

ETUDE PILOTE DE FAISABILITE ET D'ACCEPTABILITE D'UNE FORMATION INTERNE SUR LA PRISE DU SEIN



Christine Laugel

**Travail réalisé dans le cadre de la formation
« Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE »
CREFAM**

Remerciements

Je voudrais adresser mes remerciements, tout particulièrement, à :

- toutes les professionnelles ayant accepté de participer à cette étude, pour leur implication et leur aide précieuses dans ce travail, et particulièrement Audrey pour son travail graphique et Agnès pour son soutien,
- Christiane Metzger, pour le soutien logistique très précieux pour la mise en place des formations, sa disponibilité et son enthousiasme,
- Dr Marie-Claude Marchand pour sa disponibilité, ses encouragements, pour les entretiens qui m'ont permis d'avancer dans la réflexion,
- Dr Laure Marchand-Lucas pour ses encouragements et son soutien, les richesses partagées lors de nos discussions,
- Thomas, pour avoir été là, toujours.

SOMMAIRE

Introduction	p. 5
A. Etat des connaissances	p. 7
I. Importance de la prise du sein sur la physiologie de la lactation	p. 7
II. Confort de la mère	p. 8
1. Observations échographiques de la position du mamelon dans la bouche du nouveau-né	p. 8
2. Conséquences de la douleur des mamelons sur l'allaitement	p. 9
3. Prévention et traitement des mamelons douloureux	p. 10
III. Connaissances et compétences nécessaires pour accompagner l'allaitement maternel	p. 11
1. Connaissances et compétences pédagogiques	p. 11
2. Etudes d'intervention proposant des formations sur la prise du sein	p. 12
a. Description et résultats des études	p. 12
b. Contenu pédagogique des formations	p. 14
B. Présentation de l'étude	p. 17
I. Contexte général du service	p. 17
1. Composition et organisation de l'équipe d'accompagnement de l'allaitement	p. 17
2. Pertinence de la formation dans le contexte du service	p. 17
3. Actions de formation existantes	p. 18
II. Population concernée par la formation	p. 19
III. Méthode de formation	p. 19
1. Organisation	p. 19
2. Fiche pédagogique	p. 19
a. Objectifs de formation	p. 19
b. Outils et méthodes pédagogiques	p. 20
3. Evaluation	p. 21
a. Evaluation immédiate	p. 21
b. Evaluation à distance	p. 21
C. Résultats	p. 22
I. Description de la population participant à l'étude	p. 22
1. Population	p. 22

2. Temps travaillé, occasion d'accompagner l'allaitement	p. 22
3. Formations à l'allaitement déjà suivies	p. 23
II. Modalités pratiques	p. 24
1. Déroulement de la formation	p. 24
2. Faisabilité technique et organisation	p. 24
3. Evaluation	p. 24
III. Résultats de l'entretien	p. 25
1. Eléments d'aide à la prise du sein testés et commentaires	p. 25
2. Modifications des pratiques depuis la formation	p. 27
3. Critères d'observation de la prise du sein recherchés	p. 29
4. Ce dont les participantes ont besoin pour les aider à utiliser les outils proposés	p. 29
5. Satisfaction des mères et résultats en cas de mamelons douloureux	p. 29
6. Evaluation de la formation par les participantes	p. 29
7. Commentaires libres	p. 30
D. Discussion	
I. Faisabilité de la formation	p. 32
1. Place de la formation dans le contexte du service	p. 32
2. Organisation de la formation et contenu pédagogique	p. 32
a. Durée de la formation et taille du groupe	p. 32
b. Supports et méthodes pédagogiques	p. 33
II. Réalisation des objectifs de formation	p. 34
1. Proposer des outils concrets d'accompagnement à la prise du sein efficace, sensibiliser à l'accompagnement de la tétée sans les mains	p. 34
2. Apprendre à observer la prise du sein	p. 36
3. Décrire les critères d'observation de la prise du sein efficace	p. 37
III. Accompagnement en cas de mamelons douloureux	p. 37
IV. Pistes de travail	p. 37
Conclusion	p. 39
Références bibliographiques	p. 40
 Annexe 1 : Feuillelet destiné aux professionnels, corrigé	 p. 45
Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la formation sur la prise du sein	p. 46

INTRODUCTION

L'allaitement maternel apporte des bénéfices tant pour la santé de l'enfant que pour celle de la mère. L'allaitement exclusif pendant les six premiers mois permet un développement optimal du nourrisson (OMS, 2001). Ces recommandations ont été reprises en France par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2002, puis dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS) en 2005. D'après l'enquête périnatale menée en 2003, 56,3% des enfants sont allaités à la sortie de la maternité (Blondel). La durée médiane de l'allaitement a été estimée à 10 semaines en 1998 selon une étude citée dans le PNNS.

Parmi les motifs de sevrage précoce, les mères citent la perception d'un manque de lait, des mamelons douloureux ou des difficultés de prise du sein dans des études nord-américaines (Lewallen, 2006 ; Ahluwalia, 2005).

En tant que sage-femme hospitalière dans une maternité d'environ 2000 naissances par an, nous avons noté que les mères ont fréquemment des mamelons douloureux en début d'allaitement. Pour vérifier cette hypothèse, un recueil de données a été effectué sur dossier en mai 2007 : environ la moitié des mères ont été confrontées à cette difficulté.

Aider les mères à éviter cette difficulté peut donc être une action favorisant la poursuite de l'allaitement, tout en leur permettant d'avoir un allaitement confortable et satisfaisant.

La formation préparant à l'examen de consultante en lactation nous a apporté des éléments concrets d'aide à la prise du sein efficace. Deux constats se sont imposés lors de leur mise en pratique :

- la qualité d'observation et d'évaluation de la prise du sein par le nouveau-né se sont sensiblement développées et affinées,
- quand il y avait une prise du sein inadéquate, les mères ont généralement signalé une nette diminution de la douleur après amélioration de celle-ci.

Compte tenu de l'incidence importante des mamelons douloureux en début d'allaitement dans notre service, des conséquences délétères que cette difficulté semble avoir sur la poursuite de l'allaitement et de notre expérience récente sur l'aide pratique possible dans cette situation, il nous a semblé très

intéressant de transmettre ces informations aux professionnels impliqués dans l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Le but de ce mémoire est d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité par les professionnels d'une formation interne sur la prise du sein.

Notre travail est une phase pilote d'une démarche visant à proposer une formation sur la prise du sein à l'ensemble du personnel qui accompagne l'allaitement, et à évaluer son influence sur l'incidence des mamelons douloureux au cours du séjour à la maternité. Il a consisté à mettre en place une formation sur la prise du sein, proposée aux professionnels volontaires. Cette phase a été suivie d'une période de test des méthodes d'accompagnement de la prise du sein auprès des mères. Enfin, nous avons recueilli les commentaires des professionnels sur l'applicabilité des outils proposés, l'impact de la formation sur leurs pratiques et leur satisfaction lors d'un entretien semi dirigé.

A. Etat des connaissances

Une prise du sein efficace est nécessaire au maintien de la lactation et aboutit également à un allaitement confortable pour la mère.

I. Importance de la prise du sein sur la physiologie de la lactation

Après la naissance, alors que le taux de prolactine reste élevé, les taux de progestérone et d'oestrogènes chutent suite à l'expulsion placentaire. Ceci est à l'origine de la survenue de la lactogénèse II. Le nouveau-né obtient du lait pendant la tétée, grâce à une prise du sein et une succion efficaces. Il doit prendre le mamelon et une partie de l'aréole en bouche. Il stimule ainsi adéquatement les terminaisons nerveuses qui permettent la sécrétion d'ocytocine et de prolactine, respectivement nécessaires à l'éjection du lait et au maintien de la lactation. Sa succion crée une dépression intra buccale qui lui permet de transférer le lait (Beaudry, 2006).

Une succion efficace favorise le drainage des seins et également la sécrétion de lait par un mécanisme de régulation locale de sa production. Un peptide sécrété dans le lait, le facteur inhibiteur de la lactation, a une action inhibitrice sur les cellules lactifères, qui est d'autant plus importante que le sein est plein. Un drainage insuffisant des seins peut entraîner une chute de la quantité de lait produite (Beaudry, 2006). Une succion adéquate est donc un élément important dans la physiologie de l'allaitement.

Or, la prise du sein adéquate est un préalable à une succion efficace. Righard a montré que des nouveaux-nés dont la succion incorrecte n'avait pas été corrigée en maternité, avaient plus de risque de ne plus être allaités à 4 mois que ceux dont la succion avait été corrigée. Leurs mères avaient rencontré davantage de difficultés d'allaitement. Dans cette étude, la bouche du nouveau-né grande ouverte et la langue placée sous l'aréole sont deux des trois critères retenus pour qualifier la succion efficace. Les auteurs suggèrent «qu'une technique de succion correcte est un préalable à un allaitement ininterrompu et sans complications » (Righard, 1992).

II. Confort de la mère

Une prise du sein adéquate offre généralement un allaitement confortable à la mère (Fisher, 1987). La douleur liée à une prise du sein inadéquate est due à une friction ou à une compression du mamelon dans la bouche du nouveau-né.

1. Observations échographiques de la position du mamelon dans la bouche du nouveau-né

Les connaissances récentes sur la position du mamelon dans la bouche du nouveau-né affinent ce qui était admis jusque là.

Selon Woolridge (1986), une prise du sein adaptée amène le mamelon près de la jonction entre le palais dur et le palais mou. Il n'est alors ni frotté par la langue, ni comprimé entre la langue et le palais dur, et permet donc à la mère un allaitement confortable.

Une étude plus récente a été menée par Jacobs (2007). Son but était de vérifier l'influence de la position du mamelon dans la bouche du nouveau-né sur la réussite de l'allaitement. Des mesures de la distance séparant le mamelon de la jonction palais dur - palais mou ont été faites par échographie. Celles-ci ont été réalisées pendant une tétée à 1 et 4 semaines de vie sur 18 nouveau-nés à terme en bonne santé, allaités exclusivement et ayant une prise de poids satisfaisante. Leurs mères n'avaient pas eu les mamelons douloureux. Une distance moyenne de 5 mm entre le mamelon et la jonction palais dur - palais mou a été mesurée chez la moitié des nouveau-nés. Le mouvement « moyen » du mamelon dans la bouche du nouveau-né est de 4 mm (+/- 1,3). Cette étude, malgré le petit effectif, suggère que le mamelon n'est pas toujours placé aussi loin dans la bouche du nouveau-né que ce qui était admis jusqu'alors. Sur cette population, cela n'a pas entraîné de difficulté d'allaitement. Les auteurs remarquent qu'il ne semble pas exister de position idéale du mamelon dans la bouche du nouveau-né à terme. Ils suggèrent également de mener d'autres études afin de définir à partir de quelle distance mamelon/jonction palais dur - palais mou des difficultés d'allaitement peuvent survenir. Cette technique pourrait être utilisée dans les situations de douleurs persistantes du mamelon liées à une prise du sein inadéquate.

2. Conséquence de la douleur des mamelons sur l'allaitement

Weigert (2005) a mené au Brésil une étude d'observation dont le but était d'évaluer l'influence de la technique d'allaitement sur la fréquence de l'allaitement exclusif et sur les lésions du mamelon pendant le premier mois. 211 dyades mères enfants ont été incluses. Ces femmes avaient accouché à terme d'un enfant en bonne santé. Un examen des seins a été réalisé et une tétée observée pendant le séjour en maternité. Des paramètres défavorables au regard de la position et de la prise du sein ont été recherchés. Les mères ont été interrogées sur l'alimentation du nouveau-né à leur domicile au septième jour de vie et une tétée a été observée au trentième jour de vie. Le nombre de paramètres défavorables observés à la maternité était identique à J7 et J30, que les mères allaitent exclusivement ou non. Il existe une association entre une meilleure technique d'allaitement et la pratique de l'allaitement exclusif à J30. La fréquence des mamelons douloureux n'était pas influencée par la technique d'allaitement dans cette étude.

Santo (2007) a participé à l'étude de Weigert et a travaillé sur la même cohorte dans le but d'identifier les facteurs associés à un arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois. La technique d'allaitement et la présence de mamelons douloureux faisaient partie des variables évaluées sur 220 dyades mère - enfant au premier et au trentième jour de vie. Le suivi a ensuite été assuré par téléphone à 2, 4 et 6 mois. Les auteurs ont entre autres observé une corrélation positive entre le nombre d'éléments défavorables dans la prise du sein à la fin du premier mois et le pourcentage d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois (RR=1.29, IC 95% 1.06-1.58).

Une étude d'observation a été menée sur une population de 539 mères ayant accouché à terme d'un enfant en bonne santé dans un hôpital Ami des Bébés en Argentine. Les auteurs ont évalué l'impact de différents facteurs sur la durée de l'allaitement exclusif. Une tétée a été observée pendant le séjour en maternité, puis les mères ont été contactées par téléphone à 1, 4 et 6 mois. Le taux d'allaitement exclusif était significativement plus long chez les mères n'ayant pas eu de problème de mamelons douloureux (28 contre 11%, $p<0.001$), et lorsque la technique de succion était efficace en maternité (21 contre 6%, $p<0.05$) (Cernadas, 2003). Les auteurs suggèrent que la qualité du déroulement de l'allaitement pendant le séjour en maternité a un impact significatif sur la durée de l'allaitement exclusif. La prévention de la douleur des

mamelons est donc un élément important dans l'accompagnement de l'allaitement.

3. Prévention et traitement des mamelons douloureux

Plusieurs experts en matière d'allaitement décrivent la prise du sein inadéquate comme la cause la plus fréquente des mamelons douloureux à cette période (Newman, 2006 ; Renfrew, 2000 ; Fisher, 1987). Différents traitements locaux ont été testés dans plusieurs études, mais les effets de la correction d'une prise du sein inadéquate y sont rarement évalués. Nous avons donc sélectionné une étude incluant ce paramètre.

Cadwell (2004) a mené une étude randomisée à Latvia en Lettonie sur une population de 94 mères qui avaient un problème de mamelons douloureux lié à une position inadéquate. Ces mères étaient en bonne santé, avaient accouché dans les dix jours précédents d'un nouveau-né à terme en bonne santé. Elles ne présentaient pas d'autres pathologies d'allaitement. Le but de l'étude était de comparer trois protocoles de traitement différents en évaluant la guérison, l'évolution de la douleur et la satisfaction des mères. La position d'allaitement et la prise du sein ont été évaluées grâce à un guide d'évaluation de l'allaitement (« Lactation Assessment Tool ») par des sages-femmes formées à son utilisation. Les éventuels problèmes concernant la position et la prise du sein ont été corrigés dans les trois groupes. Un traitement a été proposé dans deux groupes : utilisation de lanoline et de coquilles d'allaitement pour l'un, de pansement hydrogel pour l'autre. Presque toutes les mères ont été soulagées et ont vu leurs mamelons guérir. Il n'y a pas de différences significatives entre les groupes ($p>0.05$). Les auteurs concluent que la prise en charge d'une mère ayant des mamelons douloureux doit inclure une évaluation de la position et de la prise du sein. Il faut guider la mère afin qu'elle apprenne à installer efficacement son nouveau-né au sein, qu'une préparation commerciale soit utilisée ou non.

Les différentes études présentées soulignent le rôle primordial qu'ont les professionnels impliqués dans l'accompagnement de l'allaitement en maternité.

III. Connaissances et compétences nécessaires pour accompagner l'allaitement maternel

1. Connaissances et compétences pédagogiques

« Indiquer aux femmes comment pratiquer l'allaitement » fait partie des 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées conjointement par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) en 1989.

Il est fondamental pour favoriser le démarrage de la lactation, de s'assurer que la mère sait reconnaître une prise du sein efficace et de l'aider à la corriger si nécessaire (ILCA, 2005 ; ANAES, 2002). Les professionnels doivent donc avoir les connaissances théoriques requises pour l'évaluer. Des critères d'observation cliniques de la prise du sein adéquate ont été définis :

- La bouche est grande ouverte,
- La langue est abaissée sur la gencive inférieure et forme une gouttière antéropostérieure,
- Le menton du nouveau-né est enfoui dans le sein, son nez peut toucher le sein,
- la prise du sein est asymétrique, le bébé prend plus d'aréole du côté de sa lèvre inférieure que du côté de sa lèvre supérieure,
- Les lèvres sont souples et éversées.

La tête du nouveau-né doit être dans l'axe de son corps, tourné vers le sein (ligne virtuelle oreille-épaule-hanche). La tétée nutritive est définie par une prise du sein efficace et des déglutitions fréquentes et rythmées. Le nouveau-né peut également exercer une succion non nutritive, la prise du sein restant adéquate (Newman, 2006 ; ILCA, 2005 ; Mohrbacher, 1999).

L'absence de douleur chez la mère est un des critères d'efficacité de la tétée. Le mamelon n'est ni pincé, ni abrasé en fin de tétée (ILCA, 2005).

La connaissance de ces éléments n'est cependant pas suffisante. Installer son nouveau-né au sein est un apprentissage, une compétence que la mère doit acquérir (Newman, 2006 ; OMS, 1999). Dans notre culture, les jeunes mères ont généralement vu peu de femmes allaiter. Les images de mères en train d'allaiter diffusées dans les médias montrent souvent des nourrissons ayant une position inadéquate : par exemple dans la position de la madone, ils sont souvent tenus comme pour donner un biberon et non le ventre tourné vers la

mère. Les professionnels impliqués dans l'accompagnement de l'allaitement deviennent dès lors une « référence ». Leurs capacités « d'éducation », de transmission de ces éléments aux mères sont donc primordiales.

2. Etudes d'intervention proposant des formations sur la prise du sein

Plusieurs auteurs ont mis en place des formations professionnelles sur la position et la prise du sein adéquates. Ils ont ensuite évalué l'impact que celles-ci ont eu sur l'allaitement. Les résultats de ces études vont être rapidement décrits, puis nous détaillerons les caractéristiques pédagogiques des formations.

a. Description et résultats des études

Fletcher et Harris (2000) relatent la mise en place du « HOT (Hands-Off Technique) program ». Cette formation a été donnée aux sages-femmes en charge des soins post-natals du Royal Women's Hospital à Sydney. Un des objectifs était de donner aux professionnels des outils pour apprendre aux mères à installer elle-même leur nouveau-né au sein, sans que le professionnel « mette ses mains ». Ce programme a été instauré afin d'aider les mères à éviter les difficultés de début d'allaitement : la durée de séjour avait été réduite à trois jours et il a été observé que les mères n'avaient pas toujours eu le temps d'acquérir les compétences nécessaires pour mener leur allaitement après le retour à domicile. Les auteurs ont noté une diminution du taux de consultations pour mamelons douloureux après la mise en place du programme (29% en 1995 - sur 5 mois - à 15% en 1998). Elles citent quelques réflexions données par les professionnels.

Une étude d'intervention non randomisée en plusieurs phases a été menée à Bristol pour déterminer si une technique d'aide à l'allaitement « sans les mains » augmentait les chances d'allaiter exclusivement ou partiellement avec succès et diminuait l'incidence des problèmes d'allaitement (Ingram, 2002). Les objectifs secondaires étaient de vérifier si les sages-femmes intégraient cette technique d'aide à l'allaitement dans leur pratique courante et d'évaluer les relations existant entre la poursuite de l'allaitement, les pratiques à l'hôpital et au domicile et le soutien de l'allaitement.

Cette étude s'est déroulée en 4 phases. Tout d'abord, les auteurs ont collecté des informations concernant les taux et les pratiques d'allaitement avant l'intervention. Celle-ci a consisté en une formation d'aide à la prise du sein « sans les mains », donnée aux sages-femmes et aux « auxiliaires de santé » accompagnant les mères pendant le démarrage de la lactation. Dans la deuxième phase, la sage-femme chargée de la recherche a observé les mères et évalué les tétées, afin de voir si la technique d'installation et de la prise du sein était maîtrisée. Un score reprenant huit éléments les plus importants de la technique d'allaitement a été utilisé. La sage-femme était également un soutien et une aide pour l'équipe. Cette évaluation a été poursuivie pendant la troisième phase, mais en donnant aux mères un dépliant récapitulant visuellement les points importants de la technique. 395 mères ont ainsi été vues. Pendant la dernière phase, cette sage-femme n'est plus intervenue. Ce sont les sages-femmes du service qui accompagnaient les mères et leur remettaient le dépliant. Les mères qui ont accepté de participer à l'étude ont accepté de remplir un questionnaire à 2 et 6 semaines de la naissance. 1325 femmes ont été incluses au total.

L'étude a notamment montré que les mères qui avaient un degré de maîtrise plus élevé de l'installation et de la prise du sein allaitaient plus à 6 semaines que les mères qui n'utilisaient pas tous les points de la technique. Les opinions des professionnels ont été recueillies lors des différentes phases, mais ces éléments n'apparaissent pas dans cet article. Aucune autre référence n'y était indiquée.

Une autre étude a été menée au Royaume-Uni et décrit le projet "Breastfeeding Best Start" (BBS) (Law, 2007). Le but de l'étude était de déterminer si une session de formation de 4 heures sur la position et la prise du sein adéquates augmentait les connaissances des sages-femmes, ainsi que leurs compétences à résoudre les difficultés afférentes. Les participants ont été formés à une technique d'aide à l'allaitement « sans les mains ». Ils ont été évalués au moyen d'un questionnaire basé sur l'observation d'une vidéo montrant une mère installer son nouveau-né au sein avant et après intervention. Le groupe contrôle était composé d'étudiants sages-femmes en fin de formation. L'étude a montré que cette formation pouvait augmenter les connaissances des sages-

femmes dans ce domaine. Le contenu pédagogique est détaillé dans un autre article (Inch, 2003).

En Australie, une étude a eu pour but de déterminer si une séance prénatale sur la position et la prise du sein avait un effet sur les douleurs et lésions des mamelons et sur les taux d'allaitement (Duffy, 1997). Cette formation a été donnée aux mères par une sage-femme consultante en lactation. Elle inclut 70 primipares, 35 dans le groupe intervention et 35 dans le groupe témoin. La répartition dans l'un ou l'autre groupe était randomisée. La qualité de la position et de la prise du sein, la douleur et les lésions des mamelons ont été évaluées par un observateur dans le post-partum immédiat. Celui-ci ne savait pas à quel groupe les mères appartenaient. Les mères du groupe intervention avaient significativement moins de douleurs et de lésions du mamelon et installaient plus efficacement leur nouveau-né au sein.

b. Contenu pédagogique des formations

Ces différentes formations ont en commun de privilégier l'autonomisation des mères. Elles ont pour objectif de donner aux professionnels des outils pour apprendre à une mère à installer elle-même son nouveau-né au sein plutôt que de faire à sa place. L'accent est donc mis sur l'aide à l'autonomisation des mères. Cette méthode peut également favoriser la confiance des mères en elles-mêmes.

Les caractéristiques des sessions proposées sont détaillées ci-dessous.

Bien qu'elle soit destinée aux mères et non aux professionnels, nous avons choisi d'intégrer l'étude de Duffy dans notre description. En effet, celle-ci utilise des techniques d'apprentissage similaires à celles proposées aux professionnels des autres études citées.

Les durées de formation étaient de 45 mn (Ingram, 2002), 1h (Duffy, 1997) et 4h (Inch, 2003). Le temps de formation n'est pas précisé dans l'article de Fletcher.

Dans l'étude de Ingram, la formation abordait des points théoriques (physiologie de la succion, intérêts de cette technique d'aide à l'allaitement). Une vidéo (faite par l'équipe de recherche), des démonstrations utilisant un poupon et des coussins ont favorisé les échanges et la discussion. Les sages-femmes ont été

soutenues dans leur pratique par l'observation et l'aide de la sage-femme chargée de recherche. Les détails de cette intervention sont discutés dans un autre document auquel nous n'avons pas eu accès.

Le cours prénatal pour les mères a compris une information sur la position et la prise du sein efficaces pour la tétée (Duffy, 1997). Les mères disposaient d'un poupon pour simuler le nouveau-né et ont testé les positions d'allaitement. L'article ne donne pas plus de détails.

Le cours de 4 heures décrit par Inch comprend une mise à jour des connaissances sur l'anatomie du sein, la physiologie de la tétée, les positions d'allaitement et la prise du sein. Il est également expliqué aux sages-femmes comment apprendre à une mère à installer son nouveau-né au sein elle-même et à vérifier que la prise du sein est correcte. Des vidéos et des jeux de rôle sont utilisés pour cet apprentissage.

Enfin, la formation proposée dans l'article de Fletcher comprend des informations sur la prise du sein adéquate, le visionnage d'une vidéo montrant des mères installer elles-mêmes leur nouveau-né au sein, et comment la sage-femme peut intervenir brièvement et efficacement, sans « enlever de pouvoir » ni se substituer à la mère. La formation est donnée par une consultante en lactation à des groupes de trois sages-femmes.

En conclusion de cette partie, nous retenons que ces études décrivent globalement des formations courtes, excepté pour le projet « Breastfeeding Best Start ». Les techniques de formation sont très concrètes (Inch, 2003 ; Law, 2007). Pour la transmission des pratiques aux mères, il est très efficace de privilégier les démonstrations. Elles permettent aux professionnels et aux mères de comprendre parce qu'ils « ont fait » (Fletcher, 2000 ; Duffy, 1997).

Partant du principe qu'on explique mieux ce qu'on a observé, fait et compris, nous avons décidé d'utiliser notre expérience et de transmettre les éléments qui nous ont été utiles. Les informations et les outils pédagogiques utilisés dans notre session interne ont été choisis à partir des éléments qui nous ont marquée lors de la formation de préparation à l'examen de consultante en lactation, et dont nous avons testé l'efficacité auprès des mères. Certains outils pédagogiques cités dans des ouvrages ou des revues spécialisés en font partie (Mohrbacher, 1999 ; Wiessinger, 2000, 2004). Nous avons également adapté des formations proposées ailleurs au contexte du service. Elles nous ont aidée

à structurer notre intervention et confortée dans le choix des méthodes pédagogiques (Ingram, 2002 ; Fletcher, 2000 ; Duffy, 1997). Dans notre étude, nous souhaitons voir si une telle formation était faisable, comment elle était acceptée par les professionnels et voir si elle favorisait une démarche similaire chez les professionnels.

Nous allons maintenant présenter notre étude, après l'avoir située dans le contexte du service dans lequel nous exerçons.

B. PRESENTATION DE L'ETUDE

I. Contexte général du service

L'étude a été menée dans une maternité urbaine de niveau IIb, le Syndicat Inter Hospitalier de la Communauté Urbaine de Strasbourg – Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical (SIHCUS-CMCO) à Schiltigheim, qui compte environ 2000 naissances par an. Le service Mère-Enfant compte 39 lits, dont 6 lits d'unité kangourou, répartis en 3 ailes. Il existe également une offre d'hospitalisation à domicile d'une capacité de 18 lits.

1. Composition et organisation de l'équipe d'accompagnement de l'allaitement

L'équipe d'accompagnement de l'allaitement se compose de 12 auxiliaires de puériculture (AP), de 8 puéricultrices (PDE) intervenant plus spécifiquement en unité de néonatalogie/unité Kangourou, de 12 aides-soignantes (AS) et de 18 sages-femmes (SF). La majorité des AP, AS et PDE travaillent au service Mère-Enfant. Une équipe de 21 SF et de 12 AP et AS exerce en salle de naissance. Les SF alternent entre les deux services, mais ont pour la majorité un temps de travail plus long en salle de naissance qu'au service Mère-Enfant sur l'année. Elles interviennent également en préparation à la naissance et dans le suivi prénatal.

La première tétée est accompagnée par une AS, une AP ou une SF en salle de naissance.

Au service Mère-Enfant, l'accompagnement de l'allaitement est assuré par une AP, une AS et une SF qui travaillent en trinôme et sont en charge d'une aile de 12 à 15 lits sur 12 heures. Pour chaque période de travail de 12 heures, 3 SF, une PDE, 3 AS et 4 AP sont effectivement présentes pour l'ensemble du service.

2. Pertinence de la formation dans le contexte du service

Nous avons mené deux actions préalablement à la formation.

Un recueil de données a été fait sur les dossiers des mères ayant accouché en mai 2007. 55 femmes sur 124 allaitant à la sortie de la maternité ont eu des « gerçures » ou des « mamelons irrités », soit presque la moitié des personnes concernées. Dix mères ont sevré pendant leur séjour : pour 3 d'entre elles, le motif de sevrage était lié à une difficulté de la mère par rapport à l'allaitement

(« disponibilité pour le nouveau-né mal vécue » par exemple). Pour 5 femmes, la raison du sevrage n'était pas spécifiée, mais trois femmes de ce « groupe » ont eu des gerçures. Deux femmes ayant des gerçures ont arrêté l'allaitement à cause de la douleur des mamelons. L'étiologie des douleurs des mamelons était très rarement indiquée, il n'y a quasiment jamais d'indications sur la prise du sein. Il n'existe pas de nomenclature précise du type de lésion dans les dossiers actuellement. Nous avons écarté l'évaluation de l'impact de notre action sur le taux de gerçures pour des raisons de faisabilité.

Une information sur ce travail, accompagnée d'une proposition de formation, a été diffusée. Nous souhaitons vérifier sa pertinence face aux besoins des personnes impliquées dans l'accompagnement de l'allaitement, la majorité de l'équipe ayant déjà suivi au moins une formation sur le sujet. Tous les professionnels du service Mère-Enfant et de salle de naissance y avaient accès.

Ces deux éléments, ainsi que le soutien de l'équipe encadrante, nous ont encouragé à mettre cette formation en place.

3. Actions de formation existantes

Une formation dispensée par l'institut Co-Naître sur le thème « Nutrition, rythmes du nouveau-né et accompagnement de l'allaitement maternel » est menée depuis 2002 et concerne toutes les personnes impliquées. Soixante-dix professionnels ont suivi le premier niveau de la formation, 51 d'entre eux ont participé au deuxième niveau. Nous avons pris connaissance des informations transmises lors de ces sessions, afin de permettre une cohérence entre les deux formations.

Par ailleurs, une action de formation interne a été mise en place par l'équipe encadrante depuis octobre 2007, faisant immédiatement suite à une formation Co-Naître. Cette action a pour but de relancer une dynamique d'équipe et d'harmoniser les discours, notamment en ce qui concerne l'allaitement maternel. Cette formation vise à la fois les nouvelles recrues (AS, AP et SF), dont certaines ont peu d'expérience en service Mère-Enfant, et des professionnels plus expérimentés. Nous avons co-animé une demi-journée sur l'accompagnement des débuts de l'allaitement maternel avec une SF de l'équipe, titulaire du diplôme universitaire (DU) de « Lactation humaine et

Allaitement maternel ». Nous avons pu présenter notre formation devant un groupe de 15 personnes environ. Elle correspond à notre phase-test.

II. Population concernée par la formation

Le recrutement a été fait par le biais de l'information précitée. Celle-ci a été affichée en pouponnière, en salle de naissances et au service Mère-Enfant. Toutes les personnes de l'équipe impliquée dans l'accompagnement de l'allaitement étaient invitées à s'inscrire, sur la base du volontariat, pour tester les outils d'aide proposés.

III. Méthode de formation

1. Organisation

Après accord de l'équipe encadrante, nous avons proposé aux participantes de pouvoir assister à la formation sur leur temps de travail. Chaque session durait environ une heure quinze, les groupes étaient limités à 8 personnes. Elles ont eu lieu dans une salle de l'établissement mise à notre disposition. Nous avons eu accès à un ordinateur et un vidéoprojecteur.

2. Fiche pédagogique

a. Objectifs de formation

Nos objectifs de formation étaient les suivants :

- Rappeler l'importance d'une prise du sein adéquate pour la poursuite de l'allaitement ;
- Décrire les critères d'observation d'une prise du sein efficace ;
- Expliquer le mécanisme d'apparition d'une gerçure liée à une prise du sein inadéquate ;
- Apprendre à observer la prise du sein avant « d'agir » ;
- Proposer un éventail d'outils concrets pour transmettre aux mères les éléments favorisant une prise du sein efficace et un allaitement confortable ;
- Sensibiliser et donner des outils concrets d'accompagnement de la tétée « sans les mains », apprendre à respecter la physiologie ;
- Aborder des outils de relation d'aide.

b. Outils et méthodes pédagogiques

L'exposé a été fait sur Power Point, afin de répondre aux besoins des personnes plus sensibles aux outils « visuels ».

La formation s'est déroulée selon le plan suivant :

- Temps d'échange sur les expériences cliniques et les acquis des professionnels sur la prise du sein ;
- Rappel physiologique sur les signes montrant que le nouveau-né est prêt à téter et le réflexe d'ouverture de la bouche ;
- Rappel sur la relation de causalité existant entre mamelons douloureux, prise du sein inadéquate, production de lait insuffisante et risque de sevrage précoce ;
- Explication du mécanisme d'apparition des douleurs du mamelon liées à une prise du sein inadéquate, proposition du test de B. Heiser (Mohrbacher, 1999) ;
- Définition des critères d'observation d'une prise du sein adéquate (ILCA, 2006) ;

- Analyse et discussion de photos représentant des nouveau-nés ayant ou non une prise du sein efficace ;

Proposition aux professionnels de débiter par la description des éléments efficaces de prise du sein, puis par les points à améliorer, plutôt que de ne signaler que les points « négatifs » ;

- Montrer que la prise du sein asymétrique favorise la grande ouverture de la bouche selon la description faite par D. Wiessinger et expliquer l'analogie « du grand sandwich ». Celle-ci utilise un ballon de baudruche. Après avoir mis du rouge à lèvres, elle montre qu'une plus grosse bouchée est prise quand on aborde le ballon avec la mâchoire inférieure et en fermant la mâchoire supérieure aussi haut que possible, que quand la prise est symétrique. (Wiessinger, 2004, 2000). Nous avons adapté la méthode et utilisé un sein en tissu pour la démonstration ;
- Rappel de quelques préalables (confort de la mère, soutien du sein, par exemple) favorisant une prise du sein efficace, quelle que soit la position d'allaitement choisie par la mère (Mohrbacher, 1999 ; Newman, 2006) ;
- Proposition de positions d'allaitement favorisant la grande ouverture de la bouche du nouveau-né, à savoir la position de la « madone inversée » et en « ballon de rugby », démonstration avec un poupon ;

- Visionnage d'une courte vidéo montrant des mères installant elles-mêmes leur nouveau-né au sein (extrait d'Infant Cues, MarkIt Television) ;
- Questions, échanges.

Nous avons essayé de privilégier les outils facilitant l'autonomie des mères, en leur permettant de faire seules, sans que le professionnel « mette ses mains ».

En fin de session, les participantes ont été invitées à noter quel(s) outil(s) elles souhaitaient tester jusqu'à l'évaluation. Un feuillet récapitulatif leur a été remis.

Nous regroupons sous le terme « d'outils » l'ensemble des moyens de démonstration, d'explication, de compréhension et d'aide à la prise du sein cités ci-dessus et utilisables avec les mères et les nouveau-nés.

3. Evaluation

a. Evaluation immédiate

Les participantes ont donné leur avis sur la session lors d'un tour de table, pendant lequel elles ont cité le ou les outils qu'elles souhaitaient tester.

Nous avons fait un bilan personnel de fin de formation après chaque session.

b. Evaluation à distance

Un entretien individuel semi-dirigé (annexe 2) a été prévu quinze jours après la formation. Il a été réalisé en face à face ou par téléphone en cas d'impossibilité.

Les questions ont porté sur :

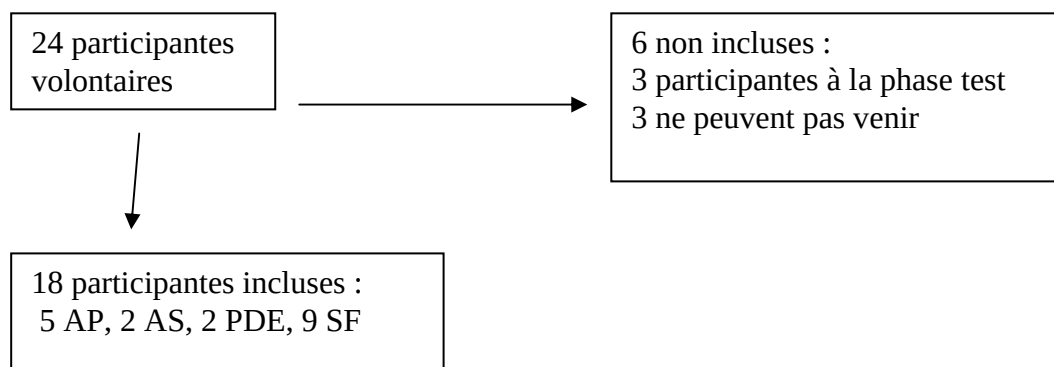
- La pertinence des informations et des outils transmis ;
- L'utilisation des outils dans leur pratique, les résultats observés, les difficultés rencontrées ;
- Les modifications éventuelles de leur manière d'accompagner l'allaitement ;
- La satisfaction des participantes ;
- La satisfaction des mères.

C. RESULTATS

I. Description de la population participant à l'étude

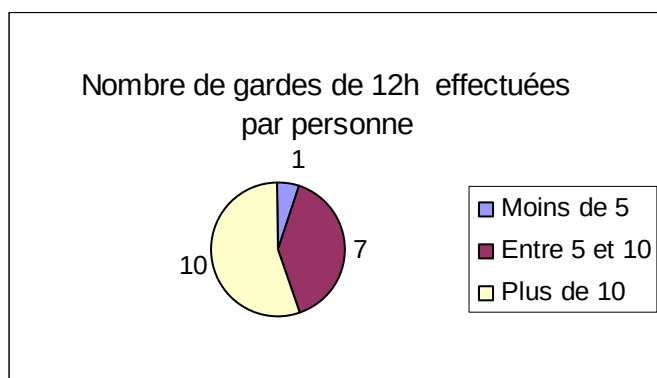
1. Population

Initialement, 13 SF, 1 AS, 6 AP et 2 PDE se sont inscrites. Nous avons sollicité 1 AS et 1 AP travaillant en salle de naissances, celles-ci n'étant pas représentées dans l'échantillon. Trois des personnes volontaires ont été inscrites à la journée de formation mise en place par les cadres. Il s'agit d'une SF, de la SF titulaire du DU de Lactation humaine et Allaitement maternel et d'une AP du service Mère-Enfant. Elles ont donc été exclues du groupe final. 21 des 24 professionnelles volontaires ont donc été conviées à la formation. 18 professionnelles ont finalement été incluses, 1 AP et 2 SF n'ayant pas pu se libérer aux différentes dates proposées. Elles sont réparties comme suit : 9 SF, 5 AP, 2 AS et 2 PDE.



2. Temps travaillé, occasion d'accompagner l'allaitement (questions 1, 2)

Combien de gardes avez-vous effectuées depuis la formation ?



- 1 SF a effectué moins de 5 gardes,
- 3 SF, 1 AS, 2 AP et 1 PDE ont effectué entre 5 et 10 gardes,

- 5 SF, 1 AS, 3 AP et 1 PDE ont effectué plus de 10 gardes.

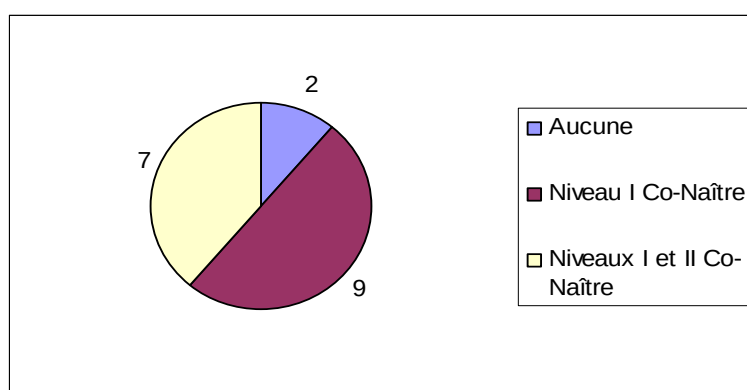
Avez-vous eu l'occasion d'accompagner des mères qui allaitent ?

Résultats présentés en fonction du lieu d'exercice : (il peut y avoir différents lieux d'exercice pour une même personne)

	OUI	NON
Salle d'accouchements	7 dont 2 peu	
Maternité	9	
Hospitalisation à domicile	2 dont 1 peu	
Surveillance de grossesse		1

- 7 participantes ont travaillé en salle de naissance sur la période de test (4 SF, 1 AS et 2 AP),
- 8 participantes ont travaillé en maternité (2 SF, 1 AS, 3 AP et 2 PDE),
- 1 SF n'a pas eu de contact avec des femmes allaitant dans le cadre professionnel,
- 1 SF a travaillé en maternité et en hospitalisation à domicile, 1 SF a travaillé uniquement en hospitalisation à domicile.

3. Formations à l'allaitement déjà suivies



- 9 participantes soit 4 SF, 1 AS, 3 AP et 1 PDE ont suivi le premier niveau de la formation Co-Naître faite dans l'établissement depuis 2002,
- 7 participantes soit 5 SF, 1 AP et 1 PDE ont participé aux deux niveaux,
- 2 participantes soit 1 AS et 1 AP n'avaient soit pas eu de formation sur l'allaitement soit eu une formation très succincte avant d'exercer en maternité.

II. Modalités pratiques

1. Déroulement de la formation

Nous avons initialement proposé trois dates de formation d'une heure quinze, en limitant le nombre de participantes à 8. Nous voulions permettre aux volontaires de pouvoir assister à la formation sur leur temps de travail, avec l'accord de l'équipe encadrante. Néanmoins, il est parfois difficile de se dégager du service en cas d'activité importante, quelques participantes ont donc préféré venir sur leur temps de récupération, et ont pu ajouter cette formation à leur temps de travail. Une quatrième session de formation a donc été ajoutée. La taille du groupe a varié de 4 à 5 personnes. Les sessions ont duré en moyenne une heure quinze.

2. Faisabilité technique et organisation

Nous n'avons pas rencontré de difficulté particulière sur le plan matériel. Une salle, un ordinateur et un vidéo projecteur ont été mis à notre disposition. Une aide technique nous a été apportée pour insérer des photos et une vidéo dans notre exposé. Nous avons été en difficulté concernant les horaires de démarrage des sessions à deux reprises (salle allouée réservée à 2 groupes différents, déclenchement de l'alarme incendie).

3. Evaluation

L'entretien semi-dirigé a eu lieu en moyenne 21 jours après la formation, avec des extrêmes à 15 et 35 jours, au lieu des 15 jours prévus au départ. Ce délai n'a pas pu être respecté pour des raisons de faisabilité. Nous souhaitons voir les participantes sur leur temps de présence dans le service, et nos emplois du temps respectifs ont allongé le délai. D'autre part, certaines participantes n'avaient pas toujours eu l'opportunité de tester les outils proposés dans ce laps de temps (congrés).

Cet entretien a été mené par téléphone avec trois sages-femmes, les emplois du temps ne permettant pas une rencontre dans le temps précité.

La grille d'entretien a été testée avec les 2 SF et l'AP ayant participé à la phase test de notre formation faisant partie d'une session d'1 journée proposée par l'équipe encadrante.

III. Résultats de l'entretien

1. Éléments d'aide à la prise de sein testés et commentaires (questions 3 à 5)

Les outils d'aide testés sont nombreux, ils ont été regroupés par thème afin d'en faciliter la lecture. Chaque participante a pu en citer plusieurs.

OUTILS D'AIDE A LA PRISE DU SEIN TESTES	
Éléments favorisant l'ouverture de la bouche	
Démarrer la tétée mamelon en face du nez	9
Observer la prise du sein asymétrique	4
Observer la déflexion de la tête	2
Observer la grande ouverture de la bouche	3
Ne pas amener le nouveau-né vers le sein en appuyant sur sa tête (car entraîne une flexion)	1
Attendre la grande ouverture de la bouche	4
Utiliser l'analogie du "sandwich" pour expliquer l'importance de la déflexion de la tête dans l'ouverture de bouche	6
Éléments d'aide à la prise du sein	
Soutien du sein en C ou en U	1
Mouvement rapide pour amener le nouveau-né vers le sein	3
Réinstaller le nouveau-né si prise du sein inadéquate	1
Pratique de positions favorisant l'ouverture de la bouche	
Position de la madone inversée	8
Position en ballon de rugby	6
Favoriser l'autonomie des mères	
Laisser davantage faire les mères	1
Accompagner la tétée "sans les mains"	1
Favoriser une communication valorisant les mères	1
Outils favorisant la compréhension du mécanisme d'apparition des gerçures	6
Importance de la position du mamelon dans la bouche du nouveau-né (test proposé par B. Heiser)	2

Les commentaires faits par les participantes quant aux résultats observés et aux difficultés rencontrées apparaissent ci-dessous. Ils sont regroupés par item.

Éléments favorisant l'ouverture de la bouche

Huit participantes ont observé la **déflexion** de la tête du nouveau-né en utilisant ces outils, 5 ont observé la grande ouverture de la bouche. Parmi elles, 6 trouvent ces outils efficaces pour favoriser une prise du sein efficace. L'utilisation de l'analogie du sandwich est décrite comme « *un élément concret aidant les mères à comprendre l'importance de la déflexion de la tête* » dans la prise du sein par 3 participantes, une autre ne l'a pas trouvée efficace.

Deux participantes n'ont pas observé de déflexion, une professionnelle n'a pas pu tester ces outils. Deux signalent que *« les mères remontent le nouveau-né quand il est installé mamelon en face du nez »*. Enfin deux participantes n'ont pas trouvé ces éléments aidant.

Eléments d'aide à la prise du sein

Les participantes ayant cité ces éléments n'ont pas pu les mettre en pratique, car elles ont peu eu l'occasion d'accompagner des mères qui allaitaient.

Pratique de positions d'allaitement favorisant l'ouverture de la bouche

Concernant la position de la madone inversée, cinq participantes ont trouvé que cette position facilitait la prise du sein, notamment *« quand le nouveau-né a des difficultés à prendre le sein adéquatement »* pour l'une d'entre elles. Deux ont dit que *« les mères ont parfois du mal à installer leur nouveau-né lors du premier essai, mais elles y reviennent et se rendent compte qu'il a plus de place pour défléchir sa tête que dans la position de la madone »*. *« C'est une position plus ergonomique pour la mère, elle voit ce qu'elle fait »*. *« Les mères y arrivent bien, notamment en Unité Kangourou »*. Deux participantes se sont retrouvées en échec dans l'utilisation de cette position. Une participante a évoqué sa difficulté *« à soutenir le nouveau-né au niveau des omoplates, pousse et index derrière ses oreilles »*.

Pour la position en ballon de rugby, deux participantes disent qu'elles ont obtenu *« de bons résultats »*. *« Cette position a bien fonctionné avec un nouveau-né qui avait du mal à téter d'un côté »*. Une participante utilisait déjà cette position avec les mères ayant eu une césarienne. Une participante n'a pas réussi à la mettre en pratique.

Favoriser l'autonomie et une communication valorisant les mères

Ce point est abordé un peu plus loin.

Outils permettant de comprendre le mécanisme d'apparition des gerçures

Une participante l'a proposé avec succès à une mère; l'autre participante qui souhaitait le tester n'en a pas eu l'occasion.

D'autres difficultés ont été citées par les participantes. Voici leurs commentaires :

« C'est difficile quand le nouveau-né ne tète pas, qu'il ne fait rien du tout. »

« La tétée est plus difficile en salle de naissances quand la mère a eu une péridurale, il faut de la patience, peut-être des outils pour aider ces bébés-là. »

« Les outils proposés ne marchent pas toujours. »

« C'est difficile d'amener une mère à changer de position si on voit que quelque chose ne va pas. »

2. Modifications des pratiques depuis la formation (questions 6, 8, 9, 10, 13)

Douze participantes ont **modifié leur observation de la prise du sein**. Sept d'entre elles ont dit « être plus attentives, plus vigilantes ».

« Plus je fais de formations, plus j'observe »,

« J'observe avant d'agir, même s'il y a des éléments de la prise du sein qui sont inadéquats »,

« Avant je ne regardais la prise du sein que quand il y avait un problème, maintenant j'observe la prise du sein dès que je vois un nouveau-né téter, je me rends compte que la prise est asymétrique »,

« J'observe plus dans la mesure où j'ai des indications précises de ce qu'il faut regarder ».

Trois participantes n'avaient pas assez de recul pour répondre à la question et trois n'ont pas modifié leur observation de la prise du sein, et y étaient déjà sensibilisées.

Quatorze participantes ont trouvé que la formation leur avait donné des **outils pour aider les nouveau-nés à une prise du sein adéquate**. Deux ne savent pas et 2 pensent que oui, mais n'ont pas assez de recul pour l'affirmer.

Quatre participantes disent qu'il est intéressant d'avoir plus d'images (analogie avec le sandwich par exemple) pour expliquer la prise du sein aux parents.

« Cela m'a permis d'avoir plus d'arguments en cas de gerçures, on se sent moins démunie », « cela permet d'avoir les idées plus claires, d'être plus sûre de moi dans ce que j'explique aux gens ».

Deux autres participantes disent avoir plus d'aisance, l'une car elle a « des solutions à apporter aux mères », mais en insistant sur le fait qu'elle « apprend

beaucoup de l'observation des nouveau-nés ». La seconde se sent plus assurée lors d'échanges entre collègues, n'ayant pas eu de formation sur l'allaitement avant celle-ci.

Dix participantes trouvent que la formation leur a donné des **outils pour accompagner la tétée « sans les mains »**, 5 trouvent que non, 3 ne savent pas.

Six participantes pensent que le fait d'avoir plus d'analogies, d'outils pour expliquer la prise du sein efficace conduit à moins utiliser ses mains pour guider le nouveau-né.

« J'explique tout de suite à la mère comment faire, mes mains n'ont plus rien à faire », « depuis que la tétée démarre mamelon face au nez, le bébé défléchit sa tête, je mets moins les mains », « j'ai plus de choses à dire aux mères sur comment faire », « je n'utilise pas plus de mots mais des explications claires et efficaces ».

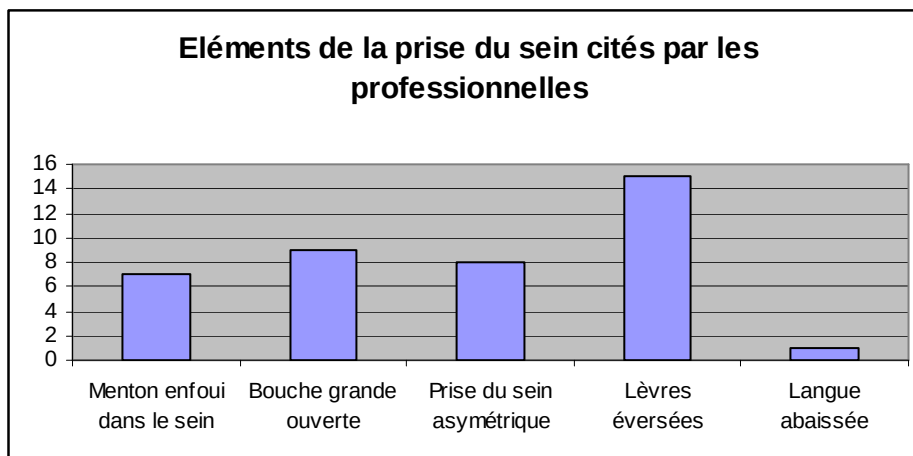
Quatre participantes disent laisser plus de temps au nouveau-né et à la mère pour faire eux-mêmes : *« J'ai pris conscience qu'il fallait du temps au bébé, je le laisse découvrir », « je laisse plus faire la mère, j'essaie de lui expliquer d'abord ».*

Deux participantes disent avoir besoin de guider le nouveau-né avec leurs mains, 2 autres précisent qu'elles interviennent quand la mère est en difficulté.

Dix participantes ont trouvé les mères **plus autonomes** dans l'installation de leur nouveau-né au sein, une n'a pas observé de différence, et 3 n'ont pas assez de recul.

Globalement, dix participantes ont observé **une modification de leur façon d'accompagner la tétée**, 4 n'ont pas assez de recul, 4 n'ont pas vu de changement franc.

3. Critères d'observation de la prise du sein recherchés (question 7)



Les participantes ont également cité d'autres critères d'efficacité de la tétée, non repris ici.

4. Ce dont les participantes ont besoin pour les aider à utiliser les outils proposés (question 11)

Cinq participantes aimeraient ***l'aide d'une personne plus expérimentée*** sur le terrain, 14 sont favorables à la mise en place de ***discussions de cas cliniques*** tous les 15 jours pour la plupart. Onze trouveraient utile d'avoir ***un poupon*** à disposition pour faire des démonstrations aux mères, plutôt en préparation à la naissance pour 3 d'entre elles.

5. Satisfaction des mères et résultats en cas de mamelons douloureux (questions 12, 14 ,15)

Treize participantes disent que les mères étaient satisfaites de ces éléments d'aide à la prise du sein.

Huit participantes ont accompagné des mères qui avaient les mamelons douloureux. Cinq d'entre elles disent que les mères ont signalé une diminution de la douleur après amélioration de la prise du sein.

6. Evaluation de la formation par les participantes (questions 16 à 27)

Feuillet

Quatorze participantes ont été satisfaites ou très satisfaites du feuillet. Elles l'ont généralement lu rapidement après la formation, deux l'ont utilisé dans leur pratique depuis. Les participantes pensent dans la majorité qu'il est utile pour

avoir une synthèse écrite, pour rappeler des éléments visuels et le gardent à proximité si besoin.

Modalités pratiques de formation

Plus des trois quarts des participantes (14) étaient satisfaites de la durée de la formation, deux auraient aimé une formation plus longue.

6 participantes sur les 8 ayant participé aux deux groupes de 4 personnes auraient préféré être un peu plus nombreuses.

10 participantes ont apprécié la présence des différentes professions dans le groupe, « *cela a permis d'échanger des expériences* ».

Supports pédagogiques

Tous les supports ont été jugés utiles par plus de la moitié des participantes. La technique de démonstration d'une prise du sein adéquate (Wiessinger, 2000) a été qualifiée d'importante et marquante par 7 personnes.

Informations transmises

Dix participantes ont discuté des éléments transmis lors de la formation avec d'autres collègues.

Elles ont toutes trouvé les informations transmises claires et cohérentes avec les formations suivies au préalable.

Sept ne savaient pas que la prise asymétrique du sein fait partie de ses critères d'efficacité.

7. Commentaires libres

Les participantes ont à la fois fait des commentaires et propositions sur deux points.

Propositions et remarques concernant la formation :

- Les « *astuces ont beaucoup aidé en pratique* »,
- « *J'ai fait une démonstration avec le poupon en madone inversée pendant la formation, cela m'a beaucoup marquée. Il est important que tout le monde puisse tester les positions en pratique* »,
- « *Cette technique de formation m'a aidé à poser et retenir beaucoup de choses* »,

- *« Proposer un feuillet plastifié disponible pour l'ensemble de l'équipe »,
« transmettre les informations à tous les membres de l'équipe, car les informations données aux mères ne sont pas toujours cohérentes »,*
- *« Proposer cette formation aux nouvelles recrues et aux débutants » et
« il est nécessaire qu'il y ait des discussions de cas cliniques, avec obligation pour le personnel d'y assister ».*

Propositions d'amélioration de l'accompagnement à l'allaitement dans le service :

- *« La présence d'une personne plus familiarisée avec ces outils sur le terrain est importante en cas de difficulté »,*
- *« Prévoir des repose-pieds pour les mères »,*
- *« Parler de ces outils en préparation à la naissance peut avoir plus d'impact »,*
- *« Il est important que tout le monde soit amené à s'interroger régulièrement sur sa pratique », « il faut remettre ses connaissances à jour, se recycler ».*

D. DISCUSSION

Les études d'intervention citées dans la première partie rapportent peu ou pas les avis des professionnels sur les sessions suivies. La comparaison avec d'autres études est donc difficile. Notre étude semble relativement originale sur ce point.

I. Faisabilité de la formation

1. Place de la formation dans le contexte du service

Le projet de formation a été approuvé et activement soutenu par l'équipe encadrante, dans la mesure où il répondait à un problème fréquemment rencontré par les mères. 25 professionnels sur 80 impliqués dans l'accompagnement de l'allaitement, se sont inscrits à la formation et à son évaluation. Elle a donc suscité une écoute et un intérêt chez nos collègues. Elle s'est par ailleurs inscrite dans une réflexion sur l'accueil des parents et des nouveau-nés, entamée depuis plusieurs années, mais trouvant actuellement un nouveau souffle. Nous avons profité également d'une dynamique relancée après une session Co-Naître niveau 2, qui s'est tenue juste avant le début de nos sessions. Cette dynamique se poursuit actuellement puisqu'une formation interne sur la physiologie de l'allaitement et la prise du sein est donnée à l'ensemble de l'équipe d'accompagnement de l'allaitement, afin d'harmoniser les discours et les pratiques.

Nous n'avons pas rencontré de difficulté technique particulière, étant donné le soutien important offert par nos cadres.

2. Organisation de la formation et contenu pédagogique

a. Durée de formation et taille du groupe

Pour la population étudiée, la durée de la formation était adaptée, toutes les participantes en étaient satisfaites ou très satisfaites. Par contre, la taille du groupe peut être légèrement augmentée : la plupart des personnes ayant participé à un groupe de 4 ont souhaité être plus nombreuses, afin de favoriser les échanges.

10 participantes ont également souligné l'importance de maintenir une « mixité » dans les groupes, tant au niveau des professions représentées, que du lieu d'exercice. Les réunions organisées au sein du service regroupent généralement le personnel par profession. Cela a permis de se rendre compte

des difficultés rencontrées par chacune, de pratiques différentes, et après la formation de susciter des échanges et des concertations entre les participantes ou avec d'autres collègues lors d'accompagnement de nouveau-nés ayant une difficulté de prise du sein. Le faible nombre de participantes ne nous permet pas de tirer de conclusion, cependant ces commentaires font penser que ce type d'organisation pourrait favoriser une meilleure communication dans l'équipe.

b. Supports et méthodes pédagogiques

Nous avons eu accès aux différentes sources pédagogiques à la fois en les expérimentant nous-même lors de la formation de préparation à l'examen de consultante en lactation et en menant des recherches sur les actions similaires existant.

Nous avons volontairement choisi de limiter nos recherches sur les outils de formation traitant précisément de notre thème, et de ne pas l'étendre à des recherches dans le domaine pédagogique pur. Notre propre vécu de l'apprentissage et la mise en pratique de ces outils nous ont enthousiasmée, et semblé suffisants. Cette nouvelle expérience d'animation de groupe de professionnels nous a fait prendre conscience de l'importance de la dynamique de groupe et de l'impact qu'elle semble avoir sur la transmission des informations. Les jeux de rôle ont par exemple été exclus, car nous ne nous sentions pas suffisamment formée à leur utilisation ; ils pourraient cependant être un outil intéressant dans certaines situations. Il nous faudra donc approfondir nos connaissances et compétences dans le domaine pédagogique, afin de pouvoir adapter nos outils et les méthodes de transmission en temps réel aux groupes.

Il semble utile de conserver les différents supports pédagogiques utilisés, car ils sont complémentaires et s'ils ne sont pas tous nécessaires aux besoins spécifiques d'une personne, ils permettent, dans un groupe, de répondre à des besoins individuels. Les outils visuels proposés ont été les plus marquants pour les participantes et peuvent être utilisés à la fois pour les professionnels et pour les mères. Un essai des différentes positions d'allaitement avec un poupon pourrait être proposé à chaque participante, comme l'a remarqué l'une d'entre elles. Cette personne avait aidé à la démonstration de la madone inversée, et a testé l'ergonomie de la position, ce qui l'a beaucoup marquée. « C'est

uniquement en faisant quelque chose qu'on le comprend » dit le feuillet d'information distribué aux professionnels dans l'étude de Fletcher. Celui-ci explique en quoi l'utilisation d'un poupon et d'un sein en tissu est un moyen efficace d'enseignement.

Le feuillet distribué aux participantes en fin de formation a été modifié (annexe 1). Nous nous sommes rendue compte que certains dessins ne correspondaient pas à la description faite (position en ballon de rugby par exemple). Nous avons pris conscience également de la difficulté de dessiner précisément les différents éléments de la prise du sein. Nous ne souhaitons pas utiliser de dessins existant à cause des droits d'auteurs liés.

Les modalités pratiques, le contenu de la formation ainsi que les supports pédagogiques utilisés ont apporté satisfaction à toutes les participantes.

L'ensemble de ces éléments nous permet d'affirmer que cette formation est faisable, et a été bien acceptée par les participantes.

II. Réalisation des objectifs de formation

Plusieurs difficultés ont été rencontrées pour l'analyse de nos résultats. Nous avons proposé un questionnaire long, toutes les informations demandées nous semblant importantes au démarrage. Il n'a pas été modifié par la suite, car un certain nombre de participantes avaient déjà évalué la formation. Le questionnaire ne permet pas de savoir si les participantes voulaient tester en « faisant » sur les mères ou proposer des moyens d'aide aux mères.

Cependant, cette évaluation nous permet de dégager quelques points très intéressants

1. Proposer des outils concrets d'accompagnement à la prise du sein efficace, sensibiliser à l'accompagnement de la tétée sans les mains

Quatorze participantes ont trouvé que la formation leur avait donné des outils aidants. Ils ont été difficiles à évaluer individuellement : suite à la formation chacune s'est appropriée un ou des outils différents (d'explication, de démonstration, de compréhension) qui les ont aidées à améliorer l'accompagnement de la prise du sein. Il ne nous est donc pas possible de tirer de conclusions sur l'efficacité individuelle de chaque outil. La réponse à cette

question peut être reliée aux commentaires faits par les participantes sur l'accompagnement de la tétée « sans les mains », dix trouvant que la formation les a aidées dans ce sens. D'une part, le fait d'expliquer et de faciliter la compréhension de la physiologie de la prise du sein a permis à 4 participantes d'avoir plus confiance en elles, car ce qu'elles expliquent aux mères est basé sur une réalité clinique. Fletcher dit également dans son étude que les sages-femmes avaient plus d'assurance pour gérer les difficultés d'allaitement après la formation. D'autre part, cela les a amenées à moins utiliser leurs mains. Quand on fait comprendre ou qu'on explique aux mères les positions favorables, celles-ci « font » si cela leur convient et le professionnel prend conscience qu'il n'a pas besoin de faire à leur place. Cette idée rejoint la notion d'«empowering » et est une aide à l'autonomisation des mères.

Les participantes sont en difficulté parfois pour passer des connaissances théoriques aux savoir-faire et savoir-être nécessaires pour mettre les informations sur la prise du sein en pratique. Au cours des entretiens, elles ont souvent dit savoir qu'il fallait éviter de « mettre ses mains ». Elles sont cependant parfois en difficulté pour le faire effectivement. Cette formation peut être un lien facilitant la mise en pratique de ce qui est souhaitable pour aider les mères dans leur autonomie. Les démonstrations visuelles ou les explications permettent aux professionnels et aux mères de comprendre les mécanismes d'apparition des douleurs du mamelon liés à une prise du sein inadéquate et de prévenir cette apparition. Il convient néanmoins de rester vigilant à ne pas transmettre l'idée que ces éléments d'aide sont une panacée. Les commentaires de quelques participantes sur l'efficacité ponctuelle ou intermittente des outils testés (« ça ne marche pas toujours ») le reflètent. C'est au professionnel d'évaluer avec la mère quels sont ses besoins et ceux de son nouveau-né. Cela demande d'observer le nouveau-né et d'analyser les raisons en cause dans la difficulté de la prise du sein, et de faire les propositions les plus adaptées selon ces éléments. La mère pourra ensuite s'approprier ce qui est efficace dans sa situation.

Deux AP et une PDE étaient en demande d'aide dans les situations où la prise du sein était adéquate, mais qu'une douleur persistait. Elles travaillent en maternité et ont une expérience d'accompagnement de l'allaitement plus longue que d'autres participantes. Elles ont par conséquent plus d'outils d'accompagnement des mères. Les participantes les plus enthousiastes ont été

celles qui n'avaient jamais eu de formation sur l'allaitement et qui ont vraiment décrit leur compréhension de la prise du sein et de quelle manière cela leur a permis d'être plus efficaces dans l'aide qu'elles apportaient aux mères. Cela nous montre que des éléments de base permettent de gérer beaucoup de difficultés d'allaitement, mais qu'il reste des situations plus complexes dans lesquelles la consultante en lactation trouve toute sa place.

2. Apprendre à observer la prise du sein

Un autre résultat très intéressant a trait à l'observation. En effet, 12 participantes sur 18 disent avoir modifié leur observation de la prise du sein, cela également pour celles n'ayant pas trouvé les outils proposés efficaces. Il est très intéressant de voir que les éléments transmis les ont amenées à observer davantage, c'est l'effet le plus positif de la formation. Les participantes ont cité deux pistes à suivre.

La connaissance des éléments à observer est primordiale, une sage-femme a dit observer plus « *dans la mesure où elle avait des indications plus précises de ce qu'il fallait regarder* ». Cela semble évident, mais les critères d'efficacité de la prise du sein étaient a priori connus de la plupart des participantes, 16 d'entre elles ayant déjà eu accès à au moins une formation sur l'allaitement. Le seul élément nouveau pour sept participantes toutes déjà formées, était la prise asymétrique du sein. L'avantage de cette formation courte alliant théorie, analyse de photos et démonstrations très concrètes est qu'elle permet de fixer des idées sur un point précis. C'est plus difficile sur une formation très dense de plusieurs jours si les informations ne sont pas reprises en équipe. Les participantes ont confirmé la validité de cette affirmation en demandant pour 14 d'entre elles des discussions de cas cliniques. Cela pourrait être une occasion régulière et instituée de renforcer les connaissances et leur mise en pratique par les professionnels et de favoriser les échanges dans l'équipe.

Amener les professionnels à observer plus la prise du sein les conduit à être plus vigilants en cas de douleur, mais aussi à observer la prise du sein quand l'allaitement est confortable pour la mère. Cela permet aux professionnels et aux mères de prendre conscience des compétences du nouveau-né, puisqu'il peut prendre le sein sans qu'on l'y « mette ».

3. Décrire les critères d'observation d'une prise du sein efficace

La totalité des critères d'observation d'une prise du sein efficace n'ont été cités que par 7 participantes (une seule a cité la langue abaissée, mais nous parlions des critères d'observation une fois le nouveau-né installé au sein). Ces critères ne sont donc pas encore suffisamment connus. Cela est peut-être lié au mode de recueil des informations. Il serait intéressant d'évaluer ce point en situation pratique ou par le biais d'un questionnaire proposé aux professionnels suite au visionnage d'une vidéo montrant une mère installant son nouveau-né au sein, comme le cite Inch.

Ces résultats soulignent la nécessité de prévoir des rappels afin de renforcer l'appropriation des connaissances, par exemple sous forme de grille d'observation facilement utilisable dans le dossier de soin ou d'affiche en salle de soin. Le feuillet distribué en fin de formation pourrait être utilisé à cet effet, mais il ne semble pas suffisant étant donné que peu de participantes l'utilisent dans leur pratique courante.

III. Accompagnement en cas de mamelons douloureux

Seules huit participantes ont accompagné des mères ayant des mamelons douloureux. L'une des limites de cette étude est que neuf participantes travaillaient en salle d'accouchements pendant la période d'évaluation. Elles n'ont donc pas rencontré les mères ayant cette difficulté. Cette limite était prévisible, il était néanmoins important d'intégrer des professionnelles intervenant lors de la première tétée, car nous souhaitons proposer la formation à tous les professionnels volontaires. L'évaluation de la prise du sein et des lésions du mamelon est une piste de travail pour l'avenir. En effet, le recueil de données fait sur dossiers en mai 2007 a montré qu'il n'existe pas de nomenclature précise et unanimement utilisée des lésions du mamelon. Un recueil de données plus systématisé quand la mère présente des douleurs du mamelon permettrait d'être plus efficace dans leur traitement et pourrait être un bon indicateur de suivi de l'intérêt de la formation.

IV. Pistes de travail

Le travail mené est une étude pilote de faisabilité avec un faible nombre de participants ; toutefois elle nous permet de dégager des pistes de travail.

Cette étude nous a montré que ce module mérite d'être reconduit, notamment avec les personnes ayant peu ou pas de formation sur l'allaitement. En effet, il a intéressé les participantes, les a amené à observer davantage la prise du sein en soutenant leurs connaissances sur le sujet et en les rendant attentives à l'intérêt d'une prise du sein efficace pour la réussite de l'allaitement. Cette formation a également apporté des outils de démonstration, d'explication, de compréhension et d'aide à la prise du sein utilisables avec les mères et les nouveau-nés. Pour une partie des participantes, tous ces éléments ont été utiles pour accompagner les mères sans intervenir systématiquement avec leurs mains et participent ainsi à l'autonomisation et à la valorisation des mères. Le module pourrait être proposé à des groupes de 8 personnes en moyenne, de différentes professions, pour favoriser les échanges et la communication entre les participants et dans l'équipe. Il sera cependant nécessaire d'évaluer l'efficacité de cette intervention sur l'ensemble du personnel d'accompagnement de l'allaitement.

L'animation de groupe a été enrichissante et l'expérience acquise lors des modules de formation va maintenant nous conduire à approfondir nos connaissances pédagogiques et d'animation. Une mise en situation pourrait notamment avoir un intérêt dans cette formation : nous pourrions proposer à chaque participante de tester elle-même l'ergonomie des positions d'allaitement. Cela demande davantage de matériel, mais pourrait familiariser les professionnels avec l'utilisation d'un poupon pour les démonstrations aux mères. Des jeux de rôle pourraient également permettre aux participantes d'avoir une idée de ce que peut ressentir la mère.

Il est nécessaire de renforcer l'appropriation des connaissances sur la prise du sein. D'autres pistes de travail concernent le dossier de soin et l'organisation de l'accompagnement à l'allaitement : nous pourrions réfléchir avec des membres de l'équipe à une grille d'observation de la prise du sein, à l'organisation de discussions de cas cliniques, à la diffusion de notre feuillet corrigé. Une présence sur le terrain pourrait également être une façon de soutenir et de former les professionnels en cas de difficulté à la prise du sein.

CONCLUSION

Cette étude pilote nous a permis de vérifier qu'une formation interne sur la prise du sein était faisable et acceptée dans le contexte de notre service. Deux points très intéressants ont été relevés lors de l'évaluation de la formation par les professionnels. Les participantes observent dans la majorité davantage la prise du sein depuis la formation et pour partie d'entre elles, accompagnent plus la tétée sans les mains. Ces résultats sont encourageants dans la mesure où ils favorisent l'autonomisation et la valorisation des mères. Nous souhaitions voir si une démarche similaire à celle que nous avons vécue était possible. Cela a été le cas pour les participantes ayant eu peu de formations en allaitement.

L'objectif à terme étant de diminuer le taux de gerçures, cette formation va être donnée systématiquement à tout le personnel d'accompagnement à l'allaitement. D'autres actions seront nécessaires pour juger de son efficacité sur cet aspect, par exemple la création d'un outil de recueil plus systématisé des lésions des mamelons et une évaluation des pratiques. Ces actions permettront d'avoir des résultats chiffrés sur son impact. Un groupe de pilotage sur l'allaitement auquel nous participerons va être mis en place en 2008 et permettra de travailler ce sujet.

Mener ce travail de recherche a été très enrichissant. C'était notre première expérience de mise en place d'une formation destinée aux professionnels. L'animation de groupe de professionnels a été une occasion d'apprentissage intéressante et va nous amener à compléter nos connaissances dans le domaine pédagogique. Les difficultés rencontrées dans l'exploitation de notre questionnaire nous ont rendues attentives à l'importance du choix des outils d'évaluation.

Ce travail a aussi été l'occasion d'échanges en équipe et nous a permis de faire connaître le rôle de la consultante en lactation. Cela a également participé à la dynamisation de l'équipe sur le sujet de l'allaitement. En effet, les participantes étaient en demande d'outils et de mise à jour des connaissances leur permettant d'améliorer l'accompagnement de l'allaitement et le service aux mères et leur nouveau-né.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J.
Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System
Pediatrics 2005 Dec;116(-):1408-12

ANAES

Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de l'enfant

Texte des recommandations et rapport des recommandations pour la pratique clinique, 2002

Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272220

Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J.
Biologie de l'allaitement
Presse de l'Université du Québec, 2006

Bonnet J.
Souffrir en début d'allaitement n'est pas une fatalité
Les Dossiers de l'Obstétrique 1994 Avr ;216 :44-46

Blondel B, Supernant K, du Mazubrun C, Bréart G.
Enquête nationale périnatale 2003, Situation en 2003 et évolution depuis 1998
Unité de Recherches Épidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, INSERM-U.149, 2005
Consulté le 29.01.08 sur <http://www.sante.gouv.fr>

Cadwell K, Turner-Maffei C, Blair A, Brimdyr K, Maja McInerney Z.
Pain reduction and treatment of sore nipples in nursing mothers
J Perinat Educ 2004 Winter;13(1):29-35

Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A.
Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life
J Hum Lact 2003 May;19(2):136-44

Duffy EP, Percival P, Kershaw E.
Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates
Midwifery 1997 Dec;13(4):189-96

Fisher C.
La position de l'enfant au sein
Médecine et Enfance 1987 Mai ;233-38

Fletcher D., Harris H.
The implementation of the HOT program at the Royal Women's Hospital
Breastfeeding Rev 2000;8(1):19-23

Inch S, Law S, Wallace L.
Hands off! The Breastfeeding Best Start project (1)
Pract Midwife. 2003 Nov;6(10):17-9

Ingram J, Johnson D, Greenwood R.
Breastfeeding in Bristol: teaching good position, and support from fathers and family
Midwifery 2002; 18:87-101

International Lactation Consultant Association
Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding
2005
Traduction française : « Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif » Bodeven C, Cohen L
Disponible sur : http://www.lactitude.com/text/Guide_ILCA.html

Jacobs LA, Dickinson JE, Hart PD, Doherty DA, Faulkner SJ.
Normal nipple position in term infants measured on breastfeeding ultrasound
J Hum Lact. 2007 Feb;23(1):52-9

Jensen D, Wallace S, Kelsay P.
LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1994 Jan;23(1):27-32

Law SM, Dunn OM, Wallace LM, Inch SA.
Breastfeeding Best Start study: training midwives in a "hands off" positioning and attachment intervention
Matern Child Nutr. 2007 Jul;3(3):194-205

Lewallen LP, Dick MJ, Flowers J, Powell W, Zickefouse KT, Wall YG, Price ZM.
Breastfeeding support and early cessation
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006 Mar-Apr; 35(2):166-72

Mark-It Television
Extrait de Breastfeeding: Infant cues- A feeding guide
Consulté le 29.01.08 sur : <http://www.youtube.com/watch?v=mE8hgdj4Pf4>

Meintz Maher S.
Problèmes de succion et d'allaitement : panorama des solutions
Feuillet La Leche League International 1988

Mohrbacher N.
Positioning your baby at breast
Feuillet La Leche League International 2003

Mohrbacher N, Stock J.
Traité de l'allaitement maternel
La Leche League International, Edition révisée, 1999

Newman J., Pitman T.
L'allaitement : comprendre et réussir
Jack Newman Communications, 2006

OMS
Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de
l'allaitement maternel
Genève, 1999, who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf

OMS
54ème assemblée mondiale de la santé. La nutrition chez le nourrisson et le
jeune enfant. Résolution 54.2
Disponible sur : <http://www.who.int/en/>

Programme National Nutrition Santé
Allaitement maternel les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère
Ministères des Solidarités, de la santé et de la Famille, Société Française de
Pédiatrie, 2005 Fev

Railhet F.
Le déroulement de la tétée
Feuillet « Référents médicaux » La Leche League, 1993 révisé en 1998

Railhet F.
Les crevasses: causes, prévention et traitement
Les Dossiers de l'Allaitement 19. ; 33 : 14-18

Renfrew MJ , Wooldridge MW., McGill HR.
Enabling women to breastfeed
Stationery Office 2000, pp 26-33

Righard L, Alade MO.
Sucking techniques and its effect on success of breastfeeding
Birth 1992 Dec; 19(4):185-9

Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER.
Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6
months
Birth 2007 Sep; 34(3):212-9

Weigert EM, Giugliani ER, França MC, De Oliveira LD, Bonilha A, Espirito
Santo LC, Kölher CV.
The influence of breastfeeding technique in the frequencies of exclusive
breastfeeding and nipple trauma in the first month of breastfeeding
J Pediatr (RioJ). 2005 Jul-Aug; 81(4):310-6

Wiessinger D.
The world of latch-on: one leader's journey
Leaven 2004 Feb Mar; 40(1):3-6

Wiessinger D.

A breastfeeding tool using a sandwich analogy for latch-on

J Hum Lact 1998;14:51-56

Résumé et traduction : Technique de démonstration d'une bonne prise du sein

Les Dossiers de l'Allaitement 2000 Jan Fév Mar;10-12

Woolridge MW.

Aetiology of sore nipples

Midwifery 1986 Dec;2(4):172-6

Wooldridge MW.

The "anatomy" of infant sucking

Midwifery 1986 Dec;2(4):164-71

ANNEXE 1 :

Feuillet destiné aux professionnels, corrigé.

Références

1. Ingram J, Johnson D, Greenwood R.
Breastfeeding in Bristol: teaching good position, and support from fathers and family; Midwifery 2002; 18:87-101
2. International Lactation Consultant Association,
Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif
Lactitude, traduction C. Bodeven, L. Cohen ; 2005
3. Mohrbacher N, Stock J.
Traité de l'allaitement maternel ; Ligue La Leche, Edition révisée, 1999
4. Newman J., Pitman T.
L'allaitement : comprendre et réussir ; Jack Newman Communications, 2006
5. Railhet F.
Référénts médicaux, Le déroulement de la tétée
La Leche League, 1993 Mar, révisé Sept 1998
6. Righard L, Alade MO.
Sucking techniques and its effect on success of breastfeeding;
Birth 1992 Dec; 19(4):185-9
7. Wiessinger D.
The world of latch-on : one leader's journey
Leaven 2004 Feb Mar; 40(1):3-6
8. Technique de démonstration d'une bonne prise du sein
d'après Wiessinger D
A breastfeeding tool using a sandwich analogy for latch-on
J Hum Lact 1998; 14:51-56
Les Dossiers de l'Allaitement 2000 Jan Fév Mar; 10-12
9. Dépliant « Allaiter dans tous les sens », association Information pour l'allaitement www.info-allaitement.org

Illustrations : **Audrey Stoltz**

Christine Laugel, sage-femme consultante en lactation IBCLC
SIHCUS-CMCO, Schiltigheim
Feuillet destiné aux professionnels
20.02.09

Apprendre à accompagner une mère et son bébé dans une prise du sein adéquate

La physiologie...

Un bébé prêt à téter et à qui on propose le sein a un réflexe d'ouverture de la bouche.

Apprendre à la mère à reconnaître ces signes et favoriser la proximité mère-enfant sont 2 préalables importants pour une prise du sein efficace.

Pourquoi une prise du sein incorrecte est-elle douloureuse pour la mère ?

De nombreux récepteurs à la douleur se trouvent sur le mamelon.

Mamelon pas assez loin en bouche

=

Mamelon coincé entre la langue et le palais dur

=

Douleur chez la mère (gerçures, engorgement)

=

Bébé risque de ne pas avoir suffisamment de lait

Suggestion : les démonstrations visuelles ou un test concret à faire par la personne sont souvent plus efficaces que la théorie

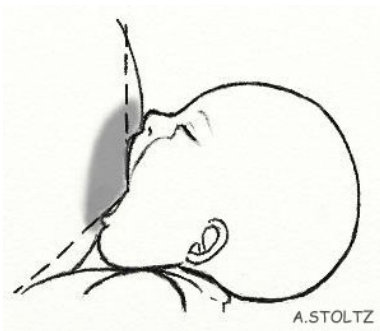
Exemple : proposer à la mère de placer son index dans la bouche jusqu'à la 1^{ère} phalange et d'exercer un mouvement de succion. Elle sentira la façon dont la langue frotte le bout du doigt, ce qui arrive au mamelon quand le bébé ne prend pas une partie suffisante du sien en bouche. Puis proposer à la mère de prendre l'index en bouche jusqu'à la 2^{ème} phalange et de refaire le même mouvement. Il n'y a pas de frottement, la langue se place sous le doigt et le presse contre le palais, elle ne touche pas le bout du doigt. Cela explique pourquoi la prise du sein adéquate favorise un allaitement confortable.

La prise du sein inadéquate n'est pas la seule cause de douleur chez la mère, mais c'est fréquent en début d'allaitement.

Une prise du sein adaptée aide la plupart des mères à avoir un allaitement confortable et des nouveau-nés à avoir suffisamment de lait

Comment reconnaître une prise du sein efficace?

- La **bouche** du nouveau-né est **grande ouverte** et donc la tête un peu défléchie
- La **tête** n'est **pas tournée**, l'axe **tête-épaule-hanche** est respecté
- La **prise du sein** est **asymétrique**, le bébé prend plus d'aréole du côté de sa lèvre inférieure que de sa lèvre supérieure
- Le **menton** est **collé dans le sein**, le nez peut parfois toucher le sein
- Les **lèvres** sont **éversées et souples**
- La **langue** est **abaissée, en coupe, sur la gencive inférieure** (ne se voit pas une fois que le bébé est installé)



⚠ Amener le bébé en le guidant par la tête le gêne dans l'ouverture de sa bouche. Les mères n'en ont pas toujours conscience.

La position en ballon de rugby (peut également aider des mères ayant des seins volumineux ou des mamelons peu saillants)

Description

La mère s'installe confortablement,

2 ou 3 coussins amènent le bébé à hauteur du sein

Le bébé est contre sa mère, sous son bras (à la gauche de la mère si le sein gauche est proposé) : les fesses du bébé se trouvent au niveau du coude gauche de la mère. La paume de la main soutient les omoplates, le pouce et l'index placés derrière les oreilles du bébé soutiennent la tête



Si la plante des pieds du bébé touche le dossier, un réflexe d'extension peut l'éloigner du sein



La position de la madone inversée :

c'est une position qui aide beaucoup de mères et de bébés dans leur apprentissage de l'allaitement

Description

La mère s'installe confortablement (coussin dans le dos, bien calée, légèrement inclinée vers l'arrière, pieds relevés)

Elle pose le bébé sur ses genoux ou sur un oreiller

Elle tient le bébé avec le bras opposé au sein proposé (bras gauche si elle allaite à droite) : la paume de la main soutient les omoplates, le pouce et l'index placés derrière les oreilles du bébé soutiennent la tête

Le corps du bébé est fermement maintenu par l'avant-bras contre le corps de sa mère, face à face

Le sein est soutenu par la main située du côté allaité

Le sein est proposé mamelon face au nez



SUGGESTION

Faire comprendre l'intérêt de la déflexion de la tête aux mères : la démonstration du « gros sandwich ».

Quand ma tête est baissée, je ne peux pas ouvrir grand ma bouche. Quand elle est légèrement en arrière, ma mâchoire inférieure a de la place, la bouche peut s'ouvrir grand, position que nous prenons naturellement quand nous mangeons un gros sandwich.

Quelques points importants pour une prise du sein efficace (Valables quelle que soit la position d'allaitement choisie par la mère)

Encourager la mère à proposer le sein quand le bébé montre qu'il est prêt à téter. Favoriser la proximité mère-enfant.

Un bébé est prêt à téter quand il :

- > est en éveil calme
- > ouvre la bouche
- > tire la langue
- > a un réflexe de foussement.



Les pleurs sont un signe tardif

Encourager la mère à s'installer confortablement

La mère soutient le sein si nécessaire, main en C ou en U, doigts loin de l'aréole

Elle tient le bébé fermement contre elle, tête-épaule-hanche sur la même ligne

La mère propose le sein mamelon face au nez ou à la lèvre supérieure

Elle **ATTEND** la grande ouverture de la bouche

Elle **amène le bébé vers le sein** par un mouvement rapide, et non le sein vers le bébé (nb : dans les positions assises, une mère légèrement inclinée vers l'arrière aura plus tendance à amener le bébé vers elle)

Elle garde le bébé en **position adéquate** avec un bon soutien pendant **toute la tétée**



La mère guide le bébé en le maintenant au niveau des omoplates, pas au niveau de la tête



Apprendre à la mère à briser la succion et à recommencer si elle ressent une douleur

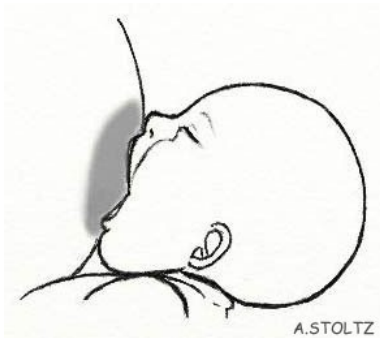
Une prise de sein asymétrique et la grande ouverture de la bouche sont des préalables nécessaires à une prise du sein correcte.

Comment encourager un bébé à prendre le sein de façon asymétrique ?

La mère peut proposer le sein **mamelon en face du nez ou de la lèvre supérieure**, ce qui amène le bébé **menton en 1er** dans le sein

Ce mouvement de déflexion a pour effets :

- de retrousser la lèvre inférieure du bébé
- d'encourager le bébé à ouvrir grand la bouche



Autres astuces pour aider le bébé à ouvrir grand la bouche...

- La mère propose le sein quand le bébé est prêt à téter (éveillé, calme avec des signes de recherche active)
- Laisser chercher le bébé
- Elle peut effleurer la lèvre supérieure du bébé avec le mamelon



- Une pression trop forte peut avoir l'effet inverse
- Elle peut dire le mot «ouvre» tout en ouvrant elle-même grand la bouche, le bébé peut l'imiter

Et aussi...

- Les bébés qui dorment beaucoup pourront être aidés par des séances de peau-à-peau avec leur mère.
- Chez le bébé qui s'énervait vite, la mère peut proposer le sein en phase de sommeil agité, lorsque le bébé ouvre sa bouche ou tire sa langue

Les positions d'allaitement favorisant l'ouverture de la bouche et la prise du sein asymétrique

Leurs avantages :

- elles permettent à la mère de mieux voir la prise du sein et de mieux contrôler la tête du bébé
- elles favorisent l'ouverture de la bouche chez le bébé petit, au tonus faible, ou qui a un réflexe de fousissement ou une succion faibles.

ANNEXE 2

Questionnaire d'évaluation de la formation sur la prise du sein

Nom.....

Profession.....

Date de formation.....

Date d'entretien.....

Heure de début d'entretien/fin

d'entretien.....

Formations antérieures sur l'allaitement

.....

.....

1. Combien de jours avez-vous travaillé depuis la formation ?.....

2. Avez-vous eu l'occasion d'accompagner des mères et des bébés allaités depuis la formation ?

.....

.....

3. En fin de formation, je vous ai proposé de noter quel(s) outil(s) vous souhaitiez tester. Qu'avez-vous choisi ?.....

.....

.....

.....

.....

4. Quels résultats avez-vous observés ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Avez-vous eu des difficultés à les mettre en place ? Si oui lesquelles ?

.....

.....

.....

6. Avez-vous modifié votre observation de la prise du sein par le bébé depuis la formation ? De quelle façon ?

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

7. Quels sont les éléments concernant la prise du sein que vous recherchez ?

.....

.....

.....

.....

.....

8. La formation vous a-t-elle donné des outils pour aider les bébés à prendre le sein de façon adéquate ?

OUI NON

.....
.....
.....

Globalement

9. Cette formation vous a-t-elle donné des outils pour accompagner la tétée « sans les mains » ?

OUI NON

.....
.....
.....

10. Avez-vous observé des modifications dans votre façon d'accompagner l'allaitement au quotidien ?

OUI NON

Lesquelles ?.....

.....
.....
.....

11. Qu'est-ce qui vous aiderait à utiliser les outils proposés ?

Aide sur le terrain

.....

Discussion de cas cliniques, si oui à quel rythme ?

Une par semaine

une par quinzaine

Une par mois

une par trimestre

Une par semestre

une par an

Sein en tissu, poupon :

.....
.....

12. Avez-vous eu l'impression que les mères étaient satisfaites de ces outils?

OUI NON

.....
.....
.....
.....

13. Les mères étaient-elles plus autonomes pour installer le bébé au sein (avec prise du sein efficace) ?

OUI NON

.....
.....
.....

14. Avez-vous eu l'occasion d'accompagner des mères ayant des mamelons douloureux liées à une prise du sein inadéquate?

OUI NON

.....
.....
.....

15. Ont-elles été soulagées après l'amélioration de la prise du sein par le bébé ?

OUI NON

.....
.....
.....
Concernant le feuillet

16. Un feuillet vous a été distribué en fin de formation. L'avez-vous lu ?

OUI NON

.....
17. Ce feuillet vous a-t-il été utile ?

OUI NON

Si oui, comment ?

.....
.....
.....
18. Vous a-t-il apporté des éléments complémentaires par rapport à la formation ?

OUI NON

.....
.....
.....
19. L'avez-vous utilisé dans votre pratique depuis la formation ?

OUI NON

.....
.....
.....
20. Avez-vous des remarques générales à faire au sujet du feuillet ?

.....
.....
.....
21. Avez-vous échangé sur le sujet avec des collègues n'ayant pas participé à la formation ?

OUI NON

.....
.....
.....
22. Les informations que vous avez eues lors de cette session de formation sont-elles cohérentes avec celles que vous avez eues précédemment ? Y'a-t-il des éléments nouveaux ?

OUI NON

.....
Modalités de formation :

23. Que pensez-vous des modalités de formation ?

Durée de la formation.....

Taille du groupe :.....

24. Les supports pédagogiques ?

Powerpoint :.....

Photos :.....

.....
.....
.....
Démonstration avec le poupon et le sein tricoté

Vidéo

.....

Interactions avec l'animatrice

.....

25. Les informations vous ont-elles paru claires ?

.....

26. Quel est votre degré de satisfaction (1 pas du tout satisfait ; 2 moyennement satisfait ; 3 satisfait ; 4 très satisfait)

Modalités de formation	1	2	3	4
Contenu de la formation	1	2	3	4
Supports pédagogiques	1	2	3	4
Feuillet	1	2	3	4

27. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

.....