

**Accompagnement de l'allaitement maternel au
GHSR : animation et réalisation d'un groupe de
travail interprofessionnel.**



Chrystel JULIEN

Travail réalisé dans le cadre de la formation

« Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE »

CREFAM

Remerciements

- 🌀 *Un grand merci à Pascaline, Sylviane, Solange, Betty, Mado, Isabelle, Heliette, Thérèse, Camille ; membres du groupe de travail sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.*

- 🌀 *Je remercie Danièle Bruguères pour la pertinence de ses remarques, ses conseils avisés et ses encouragements.*

- 🌀 *Je remercie, le Dr ROGE-WOLTER pour son soutien et son aide lors ce mémoire et plus généralement pour son indéfectible engagement autour de l'allaitement maternel. Vous allez nous manquer....*

- 🌀 *Merci également à Claudine SOMON-PAYET pour son soutien logistique et ses encouragements.*

Sommaire

Introduction	8
Première partie: Contexte de l'étude	10
1. L'île de la Réunion, quelques généralités.....	11
2. Quelques données sanitaires	11
3. Le pôle Femme-Mère-Enfant du GHSR	12
4. Le soutien à l'allaitement hors maternité dans le sud de la Réunion.....	14
5. L'état des lieux des pratiques dans les maternités de Saint Pierre et Saint Louis	15
Deuxième partie : Méthodologie.....	19
1. Objectif général du travail.....	20
2. Quel objectif pour chacun de ces supports ?.....	20
3. Le groupe de travail.....	21
a) Création du groupe de travail.....	21
b) Le cadre de travail et son optimisation	22
4. Les recommandations utilisées	23
5. Le déroulement des réunions	23
a) La première réunion : le 23 avril 2009	24
b) La 2ème réunion : le 05 mai 2009	25
c) L'entre 2 réunion.....	28
d) La 3ème réunion : le 25 juin 2009.....	28
e) L'entre 2 réunion.....	30
f) La réunion avec QUAPRI le 22 juillet 2009.....	31
g) La 4ème réunion : le 30 juillet 2009	32
h) La 5ème réunion : le 24 septembre 2009	32
i) La 6ème réunion : le 24 novembre 2009	33
6. La synthèse du travail du groupe.....	33
Troisième partie : Évaluation et perspectives	35
1. La présentation du dossier de soin à notre hiérarchie.....	36
2. La présentation du dossier de soin à l'équipe	36
a) Avant de finaliser le projet.....	36

b) Après la finalisation du projet.....	37
3. La réunion avec QUAPRI : le 16 décembre 2009.....	37
4. L'évaluation du dossier de soin	37
5. L'évaluation du document ressource	37
6. L'évaluation du bulletin d'information.....	38
7. Perspectives	38
Conclusion	40
Annexes	42
Annexe 1 Enquête allaitement maternel GHSR septembre 2007	43
Annexe 2 Protocole d'accueil du nouveau-né bien portant en salle de naissance.....	47
Annexe 3 Note cahier de transmission Saint Louis	58
Annexe 4 Document ressource pour les parents.....	60
Annexe 5 Feuilles de température.....	63
Ancienne feuille de température.....	64
Nouvelle feuille de température.....	65
Annexe 6 Bulletin information.....	66
Annexe 7 Ancien et nouveau dossiers de soin	69
Macro cible d'entrée ancien dossier de soin.....	70
Macro cible d'entrée nouveau dossier de soin	71
Macro cible de sortie ancien dossier de soin.....	72
Macro cible de sortie nouveau dossier de soin.....	73

Ancienne feuille de surveillance	74
Nouvelle feuille de surveillance intensive	75
Nouvelle feuille de surveillance alimentation	76
Annexe 8 Questionnaire d'évaluation du dossier de soin	77
Annexe 9 Questionnaire d'évaluation du bulletin d'information.....	79
Bibliographie et lectures associées	81

Introduction

Les acteurs de santé présents à la maternité jouent un rôle essentiel dans le démarrage de l'allaitement. On sait actuellement que des premières heures et des premiers jours après la naissance vont dépendre la durée et le vécu de l'allaitement¹
².

Ce mémoire se situe autour du démarrage de l'allaitement. Il retrace le parcours d'un groupe de travail ayant comme projet d'améliorer l'accompagnement de l'allaitement lors du séjour à la maternité. Parmi les actions de ce groupe de travail, nous allons détailler ici la création de supports pour :

- Préparer en anténatal les parents à la rencontre avec leur bébé, en particulier pour présenter le contact peau à peau et la tétée précoce ;
- Informer les parents des soutiens auxquels ils peuvent se référer après leur sortie de la maternité ;
- Accompagner au mieux l'allaitement maternel au cours du séjour en maternité. Dans cet objectif, le dossier de soin a été revu en détail et modifié.

Dans une première partie, nous allons présenter le contexte dans lequel s'est déroulé ce travail et l'évaluation de départ qui l'a motivé.

Dans une deuxième partie, nous verrons les objectifs de ces différents supports, la mise en place et le fonctionnement du groupe de travail. Chaque rencontre sera détaillée afin d'identifier les différentes phases traversées et de suivre l'évolution dans le temps du projet initial.

Dans une troisième partie, nous aborderons le projet d'évaluation, qui se fera à distance. Les différents supports créés sont en annexe.

Première partie: Contexte de l'étude

1. L'île de la Réunion, quelques généralités

Située à 9180km de Paris, l'île de la Réunion est un département français d'outre-mer. Petite par sa taille (2512 km²), l'île de la Réunion est grande par sa diversité tant dans ses paysages (mer, montagnes, volcan, ...) que dans sa population (un mélange haut en couleur, où différentes ethnies et religions cohabitent harmonieusement).

Malheureusement ce qui caractérise également la Réunion est son bas niveau socio-économique, le taux de chômage était de 29,1 % en 2006 (contre 9 % en métropole), les réunionnais sont 23,5 % à toucher le RMI (Revenu Minimum d'Insertion) et en 2006 ils étaient 40,8 % à bénéficier de la Couverture Médicale Universelle complémentaire ³.

2. Quelques données sanitaires

Avec 14610 naissances en 2005, la Réunion enregistre un taux de natalité de 18,7 pour 1000 habitants (12,7 en métropole)³. L'indice de fécondité est de 2,45 enfants par femme en 2006.

Selon l'enquête périnatale de 2003, le taux d'allaitement maternel à la naissance à la Réunion est légèrement supérieur à celui de la métropole (56,5 % d'allaitement en métropole contre 58,9 % à la Réunion)⁴. Ces taux correspondent à la pratique de l'allaitement au moment de la naissance, il n'y a pas de données sur la durée de l'allaitement ni sur son exclusivité.

Parmi les données sanitaires marquantes, signalons que :

- La Réunion est le 3^{ème} département français pour le taux de mortalité infantile après la Guyane et la Martinique. Le taux de mortalité infantile en 2006 était de 6,6 pour 1000 enfants nés vivants à la Réunion (3,6 en métropole) ⁵.
- Le taux de mortalité néonatale en 2006 était de 5,2/1000 (2,3/1000 en métropole)⁵.

- La santé buccodentaire des enfants à la Réunion est préoccupante. Selon en rapport sur la santé des enfants en CM2, la proportion d'enfants ayant des dents cariées a augmenté entre 2002 et 2005 alors qu'elle a diminué en métropole⁶.

En 2009, l'offre de soin en pratique de ville pour les médecins généralistes est identique à celle observée en métropole, par contre elle est nettement inférieure pour les médecins spécialistes⁷. En revanche, pour la gynécologie obstétrique, les hôpitaux de l'île bénéficient des mêmes moyens que leurs homologues métropolitains⁸.

Depuis 2007, la Réunion est dotée d'un Centre Hospitalier Régional (CHR) établi sur plusieurs sites. Dans ce travail, nous allons particulièrement nous intéresser à la partie sud du CHR à savoir le Groupe Hospitalier Sud Réunion (GHSR).

Le GHSR est organisé en pôles, il dispose d'un pôle Femme-Mère-Enfant réparti sur trois sites : Saint Pierre, Saint Louis et Saint Joseph.

3. Le pôle Femme-Mère-Enfant du GHSR

Dans sa partie maternité, le pôle femme Femme-Mère-Enfant du GSHR comprend :

- Un centre hospitalier de proximité, situé à Saint Joseph qui effectue des consultations et la préparation à l'accouchement. Une sage-femme travaille dans ce service.
- La maternité de Saint Pierre qui est une maternité de niveau III avec 3760 accouchements par an⁹. L'activité est ici très intense et soutenue, les équipes sont rodées à la prise en charge de pathologies lourdes. Les accouchements sont médicalisés avec notamment 69,5 % de péridurales⁹. Le taux de césarienne est de 18,5 %⁹.
- La maternité de Saint Louis (distante de 12 km de Saint Pierre) est une structure de niveau I. Cette petite structure gère uniquement des grossesses eutociques. Les médecins sont sur place dans la journée en semaine de

8h30 à 18h et d'astreinte à leur domicile le reste du temps. L'organisation du service est telle, que les patientes ne peuvent bénéficier de la péridurale que le matin les jours de semaine, d'où un taux de péridurale à 11,8 %⁹. En 2008, 621 accouchements ont eu lieu à Saint Louis⁹.

L'activité décroît depuis quelques années, principalement dû à la quasi-absence de péridurale. Les patientes souhaitant ce type d'analgésie vont accoucher sur Saint Pierre. Elles ont la possibilité de revenir après l'accouchement sur Saint Louis pour leur séjour en suites de couches. L'activité est modérée, ce qui permet d'accompagner les patientes au cours de leur accouchement et tout au long de leur séjour dans de bonnes conditions.

L'élément déterminant des prochaines années est la création d'une structure commune appelée Pôle Femme-Mère-Enfant sur Saint Pierre regroupant les maternités de Saint Pierre et Saint Louis ainsi que tous les services de pédiatrie. Les travaux étant déjà bien avancés, la fermeture de la maternité de Saint Louis est prévue en mars 2011.

La fusion est annoncée et préparée depuis plusieurs années. En particulier, les sages-femmes des deux maternités ont fait des rotations régulières de 3 à 6 mois entre les deux services.

Les formations proposées par l'établissement sont communes aux différents sites, ce qui permet d'harmoniser les pratiques professionnelles. Par exemple en 2009, 22 agents de la maternité ont été formés par le Centre de Recherche, d'Evaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel (CREFAM).

Cette formation a concerné :

- 5 sages-femmes, 3 à Saint Pierre, 2 à Saint Louis ;
- 11 auxiliaires puéricultrices, 6 à Saint Pierre, 5 à Saint Louis ;
- 6 puéricultrices, 5 sur les 9 que compte la maternité de Saint Pierre et la seule puéricultrice de Saint Louis.

4. Le soutien à l'allaitement hors maternité dans le sud de la Réunion

En dehors des structures hospitalières, il existe à la Réunion plusieurs relais possibles en matière d'allaitement.

- a) L'Association Réunionnaise pour l'Allaitement Maternel (AREAM) est une association loi 19001, créée en 2001 par Geneviève de PENA. Elle est actuellement présidée par Annick ROY. Toutes les consultantes en lactation en formation font partie de l'AREAM.

L'AREAM a de nombreuses activités :

- Une ligne d'écoute téléphonique, ouverte toute l'année 7 jours sur 7 ;
 - Des réunions d'allaitement tous les premiers mardis du mois à Saint Denis et à Saint Pierre ;
 - Des permanences d'accueil deux fois par semaine au pôle enfance à Saint Pierre ;
 - Des formations pour les professionnels de santé ; c'est grâce à l'AREAM qu'a pu débuter en 2008 une formation de consultante en lactation animée par le CREFAM ;
 - Une mise à disposition de matériel d'allaitement spécialisé (Dispositif d'Aide à la Lactation, Softcup...) ;
 - Des prêts de livres et de films sur l'allaitement à destination des parents ou des professionnels de santé.
- b) Les sages-femmes libérales sont relativement nombreuses à la Réunion. Elles sont 80 pour toute l'île¹⁰ soit 5,5 pour 1000 naissances contre 3,7 en métropole. Ces professionnelles de santé sont des relais très importants pour les mamans, tant en anténatal (suivi des grossesses, préparation à l'accouchement, surveillance des grossesses à risque...) qu'en post-partum. Actuellement 5 sages-femmes libérales sont en formation avec le CREFAM pour être consultantes en lactation.

- c) L'île de la Réunion compte 30 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) répartis sur tout le territoire. Tous les jours ouvrés, des agents de la PMI passent dans les différentes maternités de l'île. Les mamans en difficulté se voient proposer des suivis à domicile. La PMI est bien connue des femmes et des familles réunionnaises qui acceptent facilement ce relais de proximité. Pour des raisons budgétaires, les agents de la PMI n'ont pas suivi de formation en matière d'allaitement depuis plusieurs années.
- d) Le Réseau Périnatal Réunion (RePéRe) est une association fondée en avril 2001 qui regroupe des professionnels du secteur sanitaire et social, des établissements de santé et des usagers. Très actif à la Réunion, il travaille à l'amélioration des prises en charge périnatales, coordonne les soins entre les différents secteurs, met en place des actions de préventions en matière de périnatalité et de parentalité... Régulièrement le réseau périnatal organise des soirées conférence ou des journées de formations sur le thème de l'allaitement.
- e) Une consultante en lactation exerce déjà à Saint Denis, 12 autres sont en cours de formation, ce qui devrait porter à 13 consultantes pour toute l'île en 2010.

5. L'état des lieux des pratiques dans les maternités de Saint Pierre et Saint Louis

En tant que sage-femme hospitalière, j'ai travaillé à la maternité de Saint Pierre pendant trois ans ; depuis 2003, j'exerce à Saint Louis où je suis la « référente allaitement ». J'ai collaboré à une enquête sur l'allaitement maternel mise en place par le Dr ROGE- WOLTER, pédiatre au GHSR.

Cette enquête a duré un mois, à Saint Pierre du 21 août au 21 septembre 2007 et à Saint Louis du 1^{er} au 31 janvier 2008 (questionnaire en annexe 1). Les mamans remplissaient le questionnaire pendant leur séjour. Il leur était également proposé de laisser leurs coordonnées téléphoniques afin d'être rappelées au bout de trois mois pour une nouvelle évaluation.

Les résultats nous ont permis de dégager trois pistes pour améliorer les pratiques :

a) La première tétée et le peau à peau

À la maternité de Saint Pierre, la première tétée avait lieu en salle de naissance dans 71 % des cas. Ce résultat est plutôt encourageant pour une maternité qui ne proposait pas la tétée en salle de naissance, il y a encore une dizaine d'années. En revanche, les bébés ne bénéficiaient pas du peau à peau, ils étaient pris pour des soins, habillés et ensuite rendus à leur maman pour la tétée.

Sur Saint Louis, l'enquête a montré que 81 % des nouveau-nés étaient en salle de naissance. Seulement 30 % de ces enfants bénéficiaient d'un contact peau à peau, entre 5 et 20 minutes pour la moitié et entre 1h30 et 2h pour l'autre.

Cela nous a conduit, le Dr ROGE-WOLTER et moi-même, à rédiger en février 2008, un protocole d'accueil de nouveau-né en salle de naissance (Cf annexe 2). Ce protocole a d'abord été proposé sur Saint Louis où les conditions de travail favorisaient sa mise en place, l'objectif étant de l'appliquer également à Saint Pierre.

Après 6 mois de pratique, nous avons fait une réunion de service pour évaluer ce protocole. Cette réunion a montré que pour certains professionnels, la pratique du peau à peau était complexe à mettre en œuvre : plusieurs ont mentionné que les mères refusaient, beaucoup n'était pas très à l'aise en parler aux mères. Nous avons discuté du moment le plus opportun pour proposer aux mères le peau à peau en salle de naissance et de la manière d'en parler.

Le manque d'information des mamans était considéré par les collègues comme un réel problème. Certaines ont déclaré « ce n'est pas quand elles arrivent en travail, qu'elles sont algiques qu'il faut aborder la question de l'accueil du bébé, les femmes ne sont pas réceptives, il faudrait qu'elles aient l'info avant ». Or peu de femmes font la préparation à l'accouchement dans la population créole.

Pour pallier ce manque d'information, nous avons pensé rédiger une lettre d'information pour les parents expliquant nos changements de pratiques incluant le peau à peau en salle de naissance et la tétée précoce.

b) L'information sur l'allaitement dans les dossiers de la mère et du bébé

Cette enquête a été l'occasion de consulter les dossiers de soins dans les deux maternités :

- Les deux structures n'utilisaient pas les mêmes supports : le dossier de soin bébé n'était pas le même dans les deux sites ; quant au dossier maman, c'était le même mais utilisé différemment. Les sages-femmes de Saint Pierre notaient les informations dans le dossier obstétrical, celles de Saint Louis dans le dossier de soin maman.
- Dans le dossier de soin d'une mère allaitante ou le dossier obstétrical, les informations suivantes étaient consignées :(listing établi sur tous les dossiers patientes/ bébé pour une journée type):
 - « Allaitement RAS »
 - « Allaitement se passe bien »
 - « Lait+ » ou « colostrum+ »
 - « Seins souples »
 - « Aidée pour mise au sein »
 - « Bébé tête bien »
 - « Crevasses purelan donné »
- Dans le dossier bébé, les informations étaient plus succinctes, « sein OK » ou « a tété ».

Au final, très peu de choses étaient notées dans les différents dossiers. Peut-être fallait-il créer un support, qui serait commun dans l'optique de la fusion des établissements de Saint Pierre et Saint Louis et qui reprendrait les principaux critères de surveillance de l'allaitement.

c) Le soutien après la sortie du service

Lors de l'enquête de 2008, nous avons rappelé les patientes ayant laissé leurs coordonnées pour faire un point sur leur allaitement trois mois après la naissance. Un résultat nous a frappées : les patientes ayant eu un problème d'allaitement, s'étaient toutes tournées vers leur médecin traitant avec malheureusement souvent pour réponse l'introduction de biberon de préparation pour nourrisson, voire un arrêt de l'allaitement. Les patientes ne connaissaient manifestement pas AREAM, et n'avaient pas non plus pensé à rappeler la maternité, la PMI ou une sage-femme libérale.

Peu de femmes avaient allaité exclusivement les six premiers mois, ne connaissant pas cette recommandation, et leurs connaissances en matière d'allaitement étaient souvent erronées (peur de « gâter » l'enfant en le prenant dans les bras, introduction de biberon très tôt pour habituer l'enfant, besoin de donner de l'eau ou des tisanes...). Cette enquête nous a incitées à créer un document ressource pour que les parents sachent où trouver de l'aide en matière d'allaitement après la sortie de la maternité.

Deuxième partie : Méthodologie

1. Objectif général du travail

L'objectif premier était d'organiser une réflexion des équipes de Saint Pierre et de Saint Louis pour :

- Harmoniser les pratiques entre services en vue du regroupement prévu ;
- Améliorer l'accompagnement des mères pendant le séjour à la maternité ;
- Faciliter l'information des parents avant et après le séjour à la maternité.

En pratique, j'ai proposé au groupe de travailler sur la création des supports suivants :

- Lettre à destination des parents présentant le peau à peau en salle de naissance et la tétée précoce ;
- Dossier d'allaitement ;
- Document ressource à donner à la sortie répertoriant les différentes aides possibles en matière d'allaitement.

2. Quel objectif pour chacun de ces supports ?

a) Objectifs de la lettre d'information aux parents

- Familiariser les mamans à l'accueil bienveillant du nouveau-né ;
- Informer des avantages du contact peau à peau et de la tétée précoce ;
- Annoncer nos nouvelles pratiques ;
- Préparer les mamans au changement. Nous accueillons beaucoup de multipares, qui ont déjà accouché chez nous et qui n'ont pas bénéficié du peau à peau pour les accouchements antérieurs ;
- Inciter les mamans à demander ce type d'accueil pour leur bébé.

b) Objectifs du dossier d'allaitement

- Harmoniser les pratiques entre Saint Pierre et Saint Louis en créant un dossier commun ;
- Faciliter un bon démarrage de l'allaitement ;

- Repérer rapidement les situations à risque pour intervenir rapidement et efficacement ;
- Favoriser la continuité des soins et permettre une meilleure lisibilité de ce qui a été fait par qui et comment ;
- S'assurer que les femmes sortent de la maternité avec les informations de base ;
- S'approcher le plus possible des recommandations internationales et françaises ;
- Sensibiliser et mobiliser l'équipe sur l'allaitement afin de mettre en place une politique de service pour l'allaitement.

c) Objectifs du document ressource

- Donner par écrit quelques informations de base sur l'allaitement au cours des premières semaines ;
- Permettre aux femmes de trouver de l'aide après la sortie de la maternité ;
- Donner une liste exhaustive de ressources (professionnelles, associations, site internet, livres...).

3. Le groupe de travail

La méthode retenue a été la mise en place d'un groupe de travail commun à Saint Pierre et Saint Louis.

a) Création du groupe de travail

Pour que le groupe puisse travailler et que ses conclusions soient reconnues par l'ensemble des équipes, il était important que :

- La participation soit suffisante et pas excessive (un groupe d'une dizaine de personnes nous paraissait intéressant pour faciliter la participation de chacun) ;
- Tous les corps de métier soient représentés ;
- Les participants soient suffisamment motivés pour se réunir plusieurs fois ;

- Une majorité des participants aient des connaissances en accord avec les données actuelles ; dans ce but, nous avons souhaité que plusieurs professionnelles ayant suivi la formation institutionnelle récente rejoignent le groupe de travail.

La proposition de mettre en place un groupe de travail sur la création d'un dossier d'allaitement s'est faite à Saint Louis par un appel à volontariat. Nous avons rédigé une note dans le cahier de transmission (cf annexe 3), invitant les personnes intéressées à venir participer à ce groupe de travail, en précisant :

- Les objectifs ;
- L'importance de la représentation de chaque corps de métier ;
- Que plusieurs rencontres seraient nécessaires.

Pour l'équipe de Saint Pierre, nous avons contacté directement des puéricultrices de la nurserie ayant fait la formation d'allaitement, en leur faisant la proposition d'intégrer le groupe de travail.

b) Le cadre de travail et son optimisation

Lieu des réunions et choix des horaires :

Le groupe s'est réuni à la maternité de Saint Louis, en salle « polyvalente » qui est la salle de réunion du service. Les rencontres ont eu lieu entre 13H30 et 15H30, moment le plus opportun pour la majorité des agents.

Les auxiliaires-puéricultrices et les puéricultrices travaillent, de 6H à 13H30 pour celles du matin, de 13H à 20H30 pour celles de l'après-midi et de 20H15 à 6H15 pour celles de la nuit. Les professionnelles travaillant de jour s'organisaient pour être du matin et ensuite venir à la réunion. Quant aux sages-femmes, les roulements sont de 12H, 7H-19H ou 19H-7H. Les équipes de nuit pouvaient dormir le matin et venir en début d'après-midi.

Il nous a semblé important d'être garant au mieux de l'horaire de fin de séance, la majorité des collègues étant mères de famille et ayant des enfants à récupérer à l'école. Pour cette raison, les mercredis ont été exclus comme jour possible de réunion.

Périodicité des rencontres:

À chaque fin de séance, le groupe de travail fixait la date de la réunion suivante.

La périodicité choisie était approximativement d'une fois par mois pour :

- Ne pas laisser trop de temps entre chaque réunion, pour maintenir la dynamique ;
- Ne pas surcharger trop notre emploi du temps.

L'animation et le lien entre les rencontres :

En tant que « référente en allaitement maternel » et consultante en lactation en formation, j'ai animé ce groupe de travail, j'ai fait les synthèses de chaque réunion, j'ai rédigé au propre les propositions, et les ai envoyées par mail à chaque membre du groupe ou j'en ai fait des photocopies pour celles qui n'avaient pas de mail.

Les petits plus :

Pour maintenir une bonne convivialité dans le groupe, le café, les petits gâteaux ou le chocolat étaient souvent au rendez-vous...

4. Les recommandations utilisées

Afin de favoriser les bonnes pratiques, ce travail s'est appuyé sur les références actuelles et reconnues en matière d'allaitement maternel. ^{2 11 12 13 14 15 16 17}

5. Le déroulement des réunions

Mes objectifs personnels pour la première réunion :

- Présenter les conclusions des enquêtes de 2007 et 2008 et le travail que je propose ;
- Tester si le projet fédère ;
- Identifier les besoins du groupe, voir si le groupe adhère à ma proposition et écouter leurs propositions ;
- Créer le cadre de travail, poser les bases, définir un plan, afin que le groupe se mette d'accord sur le cadre de travail ;
- Prévenir le groupe de l'implication du travail à venir dans mon mémoire de fin d'étude ;
- Soutenir la motivation du groupe ;
- Fixer un calendrier.

a) La première réunion : le 23 avril 2009

Nous sommes huit majoritairement de Saint Louis et tous les corps de métier sont représentés. Une puéricultrice de Saint Pierre allant être mutée sur Saint Louis devait venir mais s'est excusée. La pédiatre présente, Dr ROGE-WOLTER, propose que l'on ouvre notre groupe à un plus grand nombre de puéricultrices de Saint Pierre. Proposition adoptée.

La réunion commence par un rapide diaporama pour présenter la situation et la proposition de travail.

L'organisation et les objectifs du groupe de travail sont discutés. Le groupe est collégialement d'accord pour la création des trois supports.

S'ensuivent plusieurs discussions sur ce qui semble important à chaque participante. Les questions se focalisent sur le dossier d'allaitement ; le document ressource et la lettre d'information aux parents semblent plus simples à réaliser. Cette première réunion est surtout un temps où les interrogations sont soulevées :

- Faut-il modifier également la feuille de température du bébé ?
- Faut-il faire noter aux mères le nombre de tétées par 24H ?
- Où va être le dossier d'allaitement : avec le dossier de la mère ou du bébé ?

- Quand informer les femmes, après leur arrivée dans le service, après quelques heures passées dans le service ?
- Que faut-il considérer comme critères d'allaitement ?
- Qui va faire quoi ?....

Nous convenons pour la prochaine réunion de lister ensemble les items que doit contenir le dossier d'allaitement, jour par jour. Afin préparer ce travail, je propose de donner avec la synthèse de la réunion une liste de documents de références à lire. Cette liste comprenait :

- La feuille d'observation d'une tétée¹⁶ ;
- Les 10 conditions du succès de l'allaitement maternel¹⁷ ;
- ANAES, L'allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant² ;
- Le guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif¹³ ;
- Un exemple de fiche de surveillance d'un allaitement en maternité d'une maternité Hôpital Ami des Bébés ;
- Les clignotants d'alarme chez le bébé;
- Une feuille avec les signes objectifs que l'allaitement maternel va bien;
- L'observation d'une tétée d'Ingrid BAYOT¹⁸.

Pour le document ressource, une sage-femme propose que nous le travaillions toutes les deux et que nous fassions un retour à tout le groupe lors de la prochaine réunion.

Pour la lettre à destination des parents, je me propose d'en faire une ébauche.

b) La 2^{ème} réunion : le 05 mai 2009

Une puéricultrice de Saint Pierre a rejoint le groupe de travail.

La séance débute par la présentation du document ressource pour la sortie, préparé par deux membres du groupe. Nous faisons une lecture commune, avec validation, propositions, et modifications à apporter. Une formulation simple et accessible reste notre priorité.

Nous avons décliné ce document sous la forme :

- Recto, les ressources possibles en matière d'allaitement maternel. Le choix que nous avons fait est d'être le plus complet possible et d'exposer toutes les ressources disponibles (maternités, association, sage-femme, médecin, Internet, livres...).
- Verso, un « Le saviez-vous ? » reprenant par des phrases courtes et brèves quelques informations clés en matière d'allaitement. Nous avons choisi de donner des informations à la fois sur le démarrage et sur les premiers mois. Pour le démarrage, nous avons puisé les thèmes dans notre pratique quotidienne. Pour la suite de l'allaitement, nous nous sommes appuyés sur les résultats de l'enquête de 2007, concernant les motifs de sevrage et les difficultés rapportées par les mères.

J'ai commencé à rédiger la lettre à destination des parents, nous en faisons une lecture, et des modifications sont proposées.

La réunion se poursuit par le dossier d'allaitement, je réprecise rapidement les objectifs de cette réunion à savoir lister jour par jour, depuis le jour de naissance jusqu'à la sortie, les items que l'on mettra dans le dossier.

Les points d'accord immédiats :

- Commencer le dossier par ce qui s'est passé en salle de naissance (première tétée ou pas, peau à peau...) ;
- Scinder le dossier en deux parties: la surveillance d'un côté et l'information à apporter de l'autre ;
- La feuille d'observation d'une tétée de l'OMS semble « trop » complexe et pas réalisable à Saint Pierre plusieurs fois pendant le séjour.

Les points qui ont posé question et qui ont été sujets à débat :

- À Saint Pierre, la feuille de température et de courbe de poids du bébé reste dans le carnet santé dans la chambre. À Saint Louis, les deux documents restent à la nurserie.
- Est ce que l'on rajoute une feuille dans les chambres pour que les mamans notent le nombre de tétées ?
- Qui fait l'accueil de la patiente en suite de couches, la sage-femme, la puéricultrice, l'auxiliaire ?
- Quels délais se donner pour observer la première tétée en suites en couches ?

On choisit le fonctionnement de Saint Pierre, pour la feuille de température c'est-à-dire de la laisser dans la chambre. On décide de la modifier afin que la mère puisse noter des informations sur le déroulement de l'allaitement. Ainsi tout intervenant qui rentrerait dans la chambre pourrait faire un point sur l'allaitement.

Pour lister les différents items à inclure dans le dossier d'allaitement, j'ai disposé dans la salle quatre grandes feuilles, une pour chaque jour du séjour de la mère et de l'enfant. J'ai noté au fur et à mesure les critères proposés par le groupe.

Cette séance est aminée, productive et très riche : il y a débat. C'est très positif de voir que les critères d'observation d'une tétée, d'observation du bébé et les positions d'allaitement sont intégrés par les membres du groupe. Beaucoup de collègues du groupe viennent de faire la formation d'allaitement et sont à l'aise pour ce travail de repérage.

Je propose de faire la mise en page du document ressource et pour mettre au propre la liste des critères élaborés au cours de la réunion.

L'objectif de la réunion suivante sera de mettre en forme les items que l'on a retenus sous forme de dossier d'allaitement.

c) L'entre 2 réunion

Au sortir de la 2^{ème} réunion, je suis plutôt optimiste et contente du travail fourni. La dynamique du groupe est bonne, tout le monde a participé avec beaucoup d'intérêt, j'ai recueilli quantité d'informations pour débiter la mise en forme des documents. Mon enthousiasme s'estompe lorsque je fais la synthèse. Nous avons recensé une multitude d'éléments à observer, d'informations à transmettre.

Prenons un exemple : une observation du type « crevasse » ne peut pas être un simple critère à cocher sans rien après. Si l'on détaille ce qu'il faut observer, ce que le groupe a fait, on recense toute une liste d'éléments. Si l'on fait la même chose pour chaque événement pouvant survenir lors du séjour, et ce jour par jour, on se retrouve avec un dossier de 20 pages.

Dans ce cas, on s'éloigne de l'objectif de départ à savoir, faire un document utilisable en pratique sans surcharge de travail. La forte activité de Saint Pierre et a fortiori celle du nouveau pôle ne serait pas compatible avec un document lourd ou imposant. Entre la simplicité d'utilisation, l'accessibilité à tout le personnel et l'exhaustivité, un choix va devoir être fait.

À ce stade du travail, deux choix sont possibles :

- Concevoir un dossier plus simple, qui peut paraître incomplet au vu des objectifs initiaux, mais qui serait utilisable par tous au quotidien ;
- Poursuivre l'idée initiale d'un dossier d'allaitement spécifique en prenant le risque qu'il soit peu utilisé.

d) La 3^{ème} réunion : le 25 juin 2009

Nous accueillions une autre puéricultrice de Saint Pierre qui a suivi la formation d'allaitement. Jusque-là, nous étions majoritairement des sages-femmes, avec trois puéricultrices de la nurserie ; la dynamique du groupe change car les rôles de chaque corps de métier ne sont pas les mêmes.

Tous les membres du groupe sont sceptiques quant à l'utilisation en pratique d'un dossier d'allaitement. La crainte principale est la charge de travail que va engendrer un « dossier d'allaitement » en vue de la création du pôle Femme-Mère-Enfant. Les sages-femmes remplissent déjà le dossier médical et le dossier de soin de la maman, les puéricultrices et les auxiliaires le dossier de soin du bébé, un document supplémentaire risque de donner l'impression de ne plus faire que de la « paperasse ».

Ce sont des questions administratives qui vont nous permettre de trouver une solution de « sortie de crise ».

La puéricultrice qui vient d'intégrer le groupe de travail précise qu'en matière de transmissions écrites, les attributions des professionnels paramédicaux, infirmières, puéricultrices et auxiliaires puéricultrices ne sont pas les mêmes que celles des médecins et sages-femmes. Ces derniers peuvent écrire dans le dossier médical de la patiente alors que les premiers ne peuvent écrire que dans le dossier de soin. Les puéricultrices et les auxiliaires puéricultrices doivent pouvoir remplir ce dossier car elles sont les principaux acteurs du suivi de l'allaitement. Il est donc nécessaire d'intégrer le dossier d'allaitement dans le dossier de soin de l'enfant.

Or le dossier de soin est un document institutionnel qui doit répondre à des critères et à des codages très précis. Pour notre établissement, toute modification doit être validée par le service QUAPRI (Direction qualité, accréditation, gestion et prévention des risques) puis par la direction des soins.

Après un temps de débat dans le groupe sur l'intérêt du dossier de soin, son utilisation, la pertinence de sa structure, nous proposons une modification de l'actuel dossier de soin bébé pour y inclure des critères d'allaitement plutôt que la création d'un dossier d'allaitement proprement dit.

Dans l'actuel dossier de soin bébé, il existe une feuille de surveillance du nouveau-né, incluant la surveillance intensive, la surveillance de l'ictère, la surveillance de l'alimentation et l'élimination.

Nous décidons de faire deux feuilles :

- L'une pour la surveillance intensive et la surveillance de l'ictère ;
- L'autre pour l'alimentation et l'élimination, avec développement des références à l'allaitement, observation des seins, du bébé, de la tétée en reprenant certains des critères relevés lors de la réunion précédente.

Je me propose de prendre un premier rendez-vous avec le service QUAPRI pour leur exposer notre projet.

Le document ressource est terminé (annexe 4) ; nous en faisons une dernière lecture avec corrections. Nous souhaitons qu'il soit distribué très rapidement.

La lettre d'information aux parents a elle aussi bien avancé, mais elle a surtout changé de forme. Nous l'avons d'abord rédigée en tant que lettre, mais cela nous a paru un peu conventionnel. Pour donner aux mamans l'envie de la lire, j'ai pensé la rédiger comme un bulletin d'information ou une « gazette » avec une interview, des brèves et des témoignages.

J'ai proposé au Dr ROGE-WOTER de faire une interview d'elle en tant que pédiatre nous parlant du peau à peau. Nous avons travaillé ce document à deux, puis nous l'avons soumis au groupe pour lecture et avis.

Cette réunion a pris une tournure assez différente du projet de départ, mais elle nous a permis de nous orienter vers un projet plus réaliste.

e) L'entre 2 réunion

Au sortir de la 3^{ème} réunion, les choses sont plus claires.

Malgré une petite déception d'abandonner le projet d'un dossier entièrement consacré à l'allaitement, je me sens soulagée car la nouvelle orientation permet d'espérer une réelle utilisation du dossier de soin modifié. Il est indispensable de proposer un outil acceptable et utilisable dans un niveau III, qui fait un grand nombre d'accouchements, pour améliorer l'accompagnement de l'allaitement.

f) La réunion avec QUAPRI le 22 juillet 2009

Nous avons rendez-vous au service QUAPRI avec un ingénieur qualité et un cadre supérieur de santé. Le service QUAPRI est en charge de 3 secteurs qui sont :

- La qualité ;
- L'accréditation ;
- La gestion et prévention des risques.

Après avoir exposé notre projet, il nous est expliqué le fonctionnement du dossier de soin et les modifications possibles.

Les trois pages suivantes doivent rester fixes :

- La première page du dossier de soin, relative à l'identification du « malade »,
- La 2^{ème} page, la macro-cible d'entrée, et la dernière, la macro cible de sortie, doivent garder leur structure, c'est à dire :
 - **Maladie**, dans notre cas, cela correspond au motif d'entrée et aux antécédents pertinents. Un item sur la douleur doit y être inclus ;
 - **Thérapeutique**, ce sont les traitements, au sens large (médicaments, soins...) en cours ;
 - **Environnement**, c'est l'environnement de la personne au niveau personnel, contexte familial ;
 - **Vécu** ;
 - **Développement**.

Chaque service est libre d'inclure les critères qu'il souhaite dans les macro-cibles tout en respectant cette trame.

Les feuilles : transmission ciblée, ordonnance, feuille de prescription, feuille de surveillance, diagramme de soin doivent faire partie de chaque dossier de soin, mais sont adaptables en fonction des besoins de chaque service.

Les modifications doivent être soumises à la direction des soins, par l'intermédiaire du service QUAPRI, au sein de laquelle une « commission dossier de soin » valide les changements.

g) La 4^{ème} réunion : le 30 juillet 2009

Nous relisons le bulletin d'information mis en forme et nous faisons les dernières corrections.

J'ai préparé une trame du nouveau dossier ; nous passons la séance à la retravailler en testant la pertinence des différents critères et leur place. Nous passons beaucoup de temps sur la feuille de surveillance de l'alimentation qui s'enrichit des remarques de chacune.

Nous avons aussi modifié la feuille de température du bébé pour y inclure des informations sur le nombre de tétées et la pratique du peau à peau. L'objectif est que tout personnel entrant dans la chambre puisse repérer un enfant qui n'a pas tété depuis plusieurs heures et intervenir rapidement.

Cette feuille est initialement remplie par la sage-femme présente en salle de naissance. Nous avons souhaité inclure des items sur le contact peau à peau et la tétée précoce afin de connaître les conditions d'accueil du nouveau-né. Ces informations permettent d'intervenir rapidement si le bébé n'a pas bénéficié du peau à peau et/ou n'a pas tété en salle de naissance. Nous espérons également sensibiliser les équipes de la salle de naissance à ces nouvelles pratiques.

Lors du séjour en maternité la feuille de température reste dans le berceau du bébé. Nous modifions cette feuille pour que la maman puisse noter facilement le nombre de tétées par 24 heures (annexe 5).

h) La 5^{ème} réunion : le 24 septembre 2009

Nos trois documents sont prêts dans leur contenu. C'est un travail sur la forme que nous faisons lors de cette séance.

Le document ressource a déjà été diffusé sur Saint Louis. Le bulletin d'information pour les parents est lui aussi prêt pour la diffusion (annexe 6).

Nous avons souhaité que ces deux documents soient attractifs, et avons choisi de les imprimer sur du papier de couleur : ni bleu, ni rose, mais un jaune orangé. La couleur est vive, impossible de passer à côté quand on prend le carnet de santé du bébé !

C'est la mise en forme du dossier de soin qui nous prend le plus de temps, le principe de cases à cocher est appliqué le plus possible.

Le plus gros du travail du groupe est terminé, les étapes suivantes sont :

- Présentation de ce travail au cadre de la nurserie ;
- Présentation de ce travail aux collègues pour recueillir leurs avis ;
- Modifications si nécessaires lors d'une nouvelle réunion du groupe de travail ;
- Présentation et validation du dossier de soin par le service QUAPRI et la direction des soins ;
- Et enfin mise en pratique.

i) La 6^{ème} réunion : le 24 novembre 2009

Après avoir laissé un exemplaire du futur dossier de soin pendant un mois à la nurserie de Saint Pierre pour que les différents agents donnent leurs avis, nous avons fait une réunion afin de prendre en compte les remarques et les propositions.

Les retours que nous avons eus ont été peu nombreux mais très pertinents, cela a permis à notre groupe de travail de revoir certains points et de retravailler une dernière fois la mise en forme.

Le dossier de soin final se trouve en annexe 7.

6. La synthèse du travail du groupe

Cette expérience de travail en groupe m'a amenée à plusieurs constats pouvant être utiles pour l'animation des groupes futurs.

Points positifs :

- Notre groupe a évolué au fil des séances entre 6 et 8 personnes. Cette taille semble être « idéale » : nous étions assez nombreuses pour que les échanges soient riches mais pas trop pour que les réunions restent productives.
- La pluralité du groupe a été la plus grande force de ce travail. À chacune de nos réunions tous les corps de métier ont été représentés et ont exprimé leur point de vue. Cette implication permet de concevoir un outil compréhensible et utilisable par tous.
- Le travail en sous-groupes avec restitution à l'ensemble du groupe s'est révélé être une option intéressante, permettant un gain de temps.
- La présence systématique de quelques personnes à toutes les réunions a maintenu une cohérence dans le travail.
- Obtenir un premier retour d'expérience de toute l'équipe avant de clôturer le travail a permis de proposer un outil plus adapté.

Points négatifs :

- Il a été impossible d'avoir toujours les mêmes personnes à chaque séance compte tenu des plannings décalés, des congés annuels et des impératifs de chacune.
- Certains membres de l'équipe ont regretté de ne pas avoir été invités aux réunions. En effet après l'annonce de départ faite dans le cahier de transmissions, les dates des réunions suivantes étaient décidées par le groupe de travail et n'étaient pas affichées dans le service. Peut-être serait-il judicieux, si un nouveau groupe de travail se met en place, d'informer tous les membres de l'équipe de chaque réunion ?

Troisième partie :
Evaluation et perspectives

L'évaluation de notre travail est prévue en plusieurs étapes :

- Présentation des conclusions du groupe de travail aux supérieurs hiérarchiques, aux collègues et aux institutions compétentes ;
- Enquêtes de satisfaction auprès des patientes et du personnel.

Ces différentes phases n'ont pas pu toutes être réalisées dans le temps du travail de mémoire et sont programmées dans les mois à venir.

1. La présentation du dossier de soin à notre hiérarchie

À Saint Pierre, trois membres du groupe ont pris rendez-vous avec le cadre de la nurserie afin de lui présenter notre travail. Notre projet a reçu un très bon accueil et nous avons convenu de laisser un exemplaire du dossier de soin à la nurserie pendant un mois afin que tous les membres de l'équipe puissent le consulter et noter leurs remarques.

À Saint Louis, nous avons présenté notre travail à la cadre du service en même temps qu'à l'équipe lors d'une réunion de service.

2. La présentation du dossier de soin à l'équipe

a) Avant de finaliser le projet

Les différentes équipes de Saint Pierre et Saint Louis ont été consultées avant de faire valider le dossier de soin par la direction des soins infirmiers.

À Saint Pierre, il était difficile de présenter le futur dossier de soin car le personnel est très nombreux. Les agents travaillant à la nurserie ont pu le consulter pendant un mois et utiliser la feuille jointe pour nous transmettre leurs remarques, commentaires et propositions.

À Saint Louis, l'équipe étant plus petite, la présentation s'est faite lors d'une réunion de service.

b) Après la finalisation du projet

Nous avons présenté le dossier de soin bébé à la nurserie de Saint Pierre lors d'une réunion de service le 25 janvier 2010. Les agents présents ont été informés et ont pu poser des questions sur l'utilisation pratique du dossier. Une crainte exprimée est la possible difficulté des mamans à remplir la feuille de température.

3. La réunion avec QUAPRI : le 16 décembre 2009

Un membre du service QUAPRI a reçu deux représentants de notre groupe de travail et a transmis le dossier de soin bébé au groupe « dossier de soin » de la direction des soins. Après examen, ce groupe a donné son accord pour la diffusion. Le dossier de soin bébé a été mis en service à partir du 1^{er} février 2010.

4. L'évaluation du dossier de soin

Nous projetons de mener une enquête auprès du personnel de la nurserie, six mois après la mise en place de ce nouveau dossier, soit durant le mois d'août 2010. L'analyse des retours du questionnaire (cf annexe 8) permettra au groupe de travail d'améliorer le dossier de soin bébé pour faciliter son utilisation.

5. L'évaluation du document ressource

C'est le document qui nous semble le plus difficile à évaluer, en grande partie car il s'adresse aux mamans après leur sortie de la maternité et qu'il peut leur être utile tout au long de l'allaitement soit pendant plusieurs mois, voire plusieurs années.

Plusieurs possibilités ont été envisagées :

- Rappeler les mères à un mois ou à trois mois après la sortie du service. Cependant, il est possible que les mères utilisent le document plus tardivement, par exemple, pour chercher de l'aide lors du sevrage ;

- Interroger les mamans plus tard, six mois ou un an après l'accouchement ; il y a alors le risque d'un biais de mémorisation qui ne nous permette pas d'avoir un retour précis sur l'utilisation de ce document ;
- Analyser les statistiques de consultations en PMI ; cette voie s'est révélée impraticable car autant les consultations sont soigneusement comptabilisées, autant le motif de consultation n'est pas précisé sur le registre.

Nous prévoyons finalement de solliciter l'AREAM pour voir si l'association constate une augmentation des appels provenant de la zone couverte par le GHSR. L'évaluation annuelle de la ligne d'écoute d'AREAM se fait à partir de « papillons » que remplissent les écoutantes pour chaque appel. Elles notent la date, le motif de l'appel, la durée de l'appel, le lieu d'où provient l'appel, la maternité où a accouché la maman et l'âge de l'enfant.

L'évaluation du document ressource ne sera pas complète car l'AREAM n'est pas la seule ressource citée sur le document, et que les femmes des milieux défavorisés ont peu tendance à contacter une association.

6. L'évaluation du bulletin d'information

Six mois après sa mise en place, soit au mois d'avril 2010, nous projetons d'évaluer l'impact du bulletin d'information par un questionnaire auprès des mères (annexe 9). Ce questionnaire sera distribué pendant le séjour en maternité et récupéré avant le retour à domicile.

7. Perspectives

Un changement de pratique reste fragile longtemps et a besoin d'être entretenu. Le groupe de travail est un moyen d'entretenir la motivation, de maintenir une dynamique et une réflexion.

Il reste encore de nombreuses actions à mener en matière d'allaitement maternel au GHSR. De la salle de naissance, où le contact peau à peau est peu pratiqué, au séjour en maternité où les biberons de compléments sont encore très présents, à la réanimation néo-natale où le lait maternel est jeté au bout de 12 h, il y a encore de

nombreux domaines de travail possibles. Le maintien d'un groupe de travail sur l'allaitement est tout à fait pertinent au GHSR.

Il nous apparaît nécessaire de mettre en place une stratégie coordonnée pour le soutien de l'allaitement maternel. La rédaction d'une charte de l'allaitement et la formation de l'ensemble du personnel semblent être un bon départ pour s'inscrire dans ce projet.

Pour que le groupe de travail se maintienne, certaines conditions sont nécessaires :

- La motivation des membres du groupe à continuer à travailler ensemble ;
- Des restitutions régulières à toute l'équipe ;
- Un soutien logistique de la part de notre hiérarchie, mise à disposition d'une salle de réunion, libération des agents pour les réunions, comptabilisation des heures de réunions en heures travaillées, mise en place systématique de réunions de restitution des formations sur l'allaitement...
- Une reconnaissance du travail effectué et de notre « expertise » en matière d'allaitement, notamment en consultant le groupe sur l'aménagement, le fonctionnement des nouveaux locaux et le matériel spécialisé (lits favorisant la cohabitation mère-enfant, tire-lait efficaces...)

Conclusion

Ce mémoire est la synthèse d'un groupe de travail interprofessionnel sur l'allaitement maternel qui s'est réuni pendant un an. Dans le cadre de la création du pôle Femme-Mère-Enfant ce groupe a travaillé sur des documents communs facilitant l'information en prénatal, l'accompagnement pendant le séjour et le soutien après la sortie.

Les objectifs initiaux ont été globalement atteints. Nous avons pu réaliser les différents supports souhaités :

- Un bulletin d'information à destination des parents présentant le contact peau à peau et la tétée précoce ;
- Un document ressource visant à informer les parents sur les différents soutiens possibles après la sortie de la maternité.

Le groupe a considéré que le dossier d'allaitement initialement prévu risquait d'occasionner une charge de travail supplémentaire. Finalement le dossier de soin bébé a été modifié pour intégrer des critères sur l'efficacité de l'allaitement.

Nous avons également modifié la feuille de température bébé pour permettre à la mère de noter elle-même le rythme des tétées et les données d'élimination de son enfant.

Outre le travail effectué et les supports réalisés, c'est également la richesse du groupe qui retiendra notre attention. Nous avons su créer une dynamique de travail entre deux équipes ayant des fonctionnements différents et organiser une réflexion commune afin d'harmoniser et d'améliorer nos pratiques autour de l'allaitement maternel. Cette expérience illustre la motivation des équipes à travailler ensemble dans la perspective de la création du pôle Femme-Mère-Enfant.

Nous espérons que le groupe de travail « allaitement maternel » va se maintenir au-delà de cette première année avec de nouveaux objectifs.

Nous souhaitons également ouvrir notre groupe de travail aux services de pédiatrie afin de travailler ensemble au sein du pôle Femme-Mère-Enfant sur toutes les questions d'allaitement.

Annexes

Annexe 1

Enquête allaitement maternel GHSR septembre 2007

Enquête allaitement maternel GHSR septembre 2007

Madame,

Dans le but d'améliorer la prise en charge de l'allaitement maternel au sein à la maternité, nous menons une étude auprès des mamans. Aussi nous vous adressons ce questionnaire. Il sera à remettre au personnel du service avant votre sortie.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration.

1. Quel âge avez-vous ? :
2. Nombre de grossesses antérieures à la grossesse actuelle :
3. Avez-vous déjà allaité ? :
Si oui : Nombre :
 : Durée :
 : Difficultés :
4. Comment avez-vous accouché ?
 - a. par voie basse
 - b. par césarienne
 - c. par voie basse avec instruments
(ventouse, forceps..)
 - d. autres (précisez svp)

- ### 5. Comment nourrissez-vous votre bébé ?

- a. au sein
- b. au biberon
- c. au biberon et au sein

Pourquoi ?

.....

.....

6. Avez-vous eu votre bébé en peau à peau immédiatement après la naissance :
Si oui, combien de temps :

7. Avez-vous été séparé de votre bébé à la naissance?:

Si oui, pourquoi ?

- hospitalisation en néonatalogie
- nurserie
- autres (précisez svp)

.....

8. En maternité avez-vous gardé votre bébé avec vous la nuit :

Si non, pourquoi ?

9. La première tétée ou mise au sein a eu lieu au bout de combien de temps ?

Pourquoi ?

- a. Première ½ heure :
- b. De ½ heure à 2 heures
- c. entre 2 et 8 heures
- d. plus de 8 heures

10. Votre bébé a-t-il eu un biberon au cours des premiers jours ?:

Si oui il s'agissait d'un biberon de :

- Lait
- Eau
- Glucosé 5 ou 10%
- Dextrine Maltose :
- autres (précisez svp)

Pourquoi ?.....

.....

.....

11. Avez-vous eu des informations concernant l'allaitement maternel ?

- a. Oui
- b. Non

Si oui, qui vous a donné ces informations ? :

Et à quel moment ?

- a. Pendant la grossesse actuelle
- b. Au cours d'une grossesse antérieure
- c. A la maternité
- d. Autre (précisez svp)

.....

.....

12. Combien de temps avez-vous l'intention d'allaiter ?

- a. moins de un mois
- b. entre un et trois mois
- c. entre trois et six mois
- d. entre six mois et un an
- e. plus d'un an

13. Avez-vous rencontré des difficultés au moment de la mise en place de l'allaitement ?

a. oui

b. non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

14. Avez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge de l'allaitement maternel à la maternité ?

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

Seriez-vous d'accord pour participer à un complément d'enquête dans 3 mois ?

Si oui, veuillez nous laisser vos coordonnées :

- Nom :
- Adresse :
- N° de Tel :

Merci de votre participation

Annexe 2

Protocole d'accueil du nouveau-né bien portant en salle de naissance

Destinataires :

Pédiatres, obstétriciens, sages-femmes, auxiliaires puéricultrices, aides-soignantes intervenants sur le site de Saint Louis.

Cadre Supérieur Sage-femme, Cadre Sage-femme d'Unité d'Obstétrique de Saint Louis, Chef de service de Gynécologie Obstétrique, Responsable d'Unité Obstétrique de Saint Louis,

Personnel du bloc opératoire de Saint Louis.

Le groupe promotion et soutien de l'allaitement maternel au GSHR.

Acteurs	Nom, Prénom ou Groupe	Fonction et Service	Date	Signature
Rédacteur(s)	Dr ROGE-WOLTER JULIEN Chrystel	Pédiatre responsable de la maternité. Sage-femme		
Approbateur(s)	Dr ROBILLARD Dr BARAU Dr GABRIELE Dr ROGE –WOLTER C. DIEUDONNE C. SOMON PAYET	Chef de service de néonatalogie et réanimation pédiatrique Responsable du pôle mère enfant, Chef de service gynécologie obstétrique Obstétricien responsable de la maternité de Saint louis. Pédiatre responsable de la maternité Cadre de pôle. Sage-femme cadre supérieur Sage-femme cadre maternité Saint-Louis		
Valideur(s)	Dr ROBILLARD Dr BARAU	Chef de service de néonatalogie et réanimation pédiatrique Responsable du pôle mère enfant, Chef de service gynécologie obstétrique		

SOMMAIRE

1. Objet
2. Domaine d'application
3. Documents de référence/ Documents associés
4. Définitions/ Abréviations
 - 4.1 Définitions
 - 4.2 Abréviations
5. Description
 - 5.1 Nouveau-nés pouvant bénéficier du peau à peau en salle de naissance
 - 5.2 Les contre-indications
 - 5.3 Préparation de l'accueil
 - 5.4 L'accueil du nouveau-né par voie basse
 - 5.5 L'accueil du nouveau-né après naissance par césarienne

5.6 Cas particulier du nouveau-né de faible poids de naissance

5.7 Gestes différés à la fin de la période de peau à peau

6. Evaluation

7. Compléments d'informations

1 – OBJET

- Faire évoluer les pratiques d'accueil du nouveau né présumé bien portant en salle de naissance, en tenant compte des nouvelles connaissances scientifiques sur les compétences et la sensorialité du nouveau né et leurs implications dans la relation mère enfant.

Un nouveau protocole d'accueil du nouveau né intégrant ces nouvelles données doit permettre :

- D'encourager le peau à peau précoce et prolongé entre la mère et son enfant tout en assurant leur sécurité et favoriser ainsi le démarrage de l'allaitement maternel.
- De faire les gestes médicaux nécessaires au moment où ils perturbent le moins la relation mère enfant.
- De renoncer aux gestes médicaux inutiles.

2 – DOMAINE D'APPLICATION

Salle de naissance, site de Saint louis.

Initialement instauré et testé sur le site de Saint louis ce travail s'inscrit dans une approche plus globale et pourra être étendu sur le site de Saint pierre, voir adapté en fonction des besoins spécifiques du service.

3 – DOCUMENTS DE REFERENCE / DOCUMENTS ASSOCIES

- OMS / UNICEF : 1989 : 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel.
- OMS / UNICEF 1991 : Programme international IHAB.
- Rapport ANAES mai 2002 : Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant.
- HAS : juin 2006 : Favoriser l'allaitement maternel : Processus - Evaluation.
- PNNS 2006-2010. Recommandations liées à la maternité, promotion de l'allaitement maternel page 35, 36.
- Journée COFAM : accueil du nouveau né en salle de naissance 2007. Mme Gisèle GREMMO FEGER CHU. BREST.
- Protocole d'accueil du nouveau né présumé bien portant en salle de naissance. Réseau Sécurité Naissance PACA est- Haute Corse- Monaco, protocole validé le 07 février 2007.

- Soins au nouveau-né normal de plus de 36 SA et sans pathologie dans les 2 premières heures « Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire. Validé le 15 septembre 2006.
- Accueil du nouveau né en salle de naissance. Les dossiers de l'allaitement avril- mai-juin 2002, Lech league Mme Gisèle GREMMO FEGER.
- Le démarrage de l'allaitement maternel, semaine mondiale de l'allaitement maternel 2007. Livret thématique.
- Le peau à peau à la naissance, incidence sur la durée et la fréquence de l'allaitement. Mémoire de DU d'allaitement maternel Béatrice CHAUVIERE septembre 2002.

4 – DEFINITIONS / ABREVIATIONS

4.1. Définitions :

- Peau à peau à la naissance: il s'agit de mettre le nouveau-né nu contre la peau de sa mère sans interposition de tissu, immédiatement après la naissance et de maintenir ce contact aussi longtemps que la mère le désire.
- Nouveau-né présumé bien portant : ce sont les nouveau-nés indemnes de toute détresse selon les critères de l'ILCOR (voir détails description chapitre 5.1)

4.2. Abréviations

RCUI : retard de croissance intra utérin

ATCD : antécédent

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SA : Semaine d'aménorrhée

PNNS : Programme national nutrition santé

COFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel.

ILCOR : International liaison committee on resuscitation.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés.

5 – DESCRIPTION

Accueil du nouveau né bien portant en salle de naissance

5.1. Nouveau-né pouvant bénéficier du peau à peau dès la naissance :

Ce sont les nouveau-nés indemnes de toute détresse selon les critères de l'ILCOR, c'est à-dire :

- Vigoureux avec cri immédiat.
- Avec mouvements respiratoires amples et réguliers sans

- encombrement.
- Ayant une activité cardiaque > à 100 à l'auscultation à 1 minute.
- Avec installation rapide d'une coloration rose.
- Présentant une bonne réactivité à la stimulation.

5.2. Les contre-indications :

Les contre-indications certaines :

- Les malformations à risque de décompensation (diagnostic anténatal ou découverte néonatale)
- Toutes difficultés d'adaptation à la vie extra utérine. (détresse respiratoire, cyanose, encombrement, hypotonie)
- Anomalies profondes et prolongées du rythme cardiaque fœtal associé à un score d'apgar < 7 à 1 mn.
- Imprégnation maternelle chronique par un ou des produits potentiellement dépresseurs respiratoire (benzodiazépines, morphiniques).
- Analgésie de moins de 4 heures en péripartum (Nubain, Dolosal).

Situations représentant une contre indication éventuelle, à analyser au cas par cas:

- Terme < 36 SA.
- Liquide amniotique méconial.
- Chorio-amnionite probable ou certaine.
- Traitement maternel par bêta bloquants si la fréquence cardiaque est inférieure à 120 à 1mn.

Certaines situations ne présentent pas par elle-même de contre indication en l'absence de détresse associée :

- RCIU > 5^{ème} percentile. Macrosomie.
- Nouveau-né à risque d'hypoglycémie
- Nouveau-né à risque infectieux en dehors de la chorioamnionite.
- Césarienne
- Extraction instrumentale

5.3. La préparation de l'accueil :

- Les modalités d'accueil du nouveau-né doivent être abordées avec la mère et le père avant la naissance.
- Le peau à peau n'est pas réservé aux mères qui souhaitent allaiter. Lorsqu'une mère a choisi l'allaitement artificiel, ce choix n'est pas contradictoire, si elle le désire, avec un peau à peau précoce et prolongé, associé ou non à une première tétée au sein.
- Le peau à peau ne doit pas être imposée à la mère qui peut le refuser ou l'interrompre à tout moment.

En pratique :

- Du linge chaud et un bonnet doivent être prêts.
- Idéalement la température de la pièce doit être supérieure à 20°.
- La lumière doit être douce mais la pénombre est à proscrire.

5.4. L'accueil du nouveau-né par voie basse :

- A la naissance, l'enfant est posé sur le ventre de sa mère :

- Il est séché avec des linges chauds.
- Un examen clinique minimum est pratiqué pour confirmer l'absence de malformation évidente ou de détresse :
 - Vigueur du premier cri
 - Respiration ample et régulière, sans encombrement
 - Fréquence cardiaque > 100 à 1 minute avec absence
 - Teint rose à 1 minute.
 - Bonne réactivité à la stimulation.
- Sa tête est recouverte d'un bonnet
- Le clamp de BARR est mis en place sur le cordon.
- Les gestes et traitements de routines (vérification des choanes et de la perméabilité de l'œsophage, mensurations, collyre, vitamine K) ne seront pratiqués que sur des critères individuels et différés dans la mesure du possible après le peau à peau.
- Le prélèvement gastrique pour examen bactériologique peut-être effectué si le contexte infectieux l'impose, sur le ventre de la mère à l'aide d'une seringue ou du système d'aspiration.
- L'enfant est recouvert d'un linge chaud, mais il doit être libre de ses mouvements, son visage doit rester visible et son nez bien dégagé.

- Par la suite :

- L'intimité de la mère et de l'enfant doit être préservée.
- Le nouveau-né doit être libre de gagner par lui-même le sein de sa mère et celle-ci est libre de l'aider à son grès ; il ne s'agit pas d'une mise au sein active faite par le personnel et aucun soignant ne doit interférer pendant cet échange sauf demande contraire de la mère. (Changement de position, aide lorsque le nouveau-né se montre prêt à téter)
- La durée de cette période de peau à peau est fonction du désir de la mère.
- La surveillance du nouveau-né durant cette période si elle doit restée discrète doit néanmoins demeurer efficace :
 - Une lumière douce mais suffisante est indispensable
 - Demander à la mère, à son conjoint ou à toute personne qui l'accompagne, de rester vigilant surtout si l'enfant s'endort. Le nez doit toujours être dégagé.
 - La coloration, le tonus et l'activité spontanée doivent être régulièrement évalués, au minimum toutes les 15 minutes.

- En cas de doute sur une anomalie du comportement, une stimulation douce doit vérifier sa réactivité.
- La surveillance doit être renforcée pour les mères primipares et lorsque la mère s'assoupie.

5.5. L'accueil du nouveau-né après naissance par césarienne :

La naissance par césarienne n'implique pas, par elle-même, plus de gestes invasifs que la naissance par voie basse (aspiration par exemple).

La naissance par césarienne n'est pas en soi une contre-indication à la pratique du peau à peau.

Il n'y a pas de contre indication, à priori, à installer un nouveau-né, auprès de sa mère, en salle de réveil :

- Lorsque celui-ci n'a nécessité aucune manoeuvre de réanimation et ne comporte aucun risque particulier.
- Lorsque l'état de la mère le permet.

Cependant la surveillance doit alors être assurée par le personnel du bloc. Ce personnel doit donc être informé des modalités de surveillance et des signes d'alerte. Lorsque la mère n'est pas disponible, le peau à peau peut être proposé au père. Le peau à peau avec la mère peut être différé, il demeure bénéfique.

5.6. Cas particulier du nouveau-né de faible poids de naissance :

Le faible poids n'est pas une contre indication au peau à peau, bien au contraire (meilleure régulation thermique). Par contre il impose certaines précautions particulières.

- La pesée et l'examen doivent être effectués précocement, pour pouvoir décider d'un transfert éventuel en néonatalogie. Le peau à peau devra donc être interrompu quelques minutes pour ces vérifications.
- Même dans l'attente d'un transfert, l'enfant peut être remis en peau à peau. Une surveillance par oxymétrie peut alors être conseillée.
- Le premier repas doit avoir lieu au cours des deux premières heures nécessitant parfois une stimulation de l'enfant pour la première mise au sein.

5.7. Gestes différés à la fin de la période du peau à peau :

- La désobstruction des voies aériennes et la vérification de la perméabilité des choanes et de l'œsophage doivent être pratiquées sur des critères individuels et non de façon systématique.

- La vérification de la perméabilité des choanes à l'aide d'une sonde, dans les minutes qui suivent la naissance, est réservée aux nouveau-nés asphyxiques

Une atrésie unilatérale des choanes doit être dépistée à distance de la naissance par une technique non invasive.

Le souffle respiratoire est repéré en plaçant devant chacun des orifices nasaux :

- Soit une mèche de coton qui frémit au passage de l'air.
- Soit un miroir sur lequel se condense l'humidité expirée.

- La vérification de la perméabilité de l'œsophage :

- Est obligatoire lorsqu'il existe un signe d'appel prénatal : (hydramnios, petit estomac) ou si le nouveau-né présente une détresse respiratoire ou une hypersalivation mousseuse.
- Elle peut être facultative en l'absence de ces signes (si elle est pratiquée à titre systématique elle doit être différée après la période du peau à peau.)
- La technique consiste alors à introduire par la bouche une sonde gastrique ou une sonde d'aspiration fine (6F), réchauffée pour l'assouplir, et à vérifier qu'elle atteint l'estomac par un test à la seringue.

- Tous les autres soins doivent être pratiqués à distance de la naissance, à la fin de la période de peau à peau. Qu'il s'agisse :

- Des mensurations.
- De l'administration de collyre
- De l'administration de vitamine K
- De la prise éventuelle de température en axillaire.
- De l'examen clinique complet l'examen clinique minimum immédiat n'ayant décelé aucune anomalie.

- La mesure de la glycémie capillaire chez le nouveau-né à risque d'hypoglycémie n'a aucune indication pendant cette période.

- En dehors du bain iodé immédiatement après la naissance dans le cadre des mesures de prévention de la transmission des virus herpès et VIH, la seule raison de donner un bain au nouveau-né le jour de la naissance est une demande maternelle.

6 – EVALUATION

Le groupe «promotion et soutien de l'allaitement maternel au GSHR » prévoit une évaluation sous forme d'une enquête auprès des mamans et du personnel soignant 6 mois après le début de l'instauration de ce protocole, avant de l'adapter éventuellement à la maternité de Saint pierre.

Puis réévaluation et actualisation une fois par an par les rédacteurs et approbateurs.

7 – COMPLEMENTS D'INFORMATIONS

Document d'information rédigé par le Dr ROGE-WOLTER, à destination du personnel soignant de la maternité de Saint louis, pour préparer la mise en place du protocole.

LE PEAU A PEAU A LA NAISSANCE POURQUOI LE FAVORISER :

L'évolution des connaissances scientifiques doit permettre de faire évoluer nos pratiques.

Or ces 40 dernières années, de nombreux travaux dans le domaine de la sensorialité fœtale et néonatale et l'observation des comportements à la naissance, nous ont beaucoup appris sur les instincts, les compétences et l'adaptation des nouveau-nés.

Ces travaux ont montré en effet que **les systèmes sensoriels (l'audition, l'odorat, la vue, le toucher) sont fonctionnels bien avant la naissance et qu'ils permettent d'enregistrer des informations et de les mémoriser, préparant ainsi les interactions post natales.**

A la naissance les systèmes physiologiques d'adaptation vont permettre au corps du nouveau né de passer de la vie intra utérine aquatique à la vie extra utérine aérienne. Mais **c'est la sensorialité qui va instaurer une continuité entre les deux mondes.**

Les repères sensoriels auxquels il a été exposé in utéro, vont permettre au nouveau-né de reconnaître une présence, contre sa mère peau à peau, il va retrouver le toucher, l'enveloppement, les goûts et les odeurs (le colostrum a les mêmes qualités gustatives et odorantes que le liquide amniotique), la musique vocale, les bruits respiratoires, le rythme du cœur de sa mère....Le nouveau-né découvre alors le monde comme une forme nouvelle de son monde antérieur.

On comprend alors que **ce fil de continuité est au mieux préservé par un contact peau à peau initié dès les premières minutes de vie. Grâce à ces repères sensoriels le nouveau-né va se sentir sécurisé, il va rapidement s'apaiser.**

On comprend également pourquoi toute séparation brutale du nouveau-né d'avec sa mère réalise un stress particulièrement angoissant, responsable des cris de désespoir du nouveau-né, placé sur la table de réanimation, sur un matelas dur et froid, avec une lumière vive dans les yeux et agressé par de multiples aspirations. Mais curieusement ces cris de désespoir rassurent toute l'équipe soignante !

Mais que ce passe t'il exactement lorsque l'enfant est laissé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance.

Immédiatement après une naissance normale, le **taux de catécholamines** dans le sang du nouveau-né est vingt fois plus élevé que celui d'un adulte au repos. Cette décharge a une fonction d'adaptation physiologique (déclenchement des grandes fonctions vitales) mais aussi une **fonction comportementale.**

Si la mère n'a pas été trop séditée, le nouveau-né après une période de repos en état de veille calme pouvant durer quelques minutes, va se retrouver dans un **état de vigilance exceptionnelle** où il va être particulièrement **attentif et apte à communiquer.** Il commence alors une **activité oculomotrice impressionnante.** Même si le sein est à portée de sa bouche il sera d'abord beaucoup plus intéressé par le visage de sa mère et surtout par ses yeux : il a les pupilles dilatées (si la lumière n'est pas trop vive), son regard devient concentré, intense, profond. Puis le bébé va fixer la forme ronde et contrastée du mamelon qui commence à dégager une odeur évoquant le liquide amniotique (on sait que le nouveau-né a une attirance particulière pour les formes rondes et les contrastes). Il **écoute, regarde, sent**, il commence à faire des grimaces avec la bouche, à bouger ses lèvres et sa langue, à suçoter ses doigts imprégnés de liquide amniotique. Puis il va débiter une **activité motrice bien organisée** qui va lui permettre de **ramper jusqu'au sein** odorant en utilisant sa **force musculaire** et **son réflexe de marche** pour se propulser par petites poussées, entrecoupées de périodes de repos (**réflexe de reptation**). Il atteint le sein, bouge la tête de droite à gauche, se place sur l'aréole en ouvrant grand la bouche, prend une large portion de sein en plaçant sa langue en bonne position, vers le bas et commence à téter de façon efficace (c'est le **réflexe de fouissement**).

Le moment de cette première tétée est très variable, l'ensemble du processus peut prendre **quelques minutes à une heure ou plus**, puis après cette activité impressionnante et émouvante va survenir une période de repos calme, et **à deux heures de vie la majorité des enfants ont fermé les yeux.**

Mais pendant tout ce temps la mère et le nouveau-né doivent **rester ensemble**, en **étant le moins dérangés possible**, car **ces réflexes sont fragiles** et facilement perturbés par des interférences extérieures comme l'aspiration gastrique, les soins de routine, la lumière vive et le bruit.

Beaucoup de bébés seront capables de se débrouiller seuls, c'est-à-dire de prendre le sein au moment où ils sont prêts à le faire, après un cheminement qu'ils effectuent seuls : ils décident donc eux-mêmes du moment où ils vont téter, il ne faut donc pas « les mettre au sein », on peut par contre **les aider quand ils montrent qu'ils sont prêts.** Certains bébés ne prendront pas le sein, se contenteront de frotter ou de lécher le mamelon, il est préférable de ne pas les forcer car cela peut induire un refus du sein ultérieur.

Le contact en peau à peau précoce et prolongé permet donc au nouveau-né de :

- Retrouver immédiatement ses **repères sensoriels rassurants**
- De **faire sa première tétée à un moment où il est biologiquement le mieux programmé pour bien faire et mémoriser.**
- D'autre part le froufrou du sein par le bébé induit des taux d'hormones très élevées ce qui **va faciliter le démarrage de la sécrétion/éjection du lait.**
- Il n'est donc pas étonnant que toutes les études prouvent que cette pratique influence positivement la qualité et la facilité de l'allaitement maternel ultérieur : **prise de sein plus efficace les premiers jours, durée d'allaitement augmentée.**

Mais ce contact a de nombreux autres avantages : c'est pourquoi il ne doit pas être réservé qu'aux mères qui souhaitent allaiter.

- **Il favorise l'adaptation thermique :** Les nouveau-nés en contact peau à peau ont une température axillaire et cutanée significativement plus élevée que ceux habillés puis laissés en berceau ou dans les bras de la mère. Le peau à peau en réduisant plus rapidement le stress induit par la naissance, entraînerait une action sympatholytique avec disparition plus rapide de la vasoconstriction périphériques et donc un réchauffement plus rapide des extrémités.

les études ont également mis en évidence que le peau à peau permet de réchauffer les

nouveau-nés à bas risque en hypothermie plus efficacement qu'en incubateur et avec moins de

pertes caloriques. Le peau à peau en maintenant une chaleur humide **diminue les pertes par**

évaporation entraînées par les lampes chauffantes souvent utilisées en maternité d'où **Diminution des pertes hydriques** et donc perte de poids moindre au cours des premiers jours.

- **Le contact peau à peau améliore le bien-être du nouveau-né et son organisation neuro-comportementale.**

Les études montrent que les nouveau-nés en peau à peau ont significativement beaucoup **moins d'épisodes de pleurs et que la durée de ces épisodes est bien moindre au cours des premières semaines.**

Les nouveau-nés ayant bénéficiés d'une heure de contact peau à peau ont comparativement une meilleure organisation neuro-comportementale : **plus de sommeil, plus de sommeil lent profond**, plus de mouvements et postures en flexion et moins de mouvements d'extension.

- **Le contact peau à peau favorise l'adaptation métabolique :** Glycémie plus élevée et correction plus rapide de l'acidose métabolique

- Le contact peau à peau a un **Effet analgésique** (diminution de 65 à 80% de la réaction à la douleur).

- Permet au nouveau-né d'être **d'abord colonisé par la flore bactérienne maternelle**, moins virulente que la flore hospitalière et contre laquelle le lait maternel contient des anticorps adaptés.

- **Facilite l'établissement du lien mère-enfant :** A la naissance la mère se trouve dans un état

de « préoccupation maternelle primaire », état d'hypersensibilité où sur le plan émotionnelle elle est exclusivement et entièrement disponible pour répondre à son bébé. Les études montrent que les bébés ayant bénéficié d'1/2 heure de peau à peau à la naissance sont moins souvent laissés en pouponnière et les mères passent plus de temps à leur parler.

Le peau à peau favorise la libération d'ocytocine dans le sang mais également en intracérébrale ou elle agit comme neurotransmetteur impliqué dans de nombreux mécanismes

comportementaux et notamment dans le **processus de l'attachement**.

La **reconnaissance par les parents des compétences de leur bébé** engendre généralement des **réactions favorables au lien mère-enfant** et le temps passé ensemble durant les premiers jours ont des conséquences très positives sur la qualité des soins donnés à l'enfant par sa mère et aussi sur les risques de maltraitance et d'abandon chez les mères de milieu socio-économique défavorisé.

Le contact peau à peau précoce est donc adaptatif, il facilite la transition entre la vie intra et extra-utérine.

A la lumière de ces connaissances nous devons faire évoluer nos pratiques et revoir de façon globale les routines de soins aux nouveau-nés en salle de naissance.

Beaucoup de gestes sont pratiqués systématiquement sur le nouveau-né, dès sa naissance.

Pour un certain nombre d'entre eux, des études cliniques convaincantes ont démontré qu'ils étaient inutiles et même délétères.

Un nouveau protocole d'accueil du nouveau-né intégrant ces nouvelles données doit donc :

- Favoriser le peau à peau précoce et prolongé entre la mère et son enfant tout en assurant leur sécurité.
- Faire les gestes médicaux nécessaires au moment où ils perturbent le moins la relation mère-enfant.
- Renoncer aux gestes médicaux inutiles.

Annexe 3

Note cahier de transmission Saint Louis

Afin de favoriser un bon démarrage de l'allaitement maternel et d'améliorer l'accompagnement que nous proposons, j'aimerais que nous mettions en place **un « dossier d'allaitement »**.

Ce dossier sera utilisé par tous, il est donc important qu'il soit issu d'une démarche collective, c'est à dire d'un groupe de travail associant chaque corps de métier (SF, AP, Puer, Pédiatre).

Les filles qui ont envie de s'engager dans cette action sont les bienvenues, elles peuvent se rapprocher de moi afin que je leur donne avant la première réunion quelques ressources type recommandations de l'OMS....

La première réunion aura lieu le **jeudi 23 avril à 13H30** en salle polyvalente.

Cordialement

CHRYSTEL JULIEN

Pour mener à bien ce projet, le groupe sera sûrement amené à se réunir plusieurs fois (aux alentours de 4). Ceci nécessite un engagement, qui j'espère, ne découragera pas les bonnes volontés....

Annexe 4

Document ressource recto et verso

Vous allaitez... quelques liens utiles

Maternités

À tout moment, vous pouvez vous rapprocher de votre maternité :

- Maternité de Saint Louis : 02 62 91 20 33 ou 02 62 91 20 46
- Maternité de Saint Pierre : 02 62 35 90 00 nurserie poste 54299

Association locale

AREAM (Association Réunionnaise pour l'Allaitement Maternel)

- Une cellule d'écoute téléphonique avec une conseillère en allaitement maternel vous renseignera au **02 62 35 16 94**, tous les jours même les week-ends.
- Pour rencontrer des bénévoles d'AREAM, vous pouvez vous rendre à la permanence d'accueil au pôle enfance de Saint Pierre, rue François Isautier, les mardis et jeudis de 9h00 à 11h30. Sur place, vous pourrez vous informer, vous aurez également la possibilité d'emprunter des livres ou des revues, ou d'acheter du matériel d'allaitement.
- Réunion d'allaitement tous les premiers mardis du mois à Saint Pierre et à Saint Denis.
- Renseignements : 06 92 76 29 36 ou aream974@orange.fr

Consultation d'allaitement

À l'hôpital de Saint Pierre, le Dr ROGE-WOLTER, pédiatre, reçoit les mardis, mercredis et jeudis après midi (Secrétariat 02 62 35 91 49). Au CHD, le Dr RAJAOFERA, pédiatre et consultante en lactation reçoit une fois par semaine (02 62 90 50 50).

Sage-femme libérale

Dès la sortie de la maternité, une sage-femme libérale peut venir à votre domicile vous soutenir dans votre allaitement, peser le bébé, répondre à vos questions.... Ces visites ne nécessitent pas de prescription médicale.

Protection Maternelle et Infantile

Dans tous les centres de PMI des professionnels de santé sont à votre disposition pour vous renseigner sur l'allaitement maternel.

Médecin

Vous pouvez également demander conseil à votre médecin traitant et/ ou à votre pédiatre.

Livres

- « Allaiter c'est bon pour la santé » Claude Didierjean-Jouveau
- « L'allaitement maternel » Claude Didierjean-Jouveau
- « La magie du nouveau-né » Dr Marshall H Klaus
- « Porter bébé » Claude Didierjean-Jouveau

Sites internet

- www.lilfrance.org
- www.coordination-allaitement.org
- www.santeallaitementmaternel.com
- www.solidarilait.org
- www.lelienlacte.com

Le saviez vous ?

Le lait maternel est l'aliment idéal pour le nourrisson, il contient tout ce qui est nécessaire à sa croissance.

La tétée a d'autres fonctions que nourrir le bébé, elle lui apporte des défenses immunitaires, ainsi que des moments de réconfort, de plaisir, d'échange et de tendresse.

Une maman qui allaite a souvent soif après avoir donné le sein. Boire à sa soif est suffisant pour avoir une bonne production de lait.

La plupart des bébés tètent fréquemment de jour comme de nuit, sans heure fixe, ni intervalle régulier.

Certains jours, les bébés peuvent réclamer le sein plus souvent. Généralement aux alentours de 3 semaines, 6 semaines, 3 mois, 6 mois.

Il est recommandé de ne pas donner de sucette ou de biberon au nouveau-né avant 6 semaines de vie afin d'éviter des difficultés d'allaitement.

A partir du 3^{ème} jour, un bébé bien nourri mouille ses couches 6 à 8 fois par 24h et a au moins 3 selles. Les selles d'un bébé allaité sont liquides et de couleur jaune d'or.

A partir de 6 semaines les selles peuvent être moins fréquentes (tous les 3 à 4 jours voir 1 par semaine) sans signes de constipation.

La grossesse et l'allaitement sont des occasions d'arrêter de fumer. Si la maman n'y parvient pas, elle peut allaiter, son lait restant l'aliment le plus adapté pour le bébé. Il est cependant préférable de fumer après la tétée.

L'allaitement à la demande permet au bébé de réguler ses besoins c'est une des conditions nécessaires à la réussite et à la poursuite de l'allaitement.

Les pleurs du bébé peuvent être calmés par le contact peau à peau.

Le lait maternel est suffisant pour un bébé allaité **à la demande**, il n'a pas besoin d'eau même en période de grosses chaleurs.

La femme qui allaite peut manger de tout, aucun aliment n'est à supprimer de son alimentation.

Il est possible de continuer à allaiter en reprenant le travail.

Le lait maternel peut se garder au réfrigérateur ou se congeler.

L'OMS recommande un **allaitement maternel exclusif** (sans eau, jus de fruit, tisane...) **pendant les 6 premiers mois**, et la poursuite de l'allaitement pendant 2 ans et au delà.

Il est possible de prendre un moyen de contraception tout en allaitant. Certains contraceptifs hormonaux (pilules) peuvent diminuer la quantité de lait s'ils sont débutés trop tôt après l'accouchement particulièrement avant 6 semaines.

Sachez que pendant les 6 premiers mois si la maman n'a pas eu son retour de couches, qu'elle **allaite exclusivement au sein**, au moins toutes les 4h le jour et 6 h la nuit et que le bébé ne prend ni sucette ni biberon, elle évite une nouvelle grossesse aussi efficacement qu'avec les contraceptifs prescrits pendant l'allaitement.

Les bébés ne font pas de caprice, s'ils réclament « les bras » c'est qu'ils ont besoin de contact, d'être portés, pour se sentir en **sécurité**.

Après la perte de poids normale des premiers jours l'enfant reprend son poids de naissance en une dizaine de jours.

Même quelques semaines d'allaitement maternel sont bénéfiques pour la santé de la mère et de l'enfant.

Annexe 5

Ancienne feuille de température - Nouvelle feuille de température

ETIQUETTE

NE(E) LE :/...../.....

SEXE : F M

POIDS :g

TAILLE :cm

PC :cm

APGAR :/...../.....

MECO : + -

URINE : + -

ALIMENTATION

SEIN BIBERON



MOIS DE :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
SURVEILLANCE POIDS/TEMPERATURE		38°										
		37°										
		36°										
		35°										
		34°										
SURVEILLANCE	SELLES											
	URINES											
	BILI FLASH											

Nouvelle feuille de température

Feuille température bébé NURSÉRIE											
ETIQUETTE		JOUR: Mois:									
		0	1	2	3	4	5	6			
Poids: g											
Apgar:/...../.....											
Méco + -											
Urine + -											
Alimentation SEIN BIB											
Peau à peau O N											
Immédiat O N											
Après séparation O N											
Durée:											
Mise au sein: Oui Non											
Tétée efficace: Oui Non											
Difficultés:											
		T é t é e s									
		Matin		Après midi		Nuit					
		01H 4H 8H 12H 16H 20H		01H 4H 8H 12H 16H 20H		01H 4H 8H 12H 16H 20H					
		4H 8H 12H 16H 20H		4H 8H 12H 16H 20H		4H 8H 12H 16H 20H					
Selles		Urines									

Annexe 6

Bulletin information

Dossier d'actualité : la méthode du peau à peau

Entretien avec le Dr ROGE WOLTER pédiatre à la maternité.

Qu'est ce que le « peau à peau » ?

Jusqu'à présent, tout de suite après sa naissance, le bébé était emmené par la sage-femme pour être aspiré, pesé, mesuré, puis rapidement habillé et mis dans son berceau. Or les études montrent que cette séparation brutale du nouveau-né d'avec sa mère est responsable d'un énorme stress, qui occasionne souvent de longs moments de pleurs qui sont de véritables cris de détresse.

On sait actuellement qu'il est possible d'améliorer l'accueil et le bien être du nouveau-né par la pratique du peau à peau, qui permet de ne pas séparer la mère et l'enfant à la naissance. Le nouveau-né est immédiatement placé nu sur la poitrine ou le ventre de sa mère sans interposition de tissu. Il peut rester ainsi, pendant les 2 premières heures de vie.

Quels sont les avantages du peau à peau ?

Le peau à peau améliore l'accueil du nouveau né en respectant ses besoins. Le contact de sa mère rassure le bébé, il va retrouver des sensations connues de sa vie intra-utérine (odeur, bruit du cœur, respiration de la maman...). Grâce à ces repères, le nouveau-né va se sentir sécurisé, il va rapidement s'apaiser.

La qualité du lien mère enfant qui s'établit à ce moment est unique et va faciliter le processus d'attachement.

Le peau à peau favorise également, le démarrage et la poursuite de l'allaitement maternel. Après la naissance le bébé est « programmé » pour prendre le sein et téter efficacement.

Après une 1^{ère} phase de repos et d'éveil calme, la majorité des bébés commence à saliver, à téter leur main, à ouvrir grand leur bouche, à bouger. Ils vont ensuite chercher le sein (qu'ils peuvent attraper seul quand ils sont prêts) et se mettre à téter. Cette première tétée est souvent longue et se termine par une phase de sommeil profond. Après cette première tétée précoce les bébés ont généralement moins de difficultés pour téter les premiers jours.

De plus, toutes les études montrent que les bébés placés en peau à peau à la naissance ont une meilleure et plus rapide adaptation à leur nouvel environnement (maintien plus efficace de la température, meilleure oxygénation, respiration plus régulière...) que s'ils sont habillés et placés en berceau.

D'autre part, ce peau à peau permet au nouveau-né d'être d'abord en contact avec les germes que porte sa mère, qui sont moins agressifs que les germes hospitaliers et contre lesquels le lait maternel contient des anticorps adaptés d'où un risque moindre d'infection.

A qui s'adresse ce peau à peau ?

Ce peau à peau participe à l'accueil bienveillant du bébé, il s'adresse à tout nouveau né en bonne santé que sa mère souhaite allaiter ou pas. A la maternité de Saint Louis, l'équipe à la volonté d'œuvrer dans ce sens et propose ce type accueil aux mamans qui le souhaitent.

En pratique comment cela se passe-t-il ?

A la naissance, le bébé est posé sur le ventre de sa mère. Il est d'abord séché avec un linge chaud, puis couvert d'un drap et d'une couverture, sa tête est recouverte d'un bonnet. Son visage et visible et son nez dégagé. Le bébé est ainsi laissé en contact peau à peau avec sa maman tant que celle-ci le souhaite.

Les soins habituels (aspiration, pesée, mensuration...) et les traitements seront différés, dans la mesure du possible, après le peau à peau et pratiqués sur des critères individuels (si nécessaire).

Le peau à peau n'est-il proposé qu'en salle de naissance ?

Non, il peut également être proposé en suites de couches. Il est intéressant dans plusieurs situations.

Lorsque l'enfant n'a pas pu téter en salle de naissance, il pourra être mis en peau à peau dès l'arrivée en suites de couches afin de favoriser sa première tétée.

Au cours des premiers jours, lorsque le bébé a du mal à se réveiller, qu'il ne tète pas assez (que ce soit au sein ou au biberon) ou qu'il n'arrive pas à se réchauffer, il est intéressant de mettre bébé en contact peau à peau. Cela va l'aider à se réchauffer et le stimuler pour un réveil en douceur. Inversement un bébé qui pleure beaucoup pourra s'apaiser et se calmer s'il est placé en peau à peau.

Pour les bébés prématurés, des séances de peau à peau sont proposées dès que l'état de l'enfant le permet, elles sont d'un grand réconfort pour l'enfant et pour sa mère.

A tout moment, simplement pour le plaisir de ce contact magique un parent peut pratiquer le peau à peau.

Sommaire:

- Dossier d'actualité :

La méthode du peau à peau

Entretien avec le

Dr ROGE-WOLTER

pédiatre à la maternité

- Les brèves

- Courrier des lecteurs :

Témoignages de parents



**Maternité de
Saint Louis**

Les brèves :



Lors d'une naissance par césarienne le bébé pourra être amené en salle de réveil pour qu'il puisse bénéficier du contact peau à peau et éventuellement faire sa première tétée.

Si la maman ne peut pas prendre son bébé en peau à peau, par exemple lors d'une césarienne le temps de terminer les soins, cela pourra être proposé au papa.

Les bébés ne sont pas baignés le jour de l'accouchement pour éviter qu'ils ne se refroidissent et limiter leur perte de poids.

Une maman qui ne veut pas allaiter peut, si elle le souhaite, donner une seule fois le sein en salle de naissance, cela s'appelle la tétée de bienvenue. Cela ne l'engage pas à redonner le sein ensuite.

Courrier des lecteurs :

Témoignages de parents....

Sophie maman de Kevin :

« C'est vrai que dès que mon petit est sorti de mon ventre on me l'a mis sur moi et on sent l'apaisement de bébé!!! quel moment inoubliable!!! que du bonheur! et d'ailleurs même à 2 mois 1/2 le peau à peau est toujours de bon moment! »

Dominique maman d'Elliot :

« Je le tourne vers moi quelques instants avant de le poser sur mon ventre... C'est un garçon. "Bonjour Elliott". Le voilà posé sur mon ventre. Le temps s'arrête, je le regarde pendant de longues minutes. »

Anaëlle et Pierre parents de Sonia

Anaëlle : « Je jubile : c'en est fini de la douleur, Sonia est née. La sage-femme l'enveloppe dans les serviettes chaudes et la pose contre moi. Elle se calme peu à peu et nous passons un long moment comme ça, le plus simplement du monde, à nous découvrir. C'est Sonia. Enfin, elle est là ! »

Pierre : « Nous pouvons la regarder, la sentir et lui parler tout à loisir. Nous lui souhaitons la bienvenue. Je lui promets que nous nous occuperons bien d'elle. Elle s'apaise, nous regarde dans la lumière tamisée. Tout est calme. Une pause à la suite de cette belle naissance. »

Marie reine maman de Lola :

« Je l'ai attrapée, la sage-femme m'a aidé, j'ai mon bébé sur le ventre, je fais que pleurer. MON DIEU c'est une fille, ! Elle est encore pleine de vernix, elle est toute chaude, toute à moi, elle est toute calme, elle a à peine pleuré... Le temps s'arrête, je la regarde, ses yeux sont grands ouverts. Elle finit par trouver le sein et se met seule à téter, sans qu'on l'ait aidée. La nature est bien faite quand on la laisse faire. Elle ne fait que téter pendant 1h15 ! »



Annexe 7

- **Macro cible d'entrée ancien dossier de soin**
- **Macro cible d'entrée nouveau dossier de soin**
- **Macro cible de sortie ancien dossier de soin**
- **Macro cible de sortie nouveau dossier de soin**
- **Ancienne feuille de surveillance**
- **Nouvelle feuille de surveillance intensive**
- **Nouvelle feuille de surveillance alimentation**

Ancien dossier de soins

TERME :	HEURE DE NAISSANCE :	POIDS :
---------	----------------------	---------

MACRO CIBLE D'ENTREE

M MALADIE	MERE
	Mode d'accouchement :
	Pathologies :
	BEBE
	Pathologies :
	Bactério : Oui ☐ Non ☐
	Etat cutané :
T THERAPEUTIQUES	Traitement de la mère :
	Traitement du Bébé :
E ENVIRONNEMENT	Alimentation Maternelle ☐ Artificielle ☐
V VECU	Apgar : - - Surveillance Intensive : OUI ☐ NON ☐
D DEVELOPPEMENT	

GROUPE RHESUS DE LA MERE :	GROUPE RHESUS DU BEBE :	COOMBS :
----------------------------	-------------------------	----------

SEROLOGIES DE LA MERE				
SERODIAGNOSTIC	RESULTATS	DATES	CONTROLES	DATES
Ag HBS				
TOXOPLASMOSE				
RUBEOLE				
RAI				
SYPHILIS				
HIV				

Nouveau dossier de soins

GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION **NOUVEAUX - NES NURSERIE**

Etiquette bébé



MACRO CIBLE D'ENTREE

TERME:		HEURE NAISSANCE:		POIDS:	
M MALADIE	MERE Grossesse: Simple ☐ Multiple ☐ Mode d'accouchement VB ☐ Siège ☐ Spatules ☐ Ventouse ☐ Césarienne ☐ Anesthésie: Sans ☐ APD ☐ Rachi ☐ AG ☐ Pathologies :				
	BEBE Pathologies : Signes de douleur: Non ☐ Oui ☐ Cotation EDIN: Bactério : Oui Non Etat cutané :				
T THERAPEUTIQUES	Traitement de la mère: Traitement du bébé:				
E ENVIRONNEMENT	ALIMENTATION: MATERNELLE ☐ ARTIFICIELLE ☐ Age de la mère.....ans G.....P..... ATCD allaitement Oui ☐ Non ☐ Si oui durée et vécu: Peau à peau en SDN Oui ☐ Non ☐ Si oui immédiat ☐ après séparation ☐ Mise au sein en SDN Oui ☐ Non ☐				
V VECU	APGAR: / / Surveillance intensive: Oui ☐ Non ☐ Difficultés d' allaitement repérées en SDN:				
D DEVELOPPEMENT	Problèmes sociaux et/ou familiaux: Autre:				
GROUPE RHÉSUS DE LA MÈRE:		GROUPE RHÉSUS BÉBÉ:		COOMBS:	
ROPHYLAC pendant la grossesse ☐					

Sérologies de la mère				
Sérodiagnostic	Résultats	Dates	Contrôles	Dates
Ag Hbs				
Toxoplasmose				
Rubéole				
Syphilis				
HIV				
RAI				

Ancien dossier de soins

GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION
NOUVEAUX - NES NURSERIE

étiquette bébé



MACRO CIBLE DE SORTIE OU DE TRANSFERT

GUTHRIE	Fait le : Par :	
	Autorisation signée ☐	
ALIMENTATION	Lait maternel ☐ 1er âge ☐ Pré ☐	
	Poids de sortie :	
SORTIE :	DESTINATION	
DATE/...../.....	Retour à domicile ☐	Mutation ☐ Lieu : - néonate ☐
HEURE :		- chir infantile ☐
		- St-Louis ☐
	Transfert : ☐	Lieu :
M MALADIE	Résumé D'hospitalisation:	
T THERAPEUTIQUES	DOCUMENTS REMIS : 1er certificat de Santé : ☐ Carton de guthrie: ☐ Fiche de transfert: ☐ Photocopie dossier soins ☐ Ordonnances : - soins d'hygiène ☐ - traitement ☐ - Examens ☐ AU SERVICE ☐ AUX PARENTS ☐ Carnet de Santé : ☐	
V & E VECU & ENVIRONNEMENT		
D DEVELOPPEMENT	CONSULTATION PREVUE : PEDIATRE : le CAMSP : le AUTRE : PMI Contact/Tel ☐ Faxé ☐	
	EXAMEN PREVUS : - Bilans sanguins ☐ - Radio ☐ - Echo ☐ - Autres ☐	
FAIT PAR :		

Nouveau dossier de soins

GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION NOUVEAUX - NES NURSERIE



Etiquette bébé

MACRO CIBLE DE SORTIE

GUTHRIE	Fait le : Par : Autorisation signée ☐	
ALIMENTATION	Lait maternel exclusif ☐ Mixte ☐ 1er âge ☐ Pré ☐ HA ☐ Poids de sortie :	
SORTIE DATE/...../.....	DESTINATION Retour à domicile ☐ Mutation ☐ Lieu : - néonate ☐ - chir infantile ☐ - St-Louis ☐ Transfert : ☐ Lieu : Fiche de transfert: oui ☐ non ☐	
M MAI ADIF	Signes de douleur: Non ☐ Oui ☐ Cotation EDIN RESUME D'HOSPITALISATION:	
T THERAPEUTIQUES	DOCUMENTS REMIS : AU SERVICE ☐ AUX PARENTS ☐ - Carnet de Santé : ☐ - Document ressource donné ☐ ORDONNANCES: - Soins d'hygiène ☐ - Traitement ☐	
V VECU & E ENVIRONNEMENT	La mère qui allaite : - connaît différentes positions d' allaitement ☐ - connaît la bonne position du bébé au sein ☐ - connaît les critères d'une bonne prise du sein ☐ - est informée de l'intérêt de l'AM exclusif 6 mois ☐ - est informée que l'allaitement mixte risque de baisser sa lactation ☐ - est informée de l'existence des "jours de pointes" ☐ - sait exprimer manuellement son lait ☐ La mère qui n'allait pas: - sait préparer un biberon ☐ - connaît les quantités de lait à donner ☐ - connaît la fréquence des tétées ☐	
D DEVELOPPEMENT	CONSULTATION PREVUE : - Médecin le - CAMSP : le - AUTRE : PMI Contact/Tel ☐ Faxé ☐ EXAMEN PREVUS : - Bilans sanguins ☐ Date : - Radio ☐ - Echo ☐ - Autres ☐	
FAIT PAR :		

Ancienne feuille de surveillance



Heure de Naissance : Heure d'Entrée :		Surveillance Nouveaux-nés - Nurserie																		
Surveillance Intensive		Date																		
		Heure																		
		FC																		
		FR																		
		SAO2																		
T° Capteur Axillaire		T.A.																		
		Visage																		
		ABD																		
		Extr																		
		BAN																		
Signes de DR		TIC																		
		Geignements																		
		Tonus																		
		Aspiration																		
		DRP																		
Soins spécifiques		Besoins en O2																		
		Dextro																		
		Surveillance spécifique																		
		Alimentation	Sein																	
			Pré																	
1ère âge																				
Autres																				
Selles																				
Elimination	Urines																			
	Rejets																			
	BTC																			
	BLI																			
	Intensive																			
Photothérapie	Conventionnelle																			
	Observations																			
Soignants																				

Nouvelle feuille de surveillance intensive

Etiquette bébé	Heure naissance: Heure d'entrée:	Surveillance Nouveaux-nés - Nurserie											
Surveillance Intensive	Date												
	Heure												
	FC												
	FR												
	SAO2												
	T.A.												
	T°	Capteur											
		Axillaire											
	Coloration	Visage											
		Extr											
Signes de DR	BAN												
	TIC												
	Geignements												
Tonus													
Soins spécifiques	Aspiration												
	Besoins en O2												
Surveillance dextro													
Surveillance spécifique													
Surveillance ictère	BTC												
	BILI												
	Photo intensive												
	Photo normale												
Observations													
Soignants													

Etiquette bébé		Surveillance comportement et alimentation nurserie									
Date/J											
Heure											
Comportement bébé											
Dort +++											
Eveil calme											
Pleure											
Très agité											
Algique											
Allaitement maternel											
Observation des seins	RAS										
	Crevasses										
	Anomalie bout sein										
	Engorgement										
	Lait (colostrum, ML...)										
Observation de la tétée	Autre										
	Position BB										
	Bouche grande ouverte										
	Lèvre inf retroussée										
	Succion ample										
Complément	Déglutition										
	Autre										
	Lait maternel										
	HA										
	Dextrine maltose										
Tire lait											
Expression manuelle											
Allaitement artificiel											
Biberon	1er age										
	Pré										
	Autre										
Eliminations											
Selles (M, T, J)											
Urines											
Rejets											
Observation											
Soignant											

Annexe 8

Questionnaire d'évaluation du dossier de soin.

Quelles sont vos impressions générales sur le dossier de soin bébé ?

Très bonnes....☐ Bonnes....☐ Mauvaises....☐ Très mauvaises....☐

Par rapport à l'ancien dossier de soin bébé, trouvez vous les macro cibles entrée et sortie sont :

Plus faciles à remplir.... ☐ Aussi faciles à remplir....☐
Moins faciles à remplir....☐

Pourquoi ?

Le macro cible d'entrée vous permet-il d'évaluer plus facilement les situations à risque pour l'allaitement ?

Oui ☐ Non ☐

Comment qualifieriez-vous la feuille de surveillance alimentation (plusieurs réponses possibles)

Très simple à remplir.....☐
Simple à remplir.....☐
Peu simple à remplir.....☐
Complexe à remplir☐
Efficace pour le suivi de l'allaitement.....☐
Peu efficace.....☐
Pas du tout efficace.....☐

Avez-vous rencontré des difficultés dans l'utilisation du dossier de soin bébé ?

Aucune.....☐
Si oui.....☐ lesquelles.....

Qu'aimeriez-vous trouver comme information qui n'y figure pas actuellement ?

Quels sont selon vous les points à améliorer ?

Annexe 9

Questionnaire d'évaluation du bulletin d'information

Madame,
Dans le cadre d'une étude sur la pratique du contact peau à peau, nous vous adressons ce questionnaire. Merci de la remettre à un membre de l'équipe après l'avoir complété. Nous vous remercions par avance de votre collaboration.

1. Avez-vous eu des informations sur le contact peau à peau entre la mère (ou le père) et le bébé juste après la naissance et dans les jours qui suivent ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui

2. Pouvez-vous citer quelques avantages du contact peau à peau :

3. Comment avez-vous eu l'information ? (plusieurs réponses possibles)

Lors des cours de préparation à l'accouchement..... ☐
Dans le bulletin d'information remis lors de la consultation d'anesthésie ☐
Dans des livres ☐
Sur internet..... ☐
Lors d'échange avec les professionnels de l'équip..... ☐
Lors d'échanges avec la famille, les ami(e)s..... ☐
Autre, Précisez.....

4. Avez-vous pratiqué le contact peau à peau avec le bébé ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui quand ? (plusieurs réponses possibles)

Tout de suite après l'accouchement..... ☐
Pendant votre séjour à la maternité..... ☐

Si non pourquoi ?

Je ne sais pas ce que c'est..... ☐
On ne me l'a pas proposé..... ☐
J'étais fatiguée..... ☐
Autre..... ☐

Bibliographie et lectures associées

¹ Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch pediatr 1998 ; 5 : 489-96.

² ANAES, L'allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf

³ DRASS. CODESS (Coordination de l'Observation des Etudes Sanitaires et Sociales). Tableau de bord de la précarité à la Réunion (avril 2008)

http://www.reunion.sante.gouv.fr/services/tdb_precarite.pfd

⁴ DRASS. L'enquête nationale périnatale 2003 à la Réunion : évolution et comparaison avec la métropole.

<http://www.reunion.sante.gouv.fr/services/perinatalite2003.pdf>

⁵ ORS Réunion REPERE. Tableau de bord sur la santé périnatale à la Réunion
Production des indicateurs PERISTAT

⁶ DREES. La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Avril 2008

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er632.pdf>

⁷ Tableau INSEE : personnels et équipements de santé. 2009.

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/dossiers/ter/ter-6-1-2_personnel_sante.pdf

⁸ DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)
Bazeli P, Catteau C. Etat de santé, offre de soins dans les départements d'outre-mer.
2001

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud14.pdf>

⁹ Robillard PY, Gerardin P. Rapport 2001-2009 du relevé épidémiologique périnatal
Sud-Réunion. Février 2010.

¹⁰ Source Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes de la Réunion. Communication orale.

¹¹ OMS, La Protection thermique du Nouveau-né. Maternité sans risque, WHO /RHT/MSM/97.2,1997
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM97_2/fr/index.html

¹² OMS. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement. 1999.
http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf

¹³ ILCA (International Lactation Consultants Association). Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement exclusif, 2006.
http://www.lactitude.com/text/Guide_ILCA.html

¹⁴ OMS/ UNICEF, « Le Conseil en Allaitement : Cours de formation ». WHO/CDR/93.3-5, 1993.
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/who_cdr_93_3/fr/index.html

¹⁵ OMS, La méthode mère-kangourou : guide pratique, WS 410 2003KA-1,2004
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241590351/fr/index.html

¹⁶ HAS. Favoriser l'Allaitement Maternel : Processus-Evaluation. Juin 2006.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf

¹⁷ OMS,UNICEF. Repères: Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. 1989
<http://www.unicef.org/french/sowc98/r051.htm>

¹⁸ Bayot I . L'observation d'une tétée. 2008
http://www.allaitementspm.com/confyrences_bayot_2008.php

Lectures associées :

Bayot I, Pour une vision globale de l'allaitement maternel. Formation Co-naître, 2005.
<http://www.co-naître.net/articles/approcheglobaleIB05.pdf>

Gremmo-Féger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Les Dossiers de l'Allaitement n°51, LLL France 2002.

Klaus M.H, Klaus P.H. La magie du nouveau-né. Ed. Albin Michel, La cause des bébés, 2000.

Leche league. L'art de l'allaitement maternel. Ed Broché.

Newman J, Pitman T. L'allaitement : Comprendre et réussir. Ed Broché, 2006.

Mohrbacher N. Traité de l'Allaitement Maternel. Ed La Leche League International. 2006

Turck D. Bénéfices santé, psychoaffectifs et économiques de l'allaitement maternel – Méd. et Enf., 2006 ; 26 : 493-9