débuté le 1<sup>er</sup> juillet 2005 réunira ces deux secteurs afin d'optimiser la prise en charge obstétricale et l'accueil des nouveau-nés.

La Maternité Flaubert ou « Pavillon Mère Enfant », lieu de notre enquête, a été inaugurée en 1988. Il s'agit d'une Maternité de niveau 3 qui possède un secteur d'obstétrique de 44 lits, une unité de néonatalogie de 21 lits et un secteur de réanimation pédiatrique de 6 lits. Elle réalise environ 1650 naissances par an (1640 en 2005, 1645 en 2004, 1669 en 2003) et accueille les transferts anténataux ou néonataux des Maternités du Réseau de l'Estuaire (Honfleur, Lillebonne, Fécamp, Harfleur, Montivilliers).

Elle possède un centre de diagnostic anténatal et de planification familiale.

Récemment, la Maternité Flaubert s'est dotée de deux nouveaux services :

- -Une « Unité Kangourou » qui reçoit des nouveau-nés dont l'état de santé nécessite une surveillance ou des soins particuliers en préservant le lien mère-enfant.
- -L'Hospitalisation à Domicile qui permet aux patientes et aux nourrissons de regagner leur domicile plus précocement, en bénéficiant des visites d'une sage-femme pendant plusieurs jours.

Les diverses activités de la Maternité Flaubert sont réparties sur 3 étages :

- -Le rez-de-chaussée où sont situés les bureaux de consultation et les salles de naissance équipées d'un bloc chirurgical.
- -Le premier étage accueille les femmes enceintes nécessitant un suivi renforcé, les patientes dont la grossesse doit être interrompue pour diverses raisons médicales, les mamans dont les bébés ont été transférés dès la naissance dans les secteurs de néonatalogie ou de réanimation et les 6 lits de l'Unité Kangourou dépendant du service de néonatalogie.

Occasionnellement, il peut recevoir les mamans et leur bébé que le 2<sup>ème</sup> étage ne peut accueillir, faute de place.

- Le deuxième étage est une unité traditionnelle de maternité où sont hospitalisés les mamans et leur enfant après un accouchement.
- Le troisième étage est réservé au service de néonatalogie ; il dispose de 15 lits dont 6 de soins intensifs.

Le service de réanimation pédiatrique est situé dans un autre bâtiment où sont répartis les différents secteurs de pédiatrie.

## **2. Le service de Maternité Flaubert**

Ce secteur accueille les mamans qui ont accouché par voie basse mais aussi les patientes ayant eu une césarienne. Cette unité est constituée de 23 lits répartis en 15 chambres individuelles et 4 chambres doubles. Chaque chambre est agencée de façon à permettre la réalisation de la majorité des soins des nouveau-nés auprès de leur maman.

Le suivi médical pédiatrique est en grande partie assuré par le Dr Lévesque qui consulte chaque matin, relayé par l'équipe des pédiatres de médecine néonatale.

L'expertise obstétricale quotidienne est assurée par une sage-femme qui fait appel aux obstétriciens en cas de pathologie maternelle.

L'équipe soignante est composée d'infirmières puéricultrices, d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture.

L'accompagnement de l'allaitement maternel, tout comme les actions de prévention et d'éducation, sont réalisés par l'ensemble du personnel.

D'autres catégories de professionnels peuvent intervenir en fonction des besoins et des pathologies : consultante en lactation, psychologue, kinésithérapeute, assistante sociale. Le relais avec les services de PMI est assuré par une infirmière de liaison.

## **3. L'allaitement à la Maternité Flaubert**

Depuis une quinzaine d'années, les équipes de cet établissement travaillent sur l'accompagnement de l'allaitement. Les résultats sont satisfaisants puisque le taux d'allaitement a considérablement augmenté : 65 % en février 2003 pour 38 % en 1990.

L'enquête réalisée en 2003 par RENOAL révèle des chiffres nettement supérieurs aux données départementales : 30 % d'allaitement maternel à 4 mois contre 10 %, et 15 % à 8 mois contre 5 %.



Depuis mars 2003, le GHH emploie le Dr C. Laurent, consultante en lactation. Elle est à l'origine de différents projets qui ont pour objectifs :

- d'augmenter la compétence des professionnels ;
- d'améliorer la cohérence dans l'accompagnement de l'allaitement au niveau des filières périnatale et pédiatrique en mettant en place un lieu de réflexion collective afin d'harmoniser les pratiques ;
- d'offrir les compétences d'une consultante en lactation pour les situations d'allaitement plus délicates ;
- de participer à un travail en réseau avec les partenaires de l'agglomération havraise pour un meilleur soutien des mères.

Dans cette optique, plusieurs actions ont été menées :

- des actions de formation : une enquête réalisée en 2003 auprès des différentes catégories de personnel estimait à 200, le nombre de personnes à former en 3 ans. Des sessions de formation ont été réalisées par l'institut Co-Naître et des journées de formation pratique sur des cas cliniques ont été proposées par C. Laurent. La formation en cours de 2 consultantes en lactation permettra à ces 2 professionnelles déjà en poste de devenir référentes et de poursuivre la formation de leurs collègues dans les services.
- la mise en place en 2005 d'un groupe de travail entre équipes des filières périnatale et pédiatrique a permis de travailler des points précis, de coordonner une action d'affichage pour la SMAM et de réfléchir sur l'accompagnement de la relation mère-bébé.
- les animatrices de SOLIDARILAIT dont certaines sont consultantes en lactation ont organisé, en collaboration avec les cadres de service, des rencontres de femmes enceintes et de mères dans les Maternités.

L'objectif principal de 2006 est de réfléchir à un projet d'établissement permettant d'améliorer la qualité des soins aux mères et aux nourrissons. Au-delà de l'accompagnement de l'allaitement, les perspectives de réflexion et de travail s'orientent vers le renforcement du lien mère-enfant en encourageant la proximité physique, en écoutant les mères et en renforçant leur confiance en elles. Le groupe de travail devra déterminer en 2006 si les équipes, les cadres, les médecins et les responsables souhaitent se lancer dans le projet Hôpital Ami des Bébé pour l'obtention du label correspondant.

# **PARTIE 3**

## **ÉTUDE**

# 1. Méthodologie

## 1.1 Population d'étude

L'étude a été menée auprès des patientes accouchées à la Maternité Flaubert du 1<sup>er</sup> avril au 30 septembre 2005.

L'échantillon retenu est constitué des patientes hospitalisées au 2<sup>ème</sup> étage, dans le secteur de maternité traditionnelle. Sont donc exclues les mères dont les enfants ont été transférés dans les services de néonatalogie ou de réanimation dès la salle de naissance. Les accouchées hospitalisées au 1<sup>er</sup> étage, faute de place au 2<sup>nd</sup>, n'ont pas été incluses, la multiplication des lieux d'enquête altérant la fiabilité de l'étude.

Parmi l'échantillon retenu, certaines femmes ayant fait le choix d'allaiter, ont abandonné leur projet pendant le séjour ; ce sont celles qui ont été interrogées.

## 1.2 Méthode

Il s'agit d'une étude d'observation, descriptive.

Cette étude s'est déroulée en 2 phases simultanées :

- la première a consisté à relever manuellement, sur différents registres (livre de déclaration de naissance, cahier de Guthrie, listing informatique) :
  - le nombre de naissances vivantes,
  - le secteur d'hospitalisation des mères,
  - le mode d'alimentation choisi pour leur enfant : allaitement maternel (mixte ou exclusif) ou préparation pour nourrisson,
  - l'arrêt éventuel de l'allaitement pour l'échantillon retenu.
- au cours de la deuxième étape, les mères ayant interrompu leur allaitement ont été interrogées à partir d'un questionnaire (cf. annexe 1) par un membre de l'équipe soignante.

Ce document comprend 51 questions essentiellement fermées permettant de recueillir :

- des données générales sur la mère et le père,
- les raisons du choix de l'allaitement,
- les modalités d'accouchement et les caractéristiques de l'enfant,

- des informations sur le démarrage de l'allaitement,
- des renseignements sur l'état clinique de la mère et de son enfant.

Cet entretien se déroulait dans les 48 heures suivant l'abandon de l'allaitement.

Certaines femmes, sorties rapidement de la Maternité, ont été rappelées par téléphone (après autorisation), en respectant ce délai.

Ce questionnaire avait été testé le mois précédant l'enquête auprès de quelques patientes.

## 2. Résultats

### 2.1 Description de la population d'étude

841 naissances vivantes ont eu lieu à la Maternité Flaubert pendant les 6 mois d'étude.

Le taux d'allaitement maternel à la naissance est de 61,7% pour l'ensemble de la Maternité. Pour le 2<sup>nd</sup> étage, échantillon retenu, il est de 64,6 %.

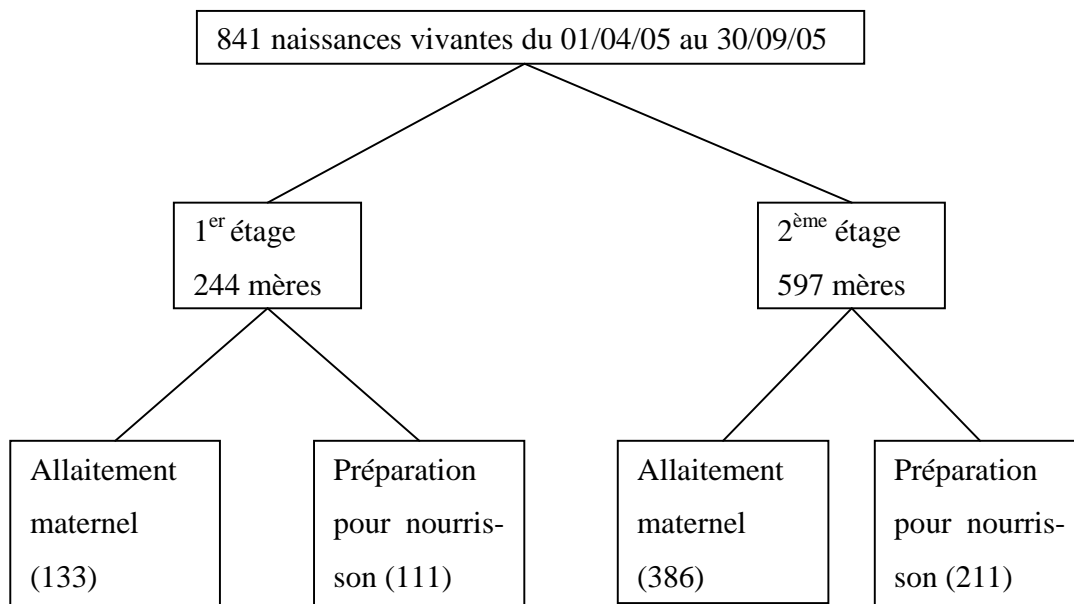


Figure 1 : Description de la population d'étude.

Parmi les 386 femmes allaitantes du 2<sup>nd</sup> étage, 22 ont décidé d'abandonner leur projet d'allaitement pendant le séjour, soit 5,7 %.

Aucune patiente concernée n'a refusé de participer à l'enquête ; elles ont toutes répondu au questionnaire.

## 2.2 Caractéristiques sociodémographiques des mères

Les caractéristiques sociodémographiques des 22 mères interrogées sont regroupées dans le tableau I. La majorité était des primipares.

Parmi les multipares, 3 n'avaient pas allaité les fois précédentes, et les 3 autres avaient déjà échoué lors des tentatives antérieures (abandon rapide, voire pendant le séjour).

Le père était présent dans 20 cas sur 22 et 17 soutenaient leur femme dans leur choix d'allaiter. 60 % d'entre eux étaient employés, ouvriers ou artisans.

## 2.3 Facteurs culturels

### 2.3.1 Choix du mode d'alimentation

Treize femmes sur vingt-deux ont pris tardivement leur décision d'allaiter (pendant la grossesse ou à l'accouchement) comme le montre la figure 2.

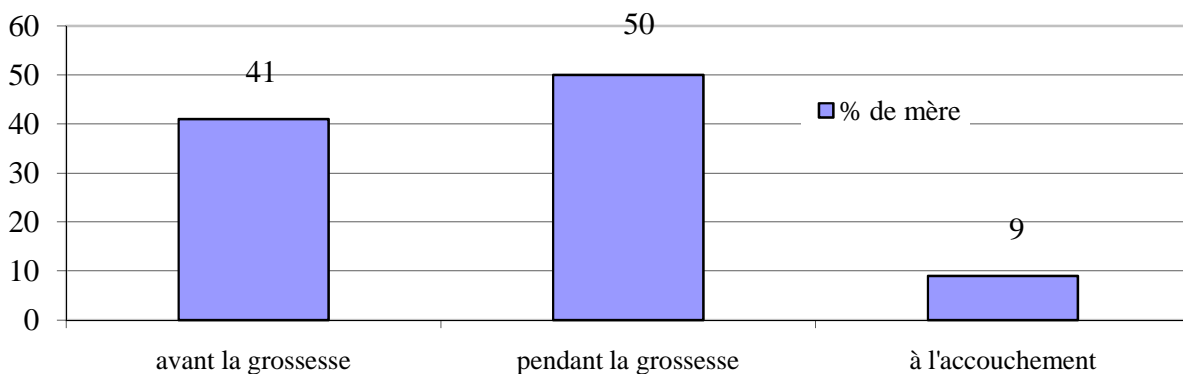
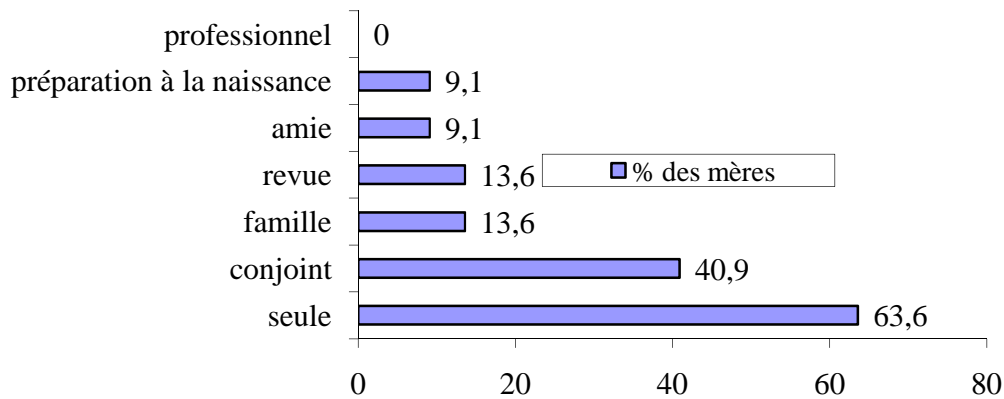


Figure 2 : Période à laquelle les mères ont décidé d'allaiter

Sept femmes avaient elles-mêmes été allaitées, trois ne savaient pas. Pour la majorité des mères (64 %), la décision est prise seule, le conjoint intervient dans 40,9% des cas.

	Effectif	Pourcentage
<b>Age des mères</b>		
<19 ans	2	9,09
20-24 ans	3	13,64
25-29 ans	8	36,36
30-34 ans	4	18,18
>ou=35 ans	5	22,73
<b>Origine géographique</b>		
Française	19	86,36
Etrangère	3	13,64
<b>Situation familiale</b>		
Vie maritale ou mariée	20	90,91
Célibataire	2	9,09
<b>Niveau d'étude</b>		
Primaire ou collègue	6	27,27
Secondaire ou BAC	7	31,82
Supérieur	9	40,91
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>		
Sans	3	13,64
Artisans, employés, ouvriers	14	63,63
Professions intermédiaires	2	9,09
Cadres	3	13,64
<b>Temps de travail</b>		
Temps plein	11	50
Temps partiel	5	22,73
Sans	6	27,27
<b>Nombre d'enfants</b>		
Premier enfant	16	72,73
Deuxième enfant	5	22,73
Troisième enfant	1	4,54

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des mères



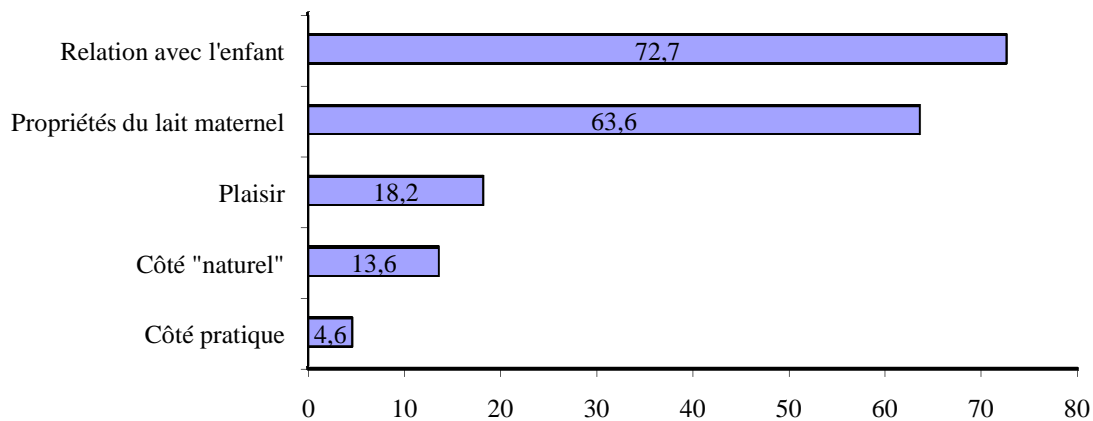
**Figure 3 :** Facteurs influençant le choix des mères  
(Plusieurs réponses possibles, total >100%)

Les 3/4 des femmes (77 %) avaient bénéficié d'une préparation à la naissance. Préparation au cours de laquelle le thème de l'allaitement avait été largement abordé pour sept d'entre elles (17 participantes). Deux avaient rencontré les groupes de mères pendant la grossesse.

77 % des mères fréquentaient des femmes allaitantes.

### 2.3.2 Raisons qui incitent à allaiter

Les arguments du choix énoncés par les mères sont principalement la relation avec l'enfant et les propriétés du lait maternel comme l'indique l'histogramme ci-dessous.



**Figure 4 :** Les arguments du choix  
(plusieurs réponses possibles, total >100%)

## 2.4 La salle de naissance

### 2.4.1 Données générales sur l'accouchement

Les modalités d'accouchement et les caractéristiques des enfants sevrés dès la maternité sont décrits dans le tableau suivant.

	Effectif	Pourcentage
<b>Mode d'accouchement</b>		
Voie basse spontanée	14	63,64
Voie basse instrumentale	3	13,63
Césarienne programmée	3	13,63
Césarienne non programmée	2	9,10
<b>Anesthésie</b>		
Sans	5	22,72
péridurale	14	63,64
Rachianesthésie	3	13,63
Anesthésie générale	0	0
<b>Poids de naissance</b>		
<2 500gr	0	0
2 500-2 999gr	4	18,18
3 000-3 499gr	7	31,81
3 500-3 999gr	9	40,91
>ou= 4 000gr	2	9,10
<b>Age gestationnel (semaine aménorrhée)</b>		
35-36	0	0
37-38	3	13,63
39-40	13	59,10
>ou= 41	6	27,27

Tableau II : Modalités d'accouchement et caractéristiques de l'enfant.

Cinq mères ont été césarisées soit 22,7 %. On note qu'aucun de ces enfants n'est né prématurément et que le plus faible poids de naissance répertorié est de 2510 grammes.

Une seule femme n'ayant pu bénéficier d'une anesthésie péridurale a reçu un Nubain® pendant le travail. Son enfant, trop endormi, n'a pu téter en salle de naissance.



#### 2.4.2 Contact peau à peau et tétée précoce

Quinze nouveau-nés sur vingt-deux ont été placés en «peau à peau» sur le ventre de leur mère après l'accouchement. Quatre des sept enfants qui n'ont pu bénéficier de ce contact précoce étaient nés par césarienne et pour un autre, les forceps avaient dû être utilisés.

Dix-neuf nouveau-nés ont été mis au sein pour la 1<sup>ère</sup> fois en salle de naissance et quatorze d'entre eux ont été accompagnés par l'équipe soignante.

Les soins (pesée, collyre, vitamine K) ont été réalisés pour la plupart (68 %) avant la 1<sup>ère</sup> mise au sein, trois mères ne se souvenaient plus.

### 2.5 Le séjour en maternité

#### 2.5.1 Les pratiques liées à l'allaitement

Les différentes pratiques associées à l'instauration de l'allaitement sont énoncées dans le tableau III suivant. Deux nouveau-nés n'ont pu bénéficier d'un allaitement à la demande : une mère était contre et l'autre suivait des recommandations du personnel !

Un seul enfant a été installé en incubateur pendant 24 heures pour détresse respiratoire.

Plus de la moitié des enfants ont passé toutes leurs nuits auprès de leur maman. Quatre ne les ont rejointes que la 2<sup>nd</sup> nuit et quatre autres la 3<sup>ème</sup>. Les raisons invoquées pour les quatre premiers sont : une surveillance en incubateur, une pathologie maternelle (hémianopsie) et deux pour convenance. Trois des quatre autres étaient nés par césarienne.

La seule mère qui n'a pas reçu d'aide de l'équipe lors des mises au sein, pourtant difficiles, ne l'avait pas sollicitée. Chaque mère a donc été accompagnée, et ceci, à plusieurs reprises.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Allaitement à la demande</b>		
Oui	20	90,90
Non	2	9,10
<b>"Couchage" du bébé dans les premières 24 heures</b>		
Incubateur	1	4,55
Berceau	11	50
Peau à peau	10	45,45
<b>Cohabitation mère-enfant</b>		
1ère nuit	14	63,64
2ème nuit	4	18,18
Plus tard	4	18,18
<b>Mise au sein accompagnée par le personnel soignant</b>		
Oui	21	95,45
Non	1	4,55
<b>Utilisation de complément</b>		
Oui	12	54,45
Non	10	45,45
<b>Utilisation d'une "sucette"</b>		
Oui	4	18,18
Non	18	81,82

**Tableau III** : Pratique de l'allaitement en maternité

Plus de la moitié des enfants (12) ont reçu des compléments (11 avec pepti-junior®, 1 avec du lait de mère).

Les indications étaient les suivantes :

- 6 pour pleurs,
- 5 pour perte de poids > 10 %,
- 1 pour mise au sein difficile due à un bébé endormi,
- aucun pour hypoglycémie.

Tous les compléments ont été donnés à la tasse. Pour huit enfants, ils ont été donnés de façon ponctuelle (une à deux pendant le séjour). Les quatre autres ont reçu plus d'un complément par jour, la perte de poids étant supérieure à 10% pour trois d'entre eux.

Dix-sept femmes n'avaient pas attendu la montée de lait pour sevrer.

## 2.5.2 Les mises au sein

Les mises au sein sont décrites dans le tableau suivant grâce à certains critères d'évaluation.

	Effectif	Pourcentage
<b>Efficacité</b>		
Déglutition audible	12	54,55
"toutouille"	10	45,45
<b>Fréquence</b>		
<8	6	27,27
>ou= 8	11	50,00
Ne sait pas	5	22,73
<b>Durée</b>		
10 minutes	2	9,09
30 minutes	11	50,00
>ou= 1 heure	4	18,18
ne sait pas	5	22,73
<b>Refus du sein</b>		
Oui	6	27,27
Non	16	72,73

Tableau IV : Les mises au sein

Six enfants refusaient le sein : trois de façon irrégulière, trois à chaque mise au sein.

## 2.6 Difficultés

### 2.6.1 Durée de l'allaitement

Dix femmes ont arrêté leur allaitement dans les 48 premières heures comme le montre la figure suivante :

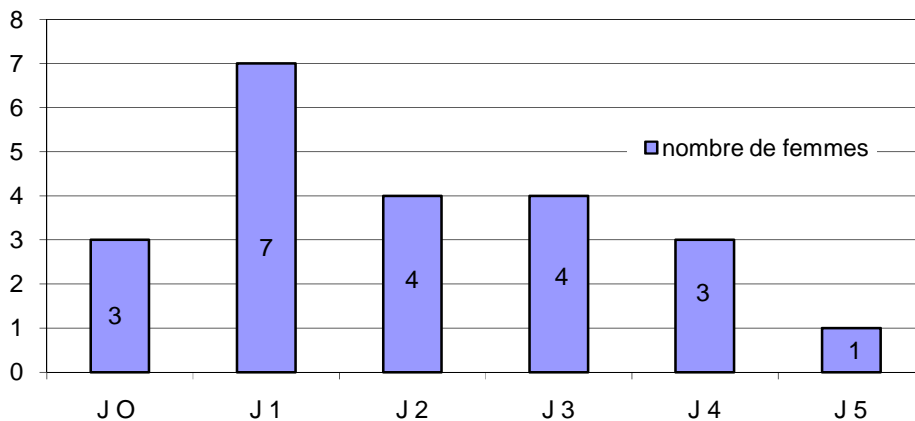


Figure 5 : Jour de l'arrêt de l'allaitement

## 2.6.2 Raisons de l'arrêt

La raison principale invoquée (13 cas sur 22) est la douleur associée aux crevasses. Les autres raisons sont répertoriées dans la figure suivante :

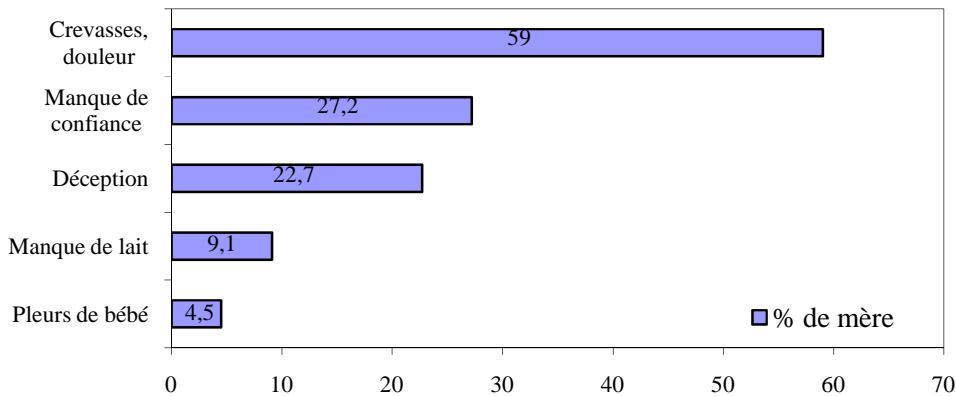


Figure 6 : Raisons de l'arrêt de l'allaitement (plusieurs réponses possibles)

## 2.6.3 Les différentes difficultés rencontrées

### 2.6.3.1 Les crevasses

Treize femmes sur vingt-deux ont eu des crevasses. Dans chaque situation, elles ont contribué à l'abandon de l'allaitement même si elles sont parfois associées à d'autres motifs.

Dans deux cas, ces douleurs n'ont pas été prises en compte par l'équipe : une femme ne les a pas signalées et l'autre a jugé tout traitement inutile.

Plusieurs suggestions ont été faites aux autres mamans :

- application de colostrum puis de lait sur le mamelon après la tétée (10 femmes sur 11 « traitées»);
- position mise au sein revue (9 femmes sur 11);
- application de castor equi® (9 femmes sur 11);
- utilisation de bouts de sein en silicone (8 femmes sur 11);
- port de coquille d'allaitement (7 femmes sur 11).

Une seule mère a été soulagée par ces propositions, l'abandon de son allaitement a été motivé par une autre raison.

On note qu'un frein de langue trop court a été coupé pour un des enfants dont la mère avait des crevasses.

### 2.6.3.2 Engorgement mammaire

Une seule femme a décrit un engorgement. Il s'agissait d'une mère qui refusait d'allaiter à la demande et qui imposait des horaires de tétées. Elle a été soulagée par des massages permettant l'évacuation du lait, des anti-inflammatoires et l'application de «froid» entre les mises au sein.

### 2.6.3.3 Insuffisance d'apport de lait

Cinq enfants ont perdu plus de 10 % de leur poids de naissance. Aucun n'a présenté de retard d'émission du méconium. Parmi ces cinq situations, plusieurs causes ont été mises en évidence :

- Deux mamans avaient pratiqué une chirurgie de réduction mammaire et craignaient de ne pouvoir nourrir suffisamment leur enfant.
- Une femme a eu sa montée de lait mais la conduite singulière de son allaitement n'a pas permis une croissance satisfaisante de l'enfant.
- Pour les deux autres patientes, la montée de lait a été retardée (au-delà de 4 jours).
- L'utilisation d'un tire-lait afin de stimuler la production lactée a été efficace pour une (diabétique insulino-dépendante), mais aucune amélioration n'a été constatée pour l'autre qui avait déjà connu le même échec lors de sa précédente tentative.

### 2.6.3.4 Les mamelons plats

Quatre mères ont rencontré cette difficulté. Deux ont abandonné très rapidement (dans les 24<sup>ères</sup> heures). Deux autres ont persévéré.

L'une a bénéficié de plusieurs suggestions de l'équipe : bout de sein en silicone, tire-lait, port de coquille, sans qu'aucune ne soit efficace.

L'autre a été déstabilisée par des propositions contradictoires émises par l'équipe.

## 2.7 L'enfant

Un seul a présenté un ictère qui a nécessité un traitement par photothérapie.

Quatre nouveau-nés ont été considérés comme irritables, aucune étiologie n'a pu être retrouvée sauf pour un dont la maman fumait.

Quatre enfants ont été douloureux (2 nés par césarienne, 1 par forceps). Ils ont tous bénéficié d'un traitement par paracétamol, trois ont été soulagés.

Six ont été décrits comme endormis, difficiles à réveiller.

Huit ont été désignés comme crispés, ne pouvant ouvrir correctement la bouche.

Enfin, six enfants ont reçu des traitements :

- 4 par paracétamol ;
- 2 par calcium ;
- 1 par Motilium® (prenait également du paracétamol).

## **2.8 La mère**

Certaines mères ont présenté des pathologies plus ou moins sévères

- 2 infections urinaires ;
- 1 anémie sévère ;
- 1 HyperTension Artérielle accompagnée d'une hémianopsie ;
- 1 femme a été sondée à demeure durant 48 heures pour rétention urinaire.

Près de la moitié (10/22) ont ressenti le baby blues et la majorité (18/22) ont signalé un manque de sommeil avec accumulation de fatigue.

Cinq mamans ont été douloureuses (2 césariennes, 1 forceps) et ont été gênées dans leur mobilisation rendant les mises au sein difficiles.

Enfin, dans 18 cas sur 22 les papas ont soutenu leur femme dans leur décision d'arrêter.

## **3. Discussion**

### **3.1 Synthèse des résultats**

Vingt-deux femmes ont abandonné leur allaitement pendant leur séjour à la maternité, soit 5,7 % de celles qui avaient fait ce choix.

L'enquête a permis de décrire le «profil» de ces femmes. La plupart sont jeunes (moins de 30 ans), mariées ou vivant maritalement, d'origine française, d'un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat et occupant à temps plein des postes d'ouvrières ou d'employées.

Elles sont essentiellement primipares. Les quelques multipares ayant déjà allaité avaient toutes eu un sentiment d'échec ou d'insatisfaction.

Elles ont, pour plus d'une moitié, pris tardivement leur décision d'allaiter (pendant la grossesse ou à l'accouchement). Elles l'ont prise seule ou avec leur conjoint. Les raisons qui ont motivé ce choix sont la relation avec l'enfant et les propriétés du lait maternel.

Pour une grande partie, ces mères ont participé à des séances de préparation à la naissance et fréquentent d'autres femmes qui allaitent.

Elles ont, pour la majorité, abandonné très rapidement (avant 48 heures), essentiellement à cause des crevasses. Ceci laissant peu de temps à l'équipe pour déceler, suggérer et soutenir.

La moitié des enfants ont reçu des compléments dont l'indication n'était pourtant justifiée que pour 5 d'entre eux.

## **3.2 Critiques méthodologiques**

### **3.2.1 Biais de sélection**

En incluant dans l'étude uniquement les patients du 2<sup>nd</sup> étage, les mères dont les enfants, sont transférés dès la naissance ne sont pas comptabilisées. L'initiation de l'allaitement dans ces conditions, pourtant difficile, n'est pas évaluée dans cette étude.

### **3.2.2 Biais d'information**

Le questionnaire étant constitué essentiellement de questions fermées, les femmes ont pu être influencées par des réponses auxquelles elles n'auraient pas forcément pensé.

### **3.2.3 Biais de mémorisation**

Les entretiens permettant à l'équipe de remplir le questionnaire se sont déroulés dans les 48 heures suivant l'interruption de l'allaitement pour que les mères puissent répondre à toutes les questions sans omission ni confusion. L'état émotionnel des mamans en post-partum immédiat peut rapidement modifier l'objectivité des réponses données.

### **3.2.4 Biais du recueil de données**

Le recueil des informations nécessaires aux calculs des différents taux s'est effectué manuellement. Il a été réalisé à partir de plusieurs sources afin de vérifier les données et de limiter le risque d'erreur.

### **3.3 Qui sont ces femmes?**

Leur «profil» a déjà été décrit lors de la synthèse des résultats.

Les arrêts de l'allaitement maternel pendant le séjour à la Maternité n'ont pas fait l'objet d'enquête spécifique. Seul leur taux est parfois calculé lors d'études plus étendues, qui s'intéressent aux durées d'allaitement, aux facteurs associés à son initiation et à son sevrage. Il est donc difficile de comparer les résultats de notre enquête.

Cependant, certains facteurs communs se retrouvent, que l'abandon survienne pendant le séjour ou dans les semaines qui suivent.

Deux études récentes identifient ces éléments, il s'agit de celle de J. Labarère [6] qui concerne les établissements d'Aix et de Chambéry et de celle de A. Ego [7] qui s'intéresse aux arrêts prématurés des allaitements. Cette dernière énonce d'ailleurs un taux d'abandon de 5,6 % pendant le séjour, taux identique au nôtre.

Ces deux auteurs retrouvent des résultats similaires aux nôtres en ce qui concerne deux critères socioculturels :

- Une corrélation est établie entre une prise de décision tardive d'allaiter et un abandon rapide.
- La primiparité est un facteur de risque, tout comme l'absence d'allaitement ou le mauvais vécu d'allaitement antérieur pour les multipares.

Aucune particularité n'a pu être mise en évidence en ce qui concerne les modalités d'accouchement ou les caractéristiques des nouveau-nés.

### **3.4 Quels types de difficultés ont-elles rencontrées? Quelles solutions ont été proposées?**

La raison principale invoquée pour l'arrêt de l'allaitement est la douleur occasionnée par les crevasses. A chaque fois que l'équipe soignante a été sollicitée, plusieurs suggestions pratiques, bien adaptées ont été faites à la maman, mais elles n'ont malheureusement pas été efficaces. Or, comme l'a fait remarquer Mariella Landais [8], «il n'y a probablement pas de «recettes» infaillibles pour traiter cette situation, si ce n'est la présence chaleureuse du soignant auprès de la mère et du bébé».

L'étude a permis de constater que certaines «recettes» ont été proposées, mais elle ne peut mesurer la qualité de l'écoute reçue par ces mères en difficulté, face à une douleur qu'elles n'avaient pas imaginée.



Le rôle de l'équipe est de les accompagner, de les soutenir, de les écouter afin qu'elles puissent trouver en elles la force de poursuivre malgré la douleur. Valoriser leur compétence est essentiel pour qu'elles retrouvent confiance et courage.

La prévention de l'apparition de ces crevasses peut aussi s'avérer nécessaire. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, dans ses recommandations professionnelles [9], rappelle qu'«aucune mesure autre que celle du positionnement correct du bébé au sein dès la première tétée ne permet de prévenir les douleurs et les lésions du mamelon».

Quatorze mises au sein sur les 19 réalisées en salle de naissance ont été accompagnées par un membre du personnel qui a donc pu s'assurer d'une bonne prise du sein par l'enfant. Toutes les femmes qui l'ont souhaité ont été aidées lors des tétées suivantes, dans le service, mais près de la moitié ont signalé des enfants qui ne tétaient pas correctement.

Dans certaines situations, plusieurs difficultés se sont cumulées : frein de langue, mamelon ombiliqué, nouveau-né crispé.

### **3.5 Comment modifier nos pratiques**

#### 3.5.1 Avant la naissance

La majorité des femmes qui ont renoncé à leur allaitement pendant le séjour (17/22) avaient pourtant participé à une préparation à la naissance. Comme le souligne Chantal Razurel [10] dans son mémoire, la préparation à la naissance pourrait s'orienter «vers une approche humaniste du sujet pour laisser émerger toutes les peurs et les contradictions et appréhender les patientes dans des dimensions multiples» et non pas comme un simple «moment» d'apprentissage pratique. Les femmes de son étude certifient avoir reçu des informations qu'elles n'ont pas retenues, le moment n'étant pas propice.

Toutefois, Marc Pilliot, dans son allocution, lors de la Journée Régionale pour l'Allaitement du 19 mai 2005 [11], recommande aux mères, de s'informer avant l'accouchement auprès des sages-femmes lors de séances de préparation ou auprès des associations de soutien. Ces renseignements leur permettront d'éviter d'être victimes de conseils mal adaptés et de tomber dans les pièges des premiers jours.

#### 3.5.2 En salle de naissance

Un tiers des enfants de l'étude n'ont pu profiter du contact peau à peau avec leur mère après l'accouchement. Les différents avantages de ce contact précoce et prolongé sont aujourd'hui reconnus, notamment dans l'instauration de l'allaitement maternel.

Il facilite l'application de la 4<sup>ème</sup> condition préconisée par l'IHAB.

Quatre de ces sept enfants étaient nés par césarienne, rendant, pour diverses raisons techniques, l'application de cette recommandation difficile. Le papa était-il présent? Aurait-il pu prendre le relais?

Seuls six enfants ont pu téter dans la 1/2 heure suivant la naissance. Les soins ont été réalisés avant la 1<sup>ère</sup> mise au sein pour la majorité des enfants, ce qui a pu interférer avec la mise en route de l'allaitement.

La modification de certaines pratiques autour de la naissance s'avère donc nécessaire si l'on veut donner toutes ses chances à l'allaitement maternel, tout en veillant à la sécurité du nouveau-né et de sa mère.

### 3.5.3 Pendant le séjour

L'étude a permis d'identifier quelques pistes de travail pour notre service :

- La proximité mère-bébé : cette condition est indispensable au bon démarrage de l'allaitement mais aussi à l'établissement du lien.

Elle induit une cohabitation mère-enfant 24h/24, ce qui n'a pas été le cas pour tous les enfants de l'enquête. L'inconfort et la mobilité réduite des mères césarisées poussent souvent l'équipe à proposer l'accueil du nouveau-né en nursery pour la nuit. Plutôt que de séparer la mère et l'enfant, l'équipe pourrait aider celle-ci à s'installer confortablement tout en respectant la sécurité de chacun. Les tétées nocturnes souvent décrites comme «anormales» sont indispensables au bon déroulement de l'allaitement et ne sont pas les seules responsables de la fatigue maternelle retrouvée chez 20 patientes de l'étude. Elles ont d'ailleurs un effet soporifique sur la mère. Cette particularité mériterait d'être plus souvent expliquée aux patientes.

La prolongation du contact peau à peau au-delà de la salle de naissance est nécessaire car :

- il va diminuer les risques d'hypothermie, ce qui va aboutir à un meilleur maintien de la glycémie donc à une meilleure adaptation métabolique.
- il va augmenter le bien-être de l'enfant qui va moins pleurer.
- il va favoriser les interactions mère-enfant.
- il va faciliter le démarrage de l'allaitement en stimulant les différents sens de l'enfant.

Seuls 10 enfants de l'étude ont été placés sur le ventre de leur maman au retour de la salle de naissance. Depuis peu, de nouvelles dispositions ont été prises pour que ce contact peau à peau soit proposé systématiquement à chaque maman césarisée à son retour dans la chambre. Peut-être pourrions-nous élargir ultérieurement cette consigne aux autres mamans?

- Un accès libre au sein : il rend indispensable la proximité mère-bébé et permet un allaitement à la demande. Cela semble bien compris et transmis par l'équipe puis-que 2 femmes seulement ne l'ont pas mis en application.
- La diminution de compléments non justifiés : 12 bébés ont reçu des compléments. Onze étaient constitués de lait industriel, la montée de lait n'ayant pas eu lieu. Ces compléments n'étaient pas justifiés dans 7 situations : 6 ont été donnés pour pleurs et 1 pour mise au sein difficile. Faut-il rappeler que l'agitation et les pleurs du bébé ne sont pas des indications de compléments? D'autres alternatives peuvent être envisagées pour calmer l'enfant sans pour autant altérer la confiance de la mère. Les compléments doivent être donnés sur indications médicales qui sont limitées en maternité. L'introduction d'un seul biberon de lait industriel modifie la flore intestinale de l'enfant et diminue les effets protecteurs de l'allaitement.
- La limitation de l'usage des tétines ou sucettes : ce message est bien passé auprès de l'équipe soignante puisque la totalité des compléments ont été donnés à la tasse. Par contre, il est important de pouvoir expliquer aux parents qui souhaitent utiliser des «sucettes» qu'elles peuvent interférer avec la mise en route de l'allaitement.

Quatre mamans des bébés de l'étude ont recours à ces «sucettes». Il est donc essentiel d'informer les mères de nos réticences envers les tétines tout en leur proposant des alternatives adaptées à leurs besoins.

### **3.6 Changements déjà observés**

L'étude menée étant uniquement descriptive, elle soulève des questions qui nécessiteraient d'autres types d'enquêtes sur des sujets plus affinés. Cependant, sa réalisation, en sollicitant l'ensemble de l'équipe, a :

- sensibilisé au quotidien le personnel aux difficultés qui peuvent motiver l'arrêt de l'allaitement.
- modifié l'écoute des soignants qui ont rempli ces questionnaires auprès des mamans et qui ont souvent été surpris par l'intensité de l'échange.
- renforcé la vigilance de l'équipe face à des situations à risques (antécédent d'échec d'allaitement, antécédent de chirurgie mammaire, ..), l'amenant à adapter son accompagnement.

Aucune patiente n'a refusé ce questionnaire. Certaines ont même signalé que le temps consacré à l'enquête a été bénéfique : elles se sont senti écoutées et ont pu exprimer leurs émotions.

# CONCLUSION

Indépendamment d'un profil, l'étude a permis de définir des facteurs de risque permettant de détecter les mamans susceptibles d'abandonner rapidement leur allaitement.

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs occasionnées par les crevasses.

L'abandon très rapide laisse peu de temps à l'équipe pour renforcer la mère dans son choix.

Même s'il n'est pas souhaitable de « protocoliser » les conduites nécessaires au bon démarrage de l'allaitement, il faut néanmoins développer certaines pratiques favorisant son initiation : celles mises en évidence par l'étude correspondent aux conditions n° 4, 5, 6, 7, 8 et 9 de l'IHAB.

Cette évolution permettrait d'instaurer «une culture commune» de l'allaitement, harmonisant ainsi les modalités d'accompagnement. Mais le renouvellement permanent du personnel n'en permet pas la création, malgré les multiples formations. Au-delà de l'évolution des pratiques, un travail de réflexion collective est à mener pour améliorer la relation d'aide nécessaire à un accompagnement de qualité. Cette relation repose sur l'authenticité, l'empathie, le respect et l'acceptation. Elle fait appel à notre humilité et à notre modestie. Comme le préconise M.Landais [8], il faut :

«Accepter de ne pas tout pouvoir traiter, reconnaître les compétences des parents les accompagner où qu'ils aillent».

# BIBLIOGRAPHIE

1- OMS, UNICEF

Déclaration conjointe de l'OMS et de L'UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité 1989.

2- CROST M, KAMINSKI M. L'allaitement la maternité en France en 1995.

Enquête nationale périnatale. *Arch Pédiatr*, 1998, 5, p.1313-26

3- DARCHIS Elisabeth. L'établissement du lien mère-bébé (J1-J6) et ses aléas.

*Les dossiers de l'obstétrique*, Février 2002, n°302, p.24-29.

4- GREMMO-FEGER Gisèle. Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit.

*La revue SPIRALE*, Septembre 2003, n°27, p.45-59.

5- LANDAIS Mariella. La formation, levier de changement ? . *La revue SPIRALE*, septembre 2003, n°27, p. 35-43.

6- LABARERE J, DALLA-LANA C, SCHELSTRAETE C, et al. Initiation et durée

de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et de Chambéry. *Arch Pédiatr*, 2001, 8, 807-15.

7- EGO A, DUBOIS JP, DJAVAZADEH-AMINI M, et al. Les arrêts prématurés

d'allaitement maternel. *Arch Pédiatr*, 2003, 10, p.11-18.

8- LANDAIS Mariella. Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur..

*Les dossiers de l'obstétrique*, Juillet 2005, n°340, p.12-14

- 9- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie. Recommandations pour la pratique clinique, Mai 2002.
- 10- RAZUREL Chantal. Les représentations de l'allaitement dans la relation patientes/sages-femmes. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, n°72, p.121-144.
- 11- PILLIOT Marc. Allaitement en maternité : Les clefs pour réussir. Accompagner la naissance, accompagner l'allaitement. Journée régionale pour l'allaitement 2005-2006, Rouen, 19 mai 2005, COFAM, p.43-54.

# ANNEXE : QUESTIONNAIRE

## Arrêts précoces des allaitements maternels

Ce questionnaire est à remplir par un membre de l'équipe soignante (IDE, puéricultrice, sage-femme) lors d'un entretien avec chaque patiente qui a souhaité arrêter son allaitement maternel.

1. Caractéristiques socio-démographiques, données générales sur la mère :

1.1 : Situation familiale

- Vie maritale ou mariée
- Célibataire

1.2 : Niveau d'études :

- Primaire ou collège
- Secondaire ou BAC
- Supérieur

1.3 : Activité :

- Sans
- Temps plein
- Temps partiel

1.4 : Profession :

1.5 : Age :

1.6 : Nombre d'enfants :

1.7 : Nombre d'enfants allaités :

1<sup>er</sup> enfant :

Durée :

Raison arrêt :

Difficultés rencontrées :

Sensation satisfaction :

2<sup>ème</sup> enfant :

Durée :

Raison arrêt :

Difficultés rencontrées :

Sensation satisfaction

3<sup>ème</sup> enfant :

Durée :

Raison arrêt :

Difficultés rencontrées :

Sensation satisfaction :

4<sup>ème</sup> enfant :

Durée :

Raison arrêt :

Difficultés rencontrées :

Sensation satisfaction :

1.8 : Père : profession

1.9 : Père : Soutien pour l'allaitement : Oui

Non

2. Facteurs culturels :

2.1 : Pays d'origine :

2.2 : Femme, elle-même allaitée : Oui

Non

2.3 : Moment de la décision d'allaiter :

-Avant la grossesse

-Pendant la grossesse

-A l'accouchement

2.4 : Décision :

-Seule

-Influencée par : -conjoint



- famille
- amie
- revues
- professionnels de santé
- préparation à la naissance

2.5 : Facteurs qui ont influencé le choix des mères :

- Propriétés du lait maternel : -«meilleur»
  - rôle anti-infectieux
  - rôle anti-allergique
- Relation avec l'enfant
- Plaisir partagé
- «Naturel»
- Pratique

2.6 : Autres femmes allaitant ou ayant allaité dans l'entourage :

- Oui
- Non

2.7 : Préparation à la naissance suivie?

- Oui
- Non
- Si oui, l'AM a-t-il fait l'objet d'une séance complète?
- Oui
- Non

2.8 : Rencontres avec association de soutien pour l'AM :

- Oui
- Non

A la maternité

### 3. Données générales

#### 3.1 : Modalités d'accouchement :

- Voie basse spontanée
- Voie basse instrumentale (forceps, ventouse)
- Césarienne : - programmée
  - non programmée

#### 3.2 : Anesthésie : -Sans

- Péridurale
- Rachianesthésie
- Anesthésie générale

#### 3.3 : Poids bébé :

#### 3.4 : Terme :

### 4. Salle de naissance :

#### 4.1 : Peau à peau : Oui

Non

#### 4.2 : Première mise au sein :

\*Avec aide

Sans aide

\*Délai :-30mn

-60mn

-120mn

->2h

#### 4.3 : soins au nouveau-né (vitamine K, pesée.) :

-Avant la 1<sup>ère</sup> mise au sein

-Après la 1<sup>ère</sup> mise au sein

## 5. Séjour en maternité:

### 5.1 : «Couchage» du bébé dans les 24 premières heures :

-Incubateur : oui

non

si oui, pourquoi?

durée?

-Berceau

-Peau à peau

### 5.2 : Cohabitation mère-enfant :

-1<sup>ère</sup> nuit

-2<sup>ème</sup> nuit

-Plus tard

-Jamais

### 5.3 : Allaitement à la demande :

(aucune limite)

Oui

Non

si non, pourquoi?

### 5.4 : Tétée :

- Efficacité : -déglutition audible (gloups!)/ grands mouvements tétés, enchaînés

-«toutouille»

- Fréquence : nombre de tétées par 24h

- Durée (moyenne) :

- Refus du sein : Non

Oui

si oui :-à chaque fois

-de temps en temps



6.1 : Jour de l'arrêt de l'AM :

J0 - J1 - J2 - J3 - J4 - J5 - J6

6.2 : Motif invoqué pour l'arrêt de l'allaitement :

6.3 : Crevasse : Non

Oui

Si oui, solution proposée : -lait sur mamelon

-castor equi®

-bout de sein en silicone

-coquille d'allaitement

-position d'AM revue

-autres

Propositions efficaces : Oui

Non

6.4 : Engorgement mammaire : Non

Oui

Si oui, traitement proposé : -anti-inflammatoire

-ocytocine

-massage aréolaire

-douche froide/chaude

Traitement efficace : Oui

Non

6.6 : Insuffisance apport de lait : -chirurgie du sein : Oui

Non

-perte de poids du bébé >10%

-retard émission du méconium >48 heures/apparition sel-  
les>72heures

-utilisation d'un tire-lait pour stimuler :

Non

Oui

Si oui, efficace : oui

non

6.7 : Mamelon ombiliqué : Non

Oui

Si oui, utilisation : -nipplette

- bout de sein en silicone

-coquille

-autre

Efficacité : Oui

Non

7. Enfant :

7.1 : Ictère : Non

Oui

Si oui, photothérapie : Oui

Non

7.2 : Nouveau-né irritable (pleurs incessants) : Non

Oui

Si oui : -sevrage (tabac, drogue)

-accouchement difficile

7.3 : Nouveau-né douloureux :

Non

Oui

Si oui, EDINN=

Traitement par paracétamol : Oui

Non

Efficace :

Oui

Non

7.4 : Nouveau-né endormi (qui ne tète pas, que l'on ne peut pas réveiller) :

Oui

Non

7.5 : Nouveau-né crispé («pince» le mamelon, ne peut pas ouvrir la bouche) :

Oui Non

7.6 : Traitement : Oui Non

Si oui :- Paracétamol

-Caloreen\*

-Calcium

-Motilium\*

8. Mère :

8.1 : Infection :Oui Non

8.2 : Anémie sévère : Oui Non

8.3 : Baby blues : Oui Non

8.4 : Fatigue, manque de sommeil : Oui Non

8.5 : Périnée très douloureux, gênant la mobilisation de la mère :

Oui Non

8.6 : Choix d'arrêter accepté par le papa : Oui Non