

Où en est-on de l'information prénatale sur l'allaitement au Centre Hospitalier de Sélestat ?



Juliette LOUVIOT – Adèle RIT

Travail réalisé dans le cadre de la formation

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

CREFAM

Remerciements

À toutes les femmes enceintes qui ont accepté de participer à notre étude et qui ont souvent témoigné d'un grand intérêt pour notre travail,

Au Dr Laure Marchand-Lucas pour toutes ses suggestions pertinentes et ses nombreuses relectures,

À Danièle Bruguères, formatrice au CREFAM, pour la dernière relecture,

À Caroline Geiger, notre collègue, qui nous a soutenues tout au long de la formation au CREFAM et qui a su nous transmettre son enthousiasme,

À nos conjoints et nos enfants pour leurs encouragements et leur patience.

Table des matières

Introduction	4
I- Contexte actuel	6
1. Présentation de la maternité de Sélestat	6
2. Information prénatale	6
2.1. En France.....	6
2.2. Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB).....	6
2.3. Au Centre Hospitalier de Sélestat	8
2.3.1. Information écrite.....	8
2.3.2. Information orale.....	8
II- Méthodologie de l'étude.....	9
1. Type d'étude.....	9
2. Site de l'étude.....	9
3. Population.....	10
3.1. Critères d'inclusion	10
3.2. Critères de non-inclusion	10
4. Recueil des données	10
4.1. Méthode de recueil	10
4.1.1. Étude quantitative.....	10
4.1.2. Étude qualitative.....	11
III- Description des résultats	12
1. Enquête quantitative	12
1.1. Population de l'étude.....	12
1.2. Suivi de grossesse.....	13
1.2.1. Suivi médical.....	13
1.2.2. Entretien prénatal précoce	13
1.2.3. Consultation avec une sage-femme spécialisée du centre hospitalier.....	14
1.2.4. Consultation de lactation	14
1.2.5. Consultation pré-anesthésique.....	15
1.2.6. Séances de préparation à la naissance (PAN)	15
1.2.7. Discussion en individuel sur l'allaitement maternel	16
1.2.8. Protection Maternelle et Infantile (PMI).....	16
1.3. Recherches personnelles	16
1.4. Groupes de soutien	16
1.5. Entretien téléphonique.....	17
2. Entretiens.....	17
2.1. Connaissances sur l'intérêt de l'allaitement maternel	17
2.1.1. Intérêt de l'allaitement pour l'enfant.....	17
2.1.2. Intérêt de l'allaitement pour la mère	18
2.1.3. Autres points cités sur l'intérêt de l'allaitement.....	18
2.2. Démarrage précoce de l'allaitement maternel.....	19
2.2.1. Intérêt des moyens non-médicamenteux pendant le travail	19
2.2.2. Peau à peau.....	19
2.2.3. Besoins et compétences du nouveau-né	20
2.2.4. Importance de la tétée précoce	20

2.3. Pratique de l'allaitement maternel.....	21
2.3.1. Rythme des tétées.....	21
2.3.2. Intérêt des tétées fréquentes	21
2.3.3. Positions d'allaitement	21
2.3.4. Prise du sein adaptée	22
2.4. Cohabitation mère-bébé 24 h/24	22
2.5. Connaissance des recommandations de l'OMS	23
2.5.1. Connaissances sur la durée de l'allaitement.....	23
2.5.2. Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et usage des tétines et sucettes	23
2.6. Groupes de soutien	24
IV- Analyse des résultats.....	24
1. Biais et limites de l'étude	24
2. Notre population par rapport à la population générale.....	25
3. Diffusion de l'information	27
3.1. Suivi de grossesse.....	27
3.2. Séances de PAN	29
3.3. PMI.....	30
3.4. Recherches personnelles	31
3.5. Groupes de soutien	31
4. Contenu de l'information	33
4.1. Effets de l'allaitement maternel	33
4.1.1. Connaissances sur l'intérêt de l'allaitement pour la santé de l'enfant	33
4.1.2. Connaissances sur l'intérêt de l'allaitement pour la santé de la mère.....	33
4.1.3. Autres points cités sur l'intérêt de l'allaitement.....	34
4.2. Démarrage précoce de l'allaitement maternel.....	35
4.2.1. Intérêt des moyens non-médicamenteux pendant le travail	35
4.2.2. Peau à peau.....	36
4.3. Pratique de l'allaitement maternel.....	37
4.3.1. Rythme des tétées.....	37
4.3.2. Fréquence des tétées.....	39
4.3.3. Positions d'allaitement	39
4.3.4. Prise du sein adaptée	40
4.4. Cohabitation 24 h/24	42
4.5. Recommandations de l'OMS	43
V- Perspectives.....	46
Conclusion.....	49
Références bibliographiques	50
Annexe 1 : feuillet du CH de Sélestat sur le suivi prénatal.....	56
Annexe 2 : questionnaire pour l'étude quantitative	59
Annexe 3 : note d'explication pour les sages-femmes distribuant le questionnaire	63
Annexe 4 : guide d'entretien pour l'étude qualitative.....	64
Annexe 5 : résultats de l'analyse statistique sur les caractéristiques de la population de l'étude quantitative.....	67
Annexe 6 : informations sur le groupe de soutien les eLLes	69

Introduction

Le lait maternel constitue l'aliment de référence pour les nourrissons pendant les premiers mois de leur vie. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire au-delà en fonction du souhait des mères [1]. La promotion de l'allaitement maternel est d'ailleurs un des objectifs spécifiques à l'enfant du Programme National Nutrition Santé (PNNS 2011-2015) [2].

Pourtant, en France, ces objectifs sont encore loin d'être atteints. D'après l'étude Epifane (2012-2013), sur les 74 % d'enfants allaités (exclusivement ou non) à la naissance, seulement 23 % l'étaient encore au moins partiellement à 6 mois [3].

En 1992, l'OMS s'est associée à l'UNICEF pour mettre en place au niveau international l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) [4, 5]. Ce programme a pour objectif de favoriser l'allaitement maternel dans les maternités en garantissant une qualité d'accueil des nouveau-nés et de leurs parents. Il est basé sur trois grands principes : la formation du personnel, l'organisation des soins et le soutien parental. En France, ces principes sont présentés sous forme de 12 recommandations par IHAB France.

Un label HAB est décerné aux services de soins remplissant les « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel » ainsi que des modules complémentaires relatifs, d'une part, au respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et, d'autre part, à l'accueil optimal des femmes en prénatal et lors de l'accouchement [6, 7, 8].

En novembre 2000, la maternité de Lons-le-Saunier a été la première en France à recevoir cette distinction. En décembre 2016, 30 services (maternité et néonatalogie) sont labellisés, réalisant autour de 47000 naissances par an soit environ 6 % des naissances [9].

Depuis une dizaine d'années, la maternité du Centre Hospitalier de Sélestat s'est engagée dans une politique de soutien de l'allaitement maternel et souhaite désormais s'inscrire dans la démarche d'obtention du label HAB.

Le personnel soignant a été formé sur les besoins et les rythmes des nouveau-nés, ce qui a permis de modifier positivement les pratiques durant le séjour en maternité et donc de favoriser le démarrage de l'allaitement maternel.

Or, il a été démontré que le succès de l'allaitement passe également par une information des femmes durant la grossesse. Les futures mères sont en effet plus réceptives que juste après la naissance de leur enfant [10]. L'objectif est donc de leur proposer une information claire, valide et pertinente, leur permettant de faire un choix éclairé sur la façon d'alimenter leur enfant ainsi que sur les modalités optimales de mise en route de l'allaitement et sur les besoins et rythmes des nouveau-nés [11]. L'information des futurs parents fait d'ailleurs l'objet de la recommandation 3 de l'IHAB [12].

L'information prénatale sur les bienfaits et sur la pratique de l'allaitement maternel ne faisant pas à ce jour l'objet d'une politique clairement établie dans notre établissement, nous avons décidé de concentrer notre travail sur ce sujet dans le but de contribuer à la démarche du service pour l'obtention du label HAB.

Aussi, nous avons choisi de commencer par un état des lieux, une sorte de photographie de ce qui est fait actuellement au Centre Hospitalier de Sélestat en termes d'information prénatale sur l'allaitement maternel. Puis nous avons mis en relation les résultats de notre étude avec ce qui est attendu pour vérifier la conformité à la recommandation 3 de l'IHAB. Ainsi, nous avons pu élaborer des propositions concrètes pour offrir aux futurs parents une information de qualité leur permettant de faire un choix éclairé sur le mode d'alimentation de leur enfant à venir.

I- Contexte actuel

1. Présentation de la maternité de Sélestat

La maternité du Centre Hospitalier de Sélestat est une maternité de type I, c'est-à-dire qu'elle accueille des parturientes dont le terme de la grossesse est supérieur à 36 semaines d'aménorrhée (SA) et sans pathologie pouvant mettre en cause l'adaptation physiologique du nouveau-né à la vie extra-utérine.

En 2015, 1069 naissances y ont eu lieu [13].

2. Information prénatale

2.1. En France

Aujourd'hui en France, 7 consultations prénatales obligatoires sont réalisées dans le cadre du suivi de grossesse [14].

Ces consultations peuvent être menées par les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les médecins généralistes, les sages-femmes et médecins des services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Parallèlement à ce suivi médical, 8 séances de préparation à la naissance (PAN) et à la parentalité sont systématiquement proposées. Elles sont intégralement prises en charge par le système d'assurance maladie. La première est consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre (dit « du 4^e mois » ou « entretien prénatal précoce ») [15, 16].

Ces rencontres ont montré leur importance dans la pratique de l'allaitement, en particulier chez les primo-allaitantes [5]. Il semble que celles-ci renforcent la confiance des mères et par ailleurs augmentent le taux et la durée de l'allaitement [17, 18].

2.2. Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB)

L'IHAB est fondée sur l'encouragement, le soutien et la protection de l'allaitement maternel, celui-ci couvrant au mieux tous les besoins des nouveau-nés et étant la suite physiologique de la grossesse.

En France, le programme IHAB est constitué de 12 recommandations de bonnes pratiques cliniques à mettre en œuvre, avec des critères précis à satisfaire pour l'obtention du label [6].

La recommandation 3 concerne directement l'information prénatale : « Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement ».

Le *Formulaire d'auto-évaluation des hôpitaux et des Règles Mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF pour des Hôpitaux Amis des Bébé*s permet aux équipes d'évaluer dans quelle mesure leurs pratiques suivent les recommandations. Pour la France, ce document a été adapté par IHAB France [12].

Extrait du formulaire pour la recommandation 3 :

L'organisation de l'information prénatale dans l'établissement et en réseau est décrite dans la fiche de renseignements, elle montre comment sont délivrées les informations à toutes les femmes enceintes.

Le contenu minimum de l'information prénatale est écrit dans la politique.

Cette information prénatale, donnée par oral et par écrit traite de l'importance de l'allaitement maternel, tant pour le bébé que pour la mère (10 points-clés) :

- contact peau à peau immédiat à la naissance,
- démarrage précoce de l'allaitement,
- cohabitation mère-bébé 24 h/24,
- allaitement à la demande du bébé (dès qu'il cherche à téter),
- tétées fréquentes pour assurer une lactation suffisante,
- position et prise du sein adaptées,
- allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois (sans autre boisson ou aliment et en évitant l'utilisation des sucettes),
- poursuite de l'allaitement maternel après 6 mois avec la diversification alimentaire,
- moyens disponibles pour aider l'accouchement (précisés dans la recommandation 12).

Une information orale et écrite sur un groupe de soutien entre mères est aussi transmise à toutes les femmes enceintes.

2.3. Au Centre Hospitalier de Sélestat

2.3.1. Information écrite

Dès la déclaration de grossesse à la maternité de Sélestat, un feuillet d'information (annexe 1) est remis aux futurs parents. Il rassemble l'ensemble des informations sur les différentes consultations proposées durant la grossesse dans l'établissement (consultations de suivi médical, entretien prénatal précoce, consultations de lactation, aide au sevrage tabagique, modelage¹, fleurs de Bach, acupuncture et diététique). Il donne également des renseignements sur les différents types de préparation à la naissance (yoga, sophrologie...).

À ce jour, il n'existe pas de protocole de distribution de documents écrits sur les bénéfices et les pratiques de l'allaitement maternel dans notre service.

Le guide de l'allaitement maternel édité par l'INPES² ainsi que des documents sur l'allaitement des premiers jours peuvent être remis aux femmes enceintes au hasard des rencontres avec les différents professionnels de santé [19, 20]. Toutes les patientes ne bénéficient donc pas de la même information. De plus, la remise de ce guide ne s'accompagne pas obligatoirement d'explications, ce qui est pourtant nécessaire lorsqu'on remet un document écrit. L'information écrite est, en effet, complémentaire de l'information orale et ne peut en aucun cas la remplacer [21, 22].

2.3.2. Information orale

Au Centre Hospitalier de Sélestat, parmi les 6 séances de PAN, une est entièrement consacrée à l'alimentation du nouveau-né et plus particulièrement à l'allaitement maternel. La façon d'aborder la séance (diffusion d'un film, discussion...) et son contenu ne sont pas non plus définis dans un protocole, ils sont laissés au libre choix de la sage-femme animatrice.

Au travers des différentes rencontres avec les professionnels de santé, des informations vont être données. Toutefois, elles le seront de manière non systématique et plutôt à la demande des femmes.

Un rendez-vous individuel en consultation de lactation peut être proposé durant la grossesse. Cet entretien est mené par une sage-femme, consultante en lactation certifiée IBCLC³ ou par 2 autres sages-femmes en cours de formation au CREFAM⁴.

¹ Thérapie manuelle inspirée de l'ostéopathie et adaptée aux femmes enceintes.

² Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

³ International Board Certified Lactation Consultant®

⁴ Centre de Recherche, d'Évaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel.

C'est l'occasion pour les futures mères d'obtenir des informations éclairées, notamment pour celles ayant eu des difficultés lors d'un allaitement précédent ou prenant un traitement médical particulier.

Très peu de femmes viennent à ces consultations de lactation durant leur grossesse : sur les 237 femmes ayant consulté en 2015, seulement 11 l'ont fait au cours de leur grossesse [23].

II- Méthodologie de l'étude

Dans notre étude, nous avons dans un premier temps observé la diffusion de l'information prénatale sur l'allaitement maternel au sein de notre établissement. Puis nous nous sommes intéressées au contenu et à la qualité de cette information.

À terme, il s'agissait pour nous de :

- déterminer les atouts et les points faibles de nos pratiques actuelles,
- dégager les axes d'amélioration de l'information prénatale sur l'allaitement maternel.

1. Type d'étude

Pour atteindre nos objectifs, cette étude a été divisée en deux parties bien distinctes.

Dans un premier temps, une étude quantitative nous a permis d'étudier la diffusion de l'information prénatale sur l'allaitement.

Puis, pour en aborder le contenu et la qualité, une étude qualitative nous a paru plus adaptée.

2. Site de l'étude

L'étude a été réalisée au sein du service de maternité du Centre Hospitalier de Sélestat.

Sa première phase a eu lieu dans le secteur des consultations prénatales lors des monitorings fœtaux durant les rendez-vous en Surveillance Intensive de Grossesse (SIG), au cours duquel les femmes enceintes recrutées ont rempli un questionnaire.

Pour la seconde phase de l'étude, une salle de détente au sein du service mère-enfant a été mise à notre disposition pour mener des entretiens individuels.

3. Population

3.1. Critères d'inclusion

Ont été incluses toutes les patientes ayant rendez-vous en SIG à partir de 36 SA durant la période de l'étude.

Nous avons choisi la limite de 36 SA car d'une part, il s'agit du terme à partir duquel les patientes peuvent accoucher dans notre maternité et d'autre part, à ce stade, les futures mères sont censées avoir déjà reçu des informations sur l'intérêt et la pratique de l'allaitement maternel.

Sont concernées par la Surveillance Intensive de Grossesse :

- les patientes ayant une grossesse physiologique arrivant proche du terme,
- les patientes ayant une grossesse pathologique nécessitant une surveillance rapprochée (diabète, hypertension artérielle, retard de croissance intra-utérin par exemple).

3.2. Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses les femmes ne parlant ou n'écrivant pas le français, celles ne souhaitant pas participer à l'étude et celles qui n'ont pas eu le temps suffisant pour remplir notre questionnaire.

4. Recueil des données

4.1. Méthode de recueil

4.1.1. Étude quantitative

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (annexe 2) distribué aux patientes par les sages-femmes réalisant les SIG. Une note explicative a été rédigée à leur intention, après en avoir discuté avec elles au début de l'étude (annexe 3).

Soixante-dix-huit (78) patientes ont consulté en SIG entre le 8 février et le 8 mars 2016. Trente-sept (37) questionnaires ont pu être récupérés à l'issue de cette période.

Nous avons choisi la distribution du questionnaire en SIG après l'avoir testée dans la salle d'attente des consultations prénatales. Malgré les explications données sur le sujet de notre travail et sur le lieu de restitution du document une fois complété (bureau des infirmières attendant à la salle d'attente), seulement 3 questionnaires sur les 15 distribués ont pu être récupérés.

Devant les difficultés de collecte des questionnaires et notre temps de présence inconstant au sein de cette partie du service, nous avons opté pour une distribution en SIG.

Les patientes éligibles étaient installées semi-allongées sur un lit pour une durée d'au moins 30 minutes, le temps nécessaire au monitoring fœtal. De notre point de vue, elles se trouvaient donc dans de bonnes conditions pour répondre à notre questionnaire.

Une fois rempli, ce dernier était aisément récupéré par la sage-femme à la fin de la consultation.

Le questionnaire est anonyme, auto-rempli et comprend 15 questions, toutes fermées (annexe 2).

Il est divisé en 2 parties :

- la première partie permet de caractériser la population (questions 1 à 3),
- la seconde partie s'intéresse à la diffusion de l'information en fonction du parcours des femmes enceintes au sein du centre hospitalier (questions 4 à 12), les 3 dernières questions abordant les informations reçues à l'extérieur de l'établissement.

4.1.2. Étude qualitative

Une fois le questionnaire rempli, il a été systématiquement proposé aux patientes d'approfondir le contenu de l'information reçue au cours d'un entretien individuel avec l'une d'entre nous.

Les femmes intéressées nous ont alors laissé leurs coordonnées téléphoniques, afin que nous puissions les recontacter rapidement pour fixer avec elles un rendez-vous avant leur accouchement. En effet, si nous avions choisi de rencontrer ces mères après la naissance de leur enfant, leurs connaissances sur l'allaitement maternel et sa pratique auraient pu être modifiées par leurs récentes expériences.

Parmi elles, 6 ont été tirées au sort pour participer à un entretien semi-directif. Nous avons rencontré 3 patientes chacune.

Afin d'aborder tous les thèmes que nous souhaitions explorer, notamment les 10 points-clés figurant dans les critères d'auto-évaluation pour la recommandation 3 de l'IHAB, nous avons établi un guide d'entretien (annexe 4). Ce dernier débute par une question ouverte et générale sur les informations reçues en prénatal sur l'allaitement maternel. Puis les 10 points-clés sont regroupés par thèmes afin de faciliter l'échange. Deux entretiens ont été réalisés pour tester la pertinence du guide avant de procéder au tirage au sort.

III- Description des résultats

1. Enquête quantitative

1.1. Population de l'étude

Trente-sept femmes ont accepté de participer à notre étude.

Une femme avait moins de 20 ans, 17 avaient entre 20 et 30 ans et 19 avaient entre 30 et 40 ans.

Une femme était titulaire du brevet des collèges, 5 d'un CAP ou d'un BEP, 7 du baccalauréat, 22 d'un diplôme de l'enseignement supérieur et 2 étaient sans diplôme.

Nombre d'enfants avant cette grossesse	Nombre de femmes	Nombre d'enfants allaités	Durée des allaitements		
			Moins de 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Plus de 6 mois
0	23	-	-	-	-
1	7	3/7	-	2	1
2	6	7/12	2	3	2
3	1	0/3	-	-	-

Tableau 1 : répartition des 37 femmes de l'étude quantitative selon la parité ; nombre d'enfants allaités et durée d'allaitement des mères multipares.

Vingt-trois femmes (23) attendaient leur premier enfant, 7 leur deuxième, 6 leur troisième et une (1) son quatrième.

Parmi les 7 femmes qui attendaient leur deuxième enfant, 4 n'avaient pas allaité leur premier, 2 l'avaient allaité entre 3 et 6 mois et une (1) l'avait allaité plus de 6 mois.

Parmi les 6 femmes attendant leur troisième enfant, 2 n'avaient pas allaité leurs aînés, une (1) avait allaité 1 seul de ses 2 enfants durant moins de 3 mois.

Les 3 autres femmes avaient allaité leurs 2 premiers enfants. Leur aîné avait été allaité moins de 3 mois pour une des mères, entre 3 et 6 mois pour une autre et plus de 6 mois pour la dernière.

Le second enfant a été allaité entre 3 et 6 mois pour 2 d'entre elles et plus de 6 mois pour la dernière.

Enfin, la femme attendant son quatrième enfant n'avait allaité aucun de ses aînés.

1.2. Suivi de grossesse

1.2.1. Suivi médical

Les professionnels assurant le suivi médical de ces 37 femmes étaient :

- un gynécologue-obstétricien du centre hospitalier pour 10 femmes,
- un gynécologue-obstétricien et une sage-femme du centre hospitalier pour 14 femmes (suivi mixte),
- deux gynécologues-obstétriciens, l'un du centre hospitalier et l'autre en exercice libéral pour une femme,
- un gynécologue-obstétricien libéral pour 9 femmes,
- une sage-femme libérale pour 2 femmes.

Une femme n'a pas précisé le type de professionnel assurant la surveillance de sa grossesse.

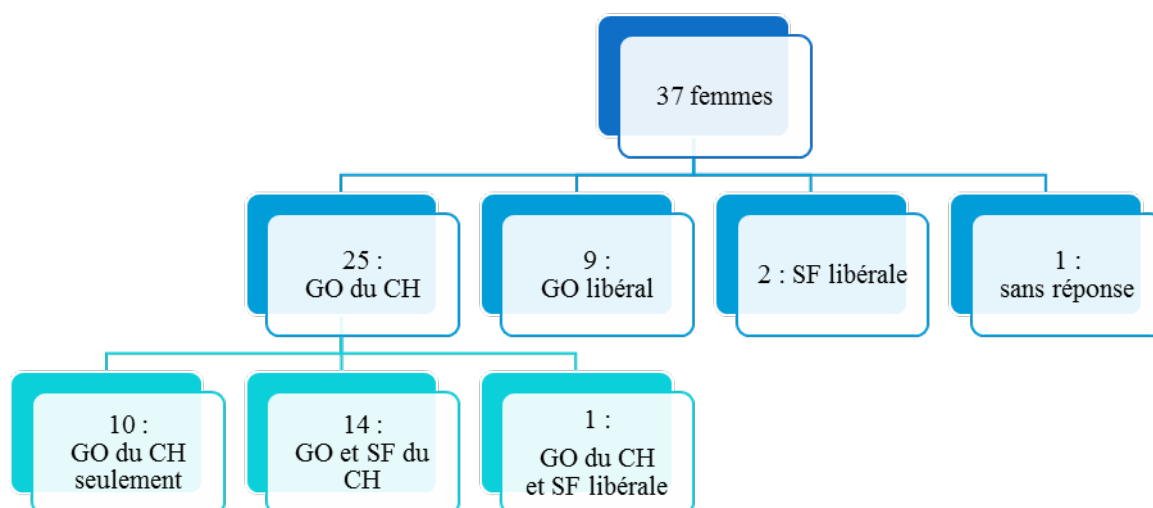


Figure 1 : professionnels réalisant le suivi médical de la grossesse pour les 37 femmes de l'étude quantitative (GO : gynécologue-obstétricien ; SF : sage-femme ; CH : Centre Hospitalier de Sélestat).

1.2.2. Entretien prénatal précoce

Huit femmes (8/37) ont déclaré avoir bénéficié de cet entretien.

Parmi elles, quatre y ont reçu des informations orales sur l'allaitement maternel, une des informations orales et écrites, deux n'ont reçu aucune information à ce sujet et une femme ne se souvenait plus.

1.2.3. Consultation avec une sage-femme spécialisée du centre hospitalier

Dix-neuf femmes (19/37) ont rencontré une sage-femme en consultation spécialisée. Toutes, sauf une qui n'a pas précisé son mode de suivi, étaient suivies par des professionnels du centre hospitalier (11 étaient suivies de façon mixte par un gynécologue-obstétricien et une sage-femme, 7 uniquement par un gynécologue-obstétricien).

Enfin, parmi ces 19 femmes ayant consulté une sage-femme spécialisée, 12 en ont consulté plusieurs. Le tableau ci-dessous indique combien, parmi ces femmes, ont reçu des informations sur l'allaitement au cours de ces consultations et sous quelles formes. Proportionnellement, c'est la consultation de diététique qui a été le plus souvent l'occasion de fournir des informations sur l'allaitement : 6 femmes sur 10 en ont bénéficié, dont 5 par voie orale et écrite. Environ un tiers des femmes ayant consulté en acupuncture et en tabacologie ont aussi reçu des informations sur l'allaitement.

Nature de la consultation	Nombre de femmes	Informations orales	Informations écrites	Informations orales et écrites	Pas d'informations	Ne se souvient plus ou non précisé
Acupuncture	14	2	1	2	4	5
Diététique	10	1	-	5	3	1
Fleurs de Bach	8	2	-	-	3	3
Modelage	7	-	-	-	4	3
Tabacologie	3	1	-	-	1	1

Tableau 2 : informations sur l'allaitement reçues par les 19 futures mères au cours des consultations avec une sage-femme spécialisée.

1.2.4. Consultation de lactation

Vingt-et-une femmes (21/37) ont déclaré connaître la possibilité de rencontrer individuellement une sage-femme consultante en lactation durant la grossesse. Parmi elles, 14 étaient suivies au centre hospitalier (6 par un gynécologue-obstétricien seul, 8 en suivi mixte avec une sage-femme et une en suivi mixte avec un gynécologue libéral), les 6 autres étaient suivies en libéral (2 par une sage-femme et 4 par un gynécologue-obstétricien).

Quinze femmes (15/37) ne connaissaient pas l'existence de cette possibilité. Parmi elles, 10 étaient suivies au centre hospitalier (4 par un gynécologue-obstétricien seul et 6 en suivi mixte avec une sage-femme), 4 étaient suivies par un gynécologue-obstétricien libéral et une n'a pas précisé son mode de suivi.

Une femme n'a pas répondu à la question.

1.2.5. Consultation pré-anesthésique

Au moment de l'étude, 7 femmes (7/37) n'avaient pas encore rencontré l'anesthésiste en prévision de l'accouchement et une n'a pas répondu à la question.

Parmi les 29 femmes (29/37) qui l'avaient déjà rencontré, 4 avaient reçu des informations sur l'allaitement maternel au cours de la consultation, 3 ne s'en souvenaient plus, une n'a pas précisé sa réponse et 21 ont déclaré ne pas en avoir reçu.

1.2.6. Séances de préparation à la naissance (PAN)

Vingt-sept femmes (27/37) suivaient ou envisageaient de suivre des séances de PAN (17 avec une sage-femme libérale, 9 au centre hospitalier et une au Centre Périnatal de Proximité d'Obernai).

Neuf femmes ne souhaitaient pas suivre de séances, parmi elles, 2 étaient des nullipares et 7 étaient des multipares.

Une femme n'a pas répondu à la question.

Parmi les 27 femmes ayant suivi des séances de PAN ou envisageant de le faire, 2 ont déclaré ne pas avoir encore reçu d'informations sur l'allaitement maternel et une, ayant participé aux séances de PAN au centre hospitalier, ne se souvenait plus.

Lieu des séances de PAN	Nombre de femmes	Informations orales	Informations écrites	Informations orales et écrites
Centre Hospitalier	8	4	-	4
Sage-femme libérale	15	8	-	7
CPP d'Obernai	1	1	-	-

Tableau 3 : forme sous laquelle l'information sur l'allaitement a été délivrée pour les 24 femmes de l'étude quantitative qui ont suivi une préparation à la naissance et à la parentalité (PAN).

Parmi les 24 femmes (24/27) ayant reçu des informations, 12 avaient reçu des informations orales et 12 des informations orales et écrites.

Pour les séances de PAN animées par une sage-femme du centre hospitalier, les informations sur l'allaitement maternel ont été données par oral pour 4 des femmes et par oral et écrit pour les 4 autres.

Lorsque les séances ont été animées par une sage-femme libérale, les informations sur l'allaitement maternel ont été données par oral pour 8 des femmes et par oral et écrit pour les 7 autres.

Enfin, la femme, ayant participé aux séances de PAN au CPP d'Obernai, a reçu des informations orales sur l'allaitement maternel.

1.2.7. Discussion en individuel sur l'allaitement maternel

Vingt-sept femmes (27/37) ont affirmé ne pas avoir discuté individuellement avec un membre du personnel soignant de l'allaitement maternel, 2 ne souvenaient plus et une n'a pas précisé sa réponse.

Les 7 autres, qui ont affirmé en avoir discuté individuellement, étaient toutes suivies au centre hospitalier (en suivi mixte ou par un gynécologue-obstétricien seul), 2 n'ont pas suivi de séances de PAN, 2 ont suivi les séances au centre hospitalier et 3 les ont suivies avec une sage-femme libérale.

1.2.8. Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Trente-trois femmes (33/37) n'avaient pas rencontré les services de PMI durant leur grossesse, une n'a pas répondu à la question.

Les 3 femmes qui ont rencontré ces services ont eu des informations sur l'allaitement maternel, 2 par oral et une par oral et par écrit.

1.3. Recherches personnelles

Quatorze femmes (14/37) n'avaient pas effectué de recherches sur l'allaitement maternel durant leur grossesse, une n'a pas répondu à la question.

Pour les 22 femmes qui ont effectué des recherches, plusieurs réponses étaient possibles. Trois femmes n'ont coché qu'une seule réponse et 15 en ont coché 3 ou plus.

Internet et les réseaux sociaux ont été cités 16 fois par les femmes comme sources d'informations, les livres et revues 15 fois, la famille 11 fois, les ami(e)s 12 fois et la télévision et la radio 5 fois. Aucune autre source d'informations n'a été citée.

1.4. Groupes de soutien

Vingt-deux femmes (22/37) ont déclaré ne pas connaître l'existence des groupes de soutien à l'allaitement maternel.

Parmi les 15 femmes qui en connaissaient l'existence, deux femmes ont cité plusieurs sources d'informations. L'existence des groupes de soutien était connue grâce à un membre du personnel du centre hospitalier pour 8 des femmes interrogées et grâce à des recherches personnelles pour deux autres. Les autres sources d'informations citées étaient une discussion lors d'un atelier de portage, un affichage dans une salle d'attente, un livre et internet.

1.5. Entretien téléphonique

Sur les 37 femmes ayant complété le questionnaire, 24 ont donné leur accord pour être incluses dans la population dans laquelle un échantillon de 6 femmes, reçues en entretien, a été tiré au sort.

Treize n'ont pas souhaité nous laisser leurs coordonnées téléphoniques.

2. Entretiens

Nous avons rencontré 6 femmes en entretien. Quatre, attendant leur premier enfant, sont venues accompagnées de leur conjoint. Parmi elles, une attendait des jumeaux. Une femme était enceinte de son deuxième enfant et la dernière de son troisième.

Dès le début de l'échange, toutes les futures mères ont spontanément évoqué les séances de PAN comme source d'informations sur l'allaitement maternel. Deux d'entre elles y participaient chez une sage-femme libérale, 1 au CPP d'Obernai, 1 au Centre Hospitalier de Sélestat. Les 2 dernières avaient choisi de ne pas y assister pour cette grossesse car elles y avaient déjà participé au cours de leurs grossesses précédentes.

La première question d'ordre général a donné l'occasion aux femmes d'aborder de nombreux sujets. Nous avons choisi de regrouper les réponses selon les 6 thèmes définis dans le guide d'entretien.

2.1. Connaissances sur l'intérêt de l'allaitement maternel

2.1.1. Intérêt de l'allaitement pour l'enfant

Cinq femmes ont cité la protection contre les maladies, la meilleure immunité des enfants allaités grâce au passage des anticorps de la mère dans le lait maternel.

Deux femmes ont précisé les maladies ou symptômes dont le risque est diminué : le rhume a été 2 fois, la gastro-entérite et la toux une fois chacune.

La diminution du risque de développer une allergie a été évoquée par 2 futures mères dont une souffre elle-même d'allergies. La seconde a quant à elle précisé le moindre risque de développer une allergie aux protéines du lait de vache.

Deux femmes ont aussi cité comme effet de l'allaitement la bonne adaptation du lait maternel aux besoins du bébé au cours de la tétée mais aussi tout au long de l'allaitement.

Une femme a aussi ajouté que le lait maternel est mieux digéré par l'enfant que les préparations pour nourrissons.

Enfin, une seule femme n'a reçu aucune information au cours de sa grossesse sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour son enfant mais « se dit que c'est mieux ».

2.1.2. Intérêt de l'allaitement pour la mère

Quatre femmes parmi les 6 reçues en entretien ont évoqué la perte de poids plus rapide après la naissance comme effet de l'allaitement sur leur santé.

La moitié des femmes ont parlé de l'impact de l'allaitement sur l'incidence du cancer du sein : pour 2, il s'agissait d'une diminution du risque de développer un cancer du sein et pour la 3^e, les informations reçues étaient contradictoires.

Une femme a cité « la protection contre le baby-blues ».

Une femme a évoqué le fait que l'allaitement maternel a pour effet d'entraîner davantage de contractions utérines sans en préciser l'intérêt.

Une seule des femmes rencontrées n'a reçu aucune information sur les effets de l'allaitement sur sa santé.

Enfin, une future mère a parlé des bénéfices de l'allaitement sur sa santé comme d'« une compensation des inconvénients, comme la douleur ».

2.1.3. Autres points cités sur l'intérêt de l'allaitement

Parmi les 6 femmes interrogées sur les autres bénéfices de l'allaitement maternel, 4 ont parlé de la création d'un lien plus fort entre la mère et son enfant, dont une a précisé que c'était « grâce à la libération d'ocytocine, hormone de l'attachement » et une autre a parlé de l'allaitement maternel comme d'« un prolongement de la grossesse ».

Une femme a mis en avant l'aspect pratique de l'allaitement : « on n'a pas besoin de préparer un biberon, tout est à portée de main ».

Une femme a évoqué l'aspect financier : « le coût du lait est élevé » et précisé : « mais ce n'est pas ça qui va faire pencher la balance ».

Enfin, une femme n'a reçu aucune information au sujet d'autres effets de l'allaitement maternel.

2.2. Démarrage précoce de l'allaitement maternel

2.2.1. Intérêt des moyens non-médicamenteux pendant le travail

Pour respecter les critères de l'IHAB sur l'information prénatale, les femmes enceintes ont besoin d'éléments sur les moyens disponibles pour aider l'accouchement et faciliter le début de l'allaitement. Cette information est en lien avec la recommandation 12 : *Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.*

Aucune des 6 femmes n'a reçu d'informations à ce sujet.

2.2.2. Peau à peau

Les femmes enceintes, ayant bénéficié d'une information sur l'allaitement maternel, devraient pouvoir décrire l'importance du contact peau à peau avec leur enfant, immédiatement à la naissance.

La totalité (6) des futures mères que nous avons rencontrées, connaissait le peau à peau. Il a été évoqué lors des séances de PAN pour 5 femmes, la dernière ayant eu des informations à ce sujet par son entourage familial proche.

Parmi les 6 femmes, 3 ont indiqué le fait que le peau à peau a lieu immédiatement après la naissance. Une autre a précisé « dans la demi-heure qui suit la naissance », les 2 dernières n'ont pas précisé de délai.

Une seule femme a précisé que le peau à peau ne se limitait pas juste aux heures suivant la naissance, mais pouvait aussi être reconduit durant le séjour en maternité ou à domicile.

La moitié des femmes a indiqué que l'enfant pouvait aussi être accueilli en peau à peau par son père, si la mère est indisponible, notamment « en cas de césarienne », a cité une des femmes.

En abordant l'importance du peau à peau avec les futures mères, plusieurs de ses bénéfices ont été cités. Toutes les femmes sauf une, ont indiqué la réassurance du bébé comme étant le bénéfice principal de ce contact rapproché.

« La découverte de l'enfant par sa mère » et réciproquement « de la mère par son enfant » ont été nommées par 3 femmes sur 6. Elles ont aussi parlé de pouvoir « faire connaissance avec l'autre » lors de ce moment privilégié.

Installer le bébé à la naissance en peau à peau avec sa mère favorisait la création du lien mère-enfant pour 3 des femmes.

Le fait de « pouvoir réchauffer le bébé » et « lui permettre de maintenir sa température » a été un autre bénéfice cité par la moitié des personnes interrogées.

Le peau à peau était « une continuité de la grossesse » pour 2 des femmes enceintes. Une d'entre elles a décrit une « non séparation », essentielle pour elle et son enfant.

Deux autres ont mentionné le fait que lors de ce contact rapproché, le nouveau-né « découvre l'odeur de sa mère ».

Quant au rôle que joue le peau à peau dans l'allaitement, il a été évoqué par la moitié des futures mères. Une femme a indiqué que « cela permet au bébé de trouver le sein plus vite », une autre que « le nouveau-né peut éventuellement aller directement vers le sein et téter » et la troisième que « le bébé cherche à téter plus rapidement et que c'est lors du peau à peau qu'il peut avoir le réflexe de fousissement ».

2.2.3. Besoins et compétences du nouveau-né

Deux femmes ont cité le besoin de « chaleur » du nouveau-né. Ces mêmes femmes pensaient également que celui-ci a besoin d'être rassuré grâce au contact et « enveloppé » tel qu'il l'était dans l'utérus.

Les besoins nutritionnels du bébé ont aussi été évoqués par ces deux futures mères.

Les quatre autres femmes n'ont pas rebondi sur le sujet et ont déclaré ne pas avoir reçu d'informations à propos des besoins du nouveau-né.

Quant aux compétences du nouveau-né, une femme a cité le réflexe de succion et une autre le réflexe de fousissement.

Les quatre autres femmes n'ont pas répondu à la question car les compétences du nouveau-né n'ont pas été abordées avec elles en prénatal.

2.2.4. Importance de la tétée précoce

Parmi les femmes interrogées, 4 ont décrit le fait que proposer le sein rapidement au nouveau-né après la naissance favorise la montée laiteuse. L'une d'elles a parlé du rôle majeur joué par les hormones à ce moment-là.

Trois futures mères ont évoqué les besoins nutritionnels du nouveau-né comme meilleur argument pour démarrer l'allaitement le plus tôt possible. Elles ont parlé du colostrum et des anticorps qu'il concentre.

Deux femmes ont parlé du rôle du réflexe de succion dans le démarrage précoce de l'allaitement maternel ainsi que de son importance dans l'établissement d'une lactation adéquate.

Une femme pensait que si le bébé ne tète pas précocement, « il y aura moins de montée de lait et ce sera plus compliqué ».

Une autre précisait que la tétée précoce favorise le lien mère-enfant.

2.3. Pratique de l'allaitement maternel

2.3.1. Rythme des tétées

La totalité des femmes interrogées (6) a cité une fréquence de tétées entre 8 et 12 fois par jour. Quatre ont évoqué l'allaitement à la demande : « quand le bébé réclame, on peut lui donner le sein » ou encore « c'est quand il essaie de prendre son pouce, quand il pleure ».

2.3.2. Intérêt des tétées fréquentes

Deux femmes ont mis en lien la fréquence des tétées et le démarrage de la lactation. Elles ont évoqué la stimulation régulière du sein pour aboutir à une lactation adéquate.

Le bien-être de l'enfant, le « côté plaisir » de la succion ont également été mis en évidence par deux futures mères.

Une d'elles a ajouté que la fréquence des tétées est probablement en rapport avec la capacité de l'estomac du bébé et que cela « faciliterait aussi la digestion ».

Enfin, 2 femmes n'ont pas bénéficié d'informations sur l'importance des tétées fréquentes.

2.3.3. Positions d'allaitement

Pour l'ensemble des 6 femmes rencontrées, les différentes positions d'allaitement ont été abordées lors des séances de PAN (au cours de cette grossesse ou des précédentes).

Une femme a bénéficié d'explications avec une poupée et d'une démonstration des positions « ballon de rugby » et Biological Nurturing (BN) [24]. Ces dernières ont aussi été décrites par une seconde femme enceinte, qui en a pris connaissance en effectuant des recherches sur internet.

Deux femmes ont précisé qu'il faut que « le ventre du bébé soit contre le ventre de la maman » et une autre a décrit la position « allongée sur le côté face au bébé ».

L'importance de la position confortable tant pour la mère que pour l'enfant a été mise en avant par deux futures mères: « il faut allaiter comme on se sent à l'aise et comme le bébé est bien », « on peut aussi s'aider du coussin d'allaitement ».

Une femme a dit avoir « juste » visionné un film décrivant les différentes positions durant une séance de PAN.

Enfin, pour 3 femmes, les différentes positions avaient simplement été évoquées.

2.3.4. Prise du sein adaptée

La prise du sein par le bébé a été abordée lors de séances de PAN pour 4 futures mères. Pour 3 d'entre elles, il s'agissait d'explications théoriques et pour la quatrième, d'une vidéo analysée étape par étape par la sage-femme animatrice. Deux femmes, ayant assisté à des rencontres prénatales sur l'allaitement, n'ont pas eu d'informations sur la prise du sein. L'une d'elles a trouvé des éléments sur le sujet dans un livre de la salle d'attente de sa sage-femme.

L'ouverture de la bouche du bébé avec une prise large au niveau de l'aréole a été citée par quatre femmes: « le bébé doit prendre toute l'aréole », « plus il ouvre la bouche, mieux il y arrive et plus il va manger ». Une femme dit même que « c'est le point essentiel » dans la façon de prendre le sein. Elle a précisé que « présenter le nez à hauteur du mamelon plutôt que la bouche va aider le bébé à mieux l'ouvrir ». Une autre a indiqué que « le mamelon doit toucher le palais et qu'il y a « une façon de faire pour que le bébé y arrive », mais elle « ne la connaît pas ».

La future mère ayant visionné le film n'a pu décrire la prise du sein. Aucun élément ne lui revenait en mémoire.

Trois femmes ont parlé du rôle de la langue dans la succion. Une d'elles a précisé que « le bébé sort la langue et lape ».

Deux des femmes rencontrées ont été sensibilisées au fait que si la prise du sein n'est pas correcte, l'allaitement peut être douloureux : « cela peut donner des crevasses si le bébé ne prend pas le sein en totalité », « si la bouche n'est pas assez ouverte, le bébé va pincer le mamelon et cela peut donner des gerçures ».

2.4. Cohabitation mère-bébé 24 h/24

Deux des femmes pensaient que le bébé est davantage rassuré s'il reste près de sa mère 24 h/24. Une autre a indiqué que cette cohabitation permet de « se familiariser l'un l'autre, s'habituer aux sons des uns des autres » et a ajouté : « cela me paraît assez logique que le bébé reste avec sa mère ».

Par ailleurs, deux futures mères ont parlé d'un « allaitement facilité » lorsqu'elles gardent leur enfant dans leur chambre 24 h/24.

Enfin, une seule femme n'a bénéficié d'aucune information sur ce sujet.

2.5. Connaissance des recommandations de l'OMS

2.5.1. Connaissances sur la durée de l'allaitement

Pour 5 femmes sur 6, la durée optimale de l'allaitement se situait aux alentours de 6 mois. Deux d'entre elles ont ajouté qu'il s'agit d'un allaitement exclusif, les 3 autres n'ont pas donné de précision.

La dernière des femmes rencontrées a reçu des informations sur l'importance de la tétée d'accueil et de l'allaitement maternel les 3 premiers mois. Par ailleurs, elle a indiqué avoir récemment lu un article sur les recommandations de l'OMS à propos de la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans et plus selon le souhait des mères.

Les 5 autres futures mères interrogées n'ont reçu aucune d'information sur les raisons pour lesquelles il est utile de continuer à allaiter même après la diversification alimentaire. Une femme a ajouté qu'elle pensait « qu'il fallait arrêter une fois que le bébé mange des solides ».

2.5.2. Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et usage des tétines et sucettes

Selon la recommandation 3 de l'IHAB, l'information prénatale traite de l'importance d'allaiter sans complément (ni eau, ni tisanes, ni laits infantiles et en évitant l'utilisation des tétines et des sucettes) pendant les 6 premiers mois.

Cette notion a été abordée en prénatal pour la majorité des femmes (5 parmi les 6). Elles ont décrit l'impact de l'usage des sucettes et des tétines sur la succion du bébé : « pour ne pas perturber la succion au sein au début, il faut idéalement attendre un peu avant d'utiliser les tétines et les biberons », « cela modifie la succion et ce n'est pas la même façon de téter, cela peut perturber certains bébés ».

La moitié des femmes a été informée de l'importance de l'allaitement exclusif sans que les conséquences de l'utilisation des laits infantiles, tisanes et eau aient été précisées.

Une femme a indiqué que « le bébé a la quantité d'eau nécessaire dans le lait, donc ça suffit » tandis qu'une autre s'est étonnée : « j'aurais donné de l'eau en pensant que le bébé a parfois soif ».

Enfin, une autre femme n'a reçu aucune information sur le sujet pendant la grossesse.

2.6. Groupes de soutien

La moitié des femmes (3/6) ne connaissait pas les groupes de soutien. Les autres femmes ont été informées de leur existence suite à la lecture de prospectus dans des salles d'attente de cabinets médicaux pour 2 d'entre elles. La dernière en a pris connaissance dans un livre. Mais aucune d'elles n'a pu citer le nom d'un groupe de soutien.

Par contre, 4 des 6 femmes rencontrées se disaient en mesure de retrouver les coordonnées de ces groupes, en faisant appel à leur sage-femme libérale ou en effectuant des recherches sur internet.

IV- Analyse des résultats

1. Biais et limites de l'étude

À l'issue de notre enquête se rapportant à la diffusion de l'information sur l'allaitement maternel, nous avons repéré un premier biais de sélection. Les questionnaires ont été distribués par les sages-femmes de SIG : la charge de travail a pu influencer la distribution du questionnaire. De plus, peut-être n'avons-nous pas suffisamment communiqué avec nos collègues sur l'intérêt de cet état des lieux pour le service. La note explicative jointe (annexe 3) pour les professionnelles chargées de la diffusion du questionnaire n'a semble-t-il pas suffi. Peut-être aurions-nous dû organiser une réunion avec nos collègues.

Le choix d'interroger les mères en SIG a pu également entraîner un deuxième biais de sélection. En effet, ces femmes pouvaient être plus intéressées par l'allaitement maternel car leur grossesse était affectée par une pathologie (retard de croissance intra-utérin, diabète gestationnel...) : l'inquiétude sur la santé de l'enfant à naître peut encourager une future mère à s'informer sur l'allaitement. À l'inverse, d'autres futures mères ont pu avoir moins d'occasions de s'informer durant leur grossesse en cas d'allaitement à domicile (en cas de menace d'accouchement prématuré par exemple).

Le recueil des données, se faisant par questionnaire auto-rempli, il s'avère que certaines réponses étaient non précises ou absentes, peut-être du fait d'une mauvaise compréhension de celui-ci par les futures mères. Nous avons tenté de limiter l'impact de ce biais en réalisant un test du questionnaire pour adapter au mieux sa version finale.

L'analyse des entretiens expose les résultats de notre étude à un biais d'interprétation. Afin de le limiter, nous avons retranscrit intégralement et exactement mot pour mot les différentes entrevues. Ainsi, ce sont les paroles des femmes qui ont été retenues et retranscrites et non une interprétation de leurs idées.

Nous avons choisi de rencontrer 3 femmes chacune en entretien. Le fait d'avoir deux enquêteurs a pu générer un autre biais. Notre attitude, le ton de notre voix ou nos réactions aux réponses ont pu influencer les femmes. Pour limiter ce biais, nous avons établi un guide d'entretien [25].

En revanche, mener cette étude à deux a été extrêmement intéressant. Nous avons eu l'impression que cela a ouvert la discussion et nous a amené à une réflexion plus pertinente, approfondie et particulièrement enrichissante.

Enfin, bien que la majorité des futures mères (24/37) ait laissé leurs coordonnées pour que nous puissions les recontacter, il a été difficile de les rencontrer pour un entretien. En effet, certaines ont accouché avant le tirage au sort, d'autres n'étaient finalement plus disponibles ou ne sont pas venues au rendez-vous convenu avec elles par téléphone. Notre faible disponibilité due à nos plannings de gardes a également pu compliquer les prises de rendez-vous.

2. Notre population par rapport à la population générale

Afin de vérifier si les caractéristiques de la population recrutée pour l'enquête quantitative sont comparables à celles de la population générale, nous avons fait appel à Mme Marie-Astrid Metten, interne en santé publique dans le service de biostatistiques du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg, qui a réalisé des tests statistiques (annexe 5).

Malgré un effectif restreint, la répartition par classe d'âge de notre échantillon de femmes était proche de celle retrouvée dans l'enquête périnatale de 2010 [26] ; la comparaison n'est pas tout à fait aisée car les tranches d'âge sont légèrement différentes.

Les femmes de moins de 20 ans représentaient 2,7 % des femmes de notre étude, contre 1,4 % au niveau national.

Les femmes entre 20 et 30 ans constituaient 46,0 % de notre échantillon, contre 42,5 % dans la tranche d'âge 20-29 ans au niveau national.

Les femmes entre 31 et 40 ans constituaient 51,3 % de notre échantillon, contre 51,2 % dans la tranche d'âge 30-39 ans au niveau national.

Enfin, nous n'avions aucune femme de plus de 40 ans alors qu'elles étaient 5 % du groupe de l'enquête périnatale.

Plus de la moitié des femmes rencontrées (22/37, soit 59,5 %) avait un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, ce que l'on retrouve également dans l'enquête de 2010 où 51,9 % des femmes avaient un diplôme de l'enseignement supérieur. Ce chiffre était en augmentation par rapport à la dernière enquête de 2003 (42,6 %).

Du point de vue de la parité, nos résultats différaient des résultats nationaux : 62 % des futures mères (23/37) attendaient leur premier enfant contre 43 % d'après l'enquête de périnatalité. Les multipares (14 sur 37, soit 38 %) se répartissaient ainsi : 19 % attendaient leur 2^e enfant (contre 34 %), 16 % leur 3^e (contre 14 %), 3 % leur 4^e (contre 5 %) et aucune d'elles n'attendaient un 5^e enfant et plus, alors qu'au niveau national, elles représentaient 3 % des femmes enceintes.

Cette différence de répartition est probablement due au faible effectif de notre échantillon car d'après les statistiques internes du Centre Hospitalier de Sélestat, en 2015, les nullipares représentaient 44 % des femmes enceintes et les multipares 56 %, ce qui correspondait parfaitement aux résultats de l'enquête périnatale de 2010.

Dans l'analyse de la statisticienne (annexe 5), la différence sur les primipares et sur les multipares n'est pas statistiquement significative ($p = 0.025$).

L'ensemble de ces résultats nous permet donc de conclure que notre échantillon de femmes enceintes, même réduit, représentait assez justement la population générale.

3. Diffusion de l'information

3.1. Suivi de grossesse

Les 2/3 des femmes (25/37) ayant participé à notre étude ont été entièrement ou partiellement suivies au Centre Hospitalier de Sélestat, les autres ont effectué leur suivi de grossesse dans des cabinets libéraux, de gynécologues-obstétriciens ou de sages-femmes.

La mise en place de l'entretien prénatal précoce est l'une des mesures importantes du Plan de Périnatalité de 2005-2007⁵. Elle doit permettre aux parents d'exprimer leurs attentes et leurs besoins ainsi que leur donner des informations pour préparer l'arrivée de leur enfant. Cet entretien précoce n'est pas obligatoire mais il doit être systématiquement proposé.

Dans son *Plan d'action : Allaitement maternel* de juin 2010, le professeur Dominique Turck propose de généraliser l'entretien prénatal précoce. En effet, « cet espace de parole permet d'aborder avec la femme et le couple l'alimentation de leur futur enfant. Les informations apportées doivent être claires, complètes, exactes, s'appuyant sur les recommandations nationales, pour que les couples puissent faire un choix éclairé ». Les professionnels doivent donc être encouragés à consacrer une partie de cet entretien à donner des informations sur l'allaitement maternel [27].

Seulement 8 femmes enceintes sur les 37 (21,6 %) ayant répondu au questionnaire ont bénéficié d'un entretien prénatal précoce, ce qui correspondait parfaitement aux résultats de l'enquête périnatale de 2010 qui affichait un taux de 21,4 % de participation à cet entretien. Dans notre étude, 26,1 % des nullipares (6/23) en ont bénéficié (30,7 % au niveau national) contre 14,3 % des multipares, 2 femmes sur les 14 (14,3 % au niveau national). La faible participation des femmes de la région de Sélestat était donc conforme aux résultats nationaux de 2010, l'analyse statistique a confirmé que ces différences n'étaient pas statistiquement significatives (annexe 5).

Cet entretien est peu réalisé. Il y a donc une grande marge d'amélioration aussi bien localement que nationalement.

En revanche, sur les 8 femmes de notre enquête quantitative qui ont eu un entretien prénatal précoce, cinq, soit les 2/3, ont reçu des informations sur l'allaitement.

⁵ Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan « périnatalité » 2005-2007- Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

La moitié des futures mères (19/37), qui a accepté de compléter le questionnaire, a pris rendez-vous avec une ou plusieurs sage(s)-femme(s) en consultations spécialisées. Parmi elles plus de la moitié (12/19) en a même consulté plusieurs. L'allaitement a été abordé pour 60 % des femmes qui ont eu des consultations en diététique, pour un tiers des femmes qui ont consulté en acupuncture et en tabacologie et de façon moins fréquente pour les autres types de consultation.

Dans ces consultations, l'allaitement maternel n'est en général pas le sujet principal de la consultation mais peut tout à fait être mis en lien avec le motif de celle-ci.

Ainsi, une femme rencontrant une sage-femme tabacologue peut par exemple bénéficier d'informations sur l'effet protecteur de l'allaitement vis-à-vis des infections respiratoires et tout particulièrement pour les enfants de femmes vivant dans un environnement tabagique. En parler est d'autant plus important qu'une méta-analyse réalisée en 2001 a montré que le tabac pouvait être responsable d'un sevrage plus précoce [28].

La consultation de la sage-femme spécialisée en diététique peut également être l'occasion d'informer une femme enceinte diabétique, des nombreux bénéfices de l'allaitement pour elle et son enfant. Le bébé nourri au sein est en effet moins exposé au risque de développer un diabète à l'âge adulte.

La possibilité pour une femme de pouvoir consulter une ou plusieurs professionnelle(s) spécialisée(s) est une opportunité supplémentaire pour elle de recevoir des informations sur l'allaitement en rapport direct avec sa situation particulière. Les résultats de notre étude ne vont pas dans ce sens. Peut-être serait-il nécessaire d'améliorer encore la formation des professionnelles sur l'intérêt de l'allaitement pour la santé afin qu'elles puissent davantage le promouvoir et le soutenir.

Les consultants en lactation certifiés IBCLC sont des professionnels de la santé spécialisés dans l'accompagnement à l'allaitement maternel, dans les situations courantes mais également à risque. Selon l'Association Internationale des Consultants en Lactation (ILCA), *la disponibilité des IBCLC augmente les taux d'allaitement, qui, à leur tour, améliorent l'état de santé de la communauté, de la nation et du monde* [29].

La possibilité de rencontrer une consultante en lactation durant la grossesse était connue par plus de la moitié des femmes interrogées (58 %). Cependant, seulement 11 femmes enceintes avaient fait cette démarche en 2015, ce qui représentait 4,6 % de l'ensemble des consultations de lactation. Les 2/3 des futures mères (21/37) connaissant ces consultations étaient suivies

dans l'établissement. Les consultations prénatales de lactation sont pourtant l'occasion pour les femmes de trouver des informations spécifiques à leur situation particulière (chirurgie mammaire, traitements médicaux...) mais aussi de rediscuter de l'allaitement maternel pour les femmes ayant rencontré des difficultés d'allaitement pour leurs aînés.

Parmi les 29 femmes (29/37) qui avaient déjà rencontré l'anesthésiste au moment de l'enquête, seulement 4 ont déclaré avoir reçu des informations sur l'allaitement maternel. Ce chiffre est très faible, alors qu'il est tenu pour acquis que la prise de médicaments pendant le travail est susceptible d'avoir un impact sur le démarrage de l'allaitement. En 2002, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) rappelait déjà que l'analgésie péridurale peut retarder le réflexe de succion [30]. Plus récemment, l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) précisait :

« Les stratégies de gestion de la douleur de l'accouchement peuvent affecter l'issue de l'accouchement, et secondairement, affecter le démarrage de l'allaitement, en plus de l'impact direct des médicaments eux-mêmes (...) Une succion faible, une mise au sein tardive, qui peuvent être le résultat des médicaments donnés aux mères, peuvent induire une montée de lait retardée ou absente, et une perte de poids importante du nourrisson. » [31].

En France, 78 % des parturientes ont accouché sous péridurale d'après l'enquête périnatale de 2010. Au vu des connaissances actuelles, ces femmes sont plus à risque de difficultés de mise en route de l'allaitement et de sevrage précoce, elles devraient donc bénéficier d'une information à ce sujet et être particulièrement soutenues et accompagnées.

3.2. Séances de PAN

Dans notre étude, 73 % des futures mères suivaient ou envisageaient de suivre des séances de PAN (87 % des nullipares et 50 % des multipares contre respectivement 73 % et 28 % d'après les résultats de l'enquête nationale de 2010 [26]). La participation à des séances de PAN était le seul point pour lequel les différences avec l'enquête périnatale étaient statistiquement significatives (annexe 5).

Des études décrites par l'OMS en 1999 permettent de conclure que les discussions de groupe sont utiles quand elles permettent de combattre certaines inhibitions, d'évoquer des idées reçues, ou de se livrer à des démonstrations pratiques [5]. En 2005, l'HAS a publié ses recommandations professionnelles pour la Préparation à la naissance et à la parentalité [15]. Un des objectifs est d'aider les femmes enceintes à décider du mode d'alimentation de leur enfant. L'HAS précise également que les programmes éducatifs structurés en période

prénatale améliorent le taux de mise en œuvre de l'allaitement et dans certains cas sa durée. Le professeur Turck précise dans son rapport de 2010 qu'il faut inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement, animés par un professionnel compétent ou par le référent en allaitement de la maternité, afin de soutenir le projet des femmes [27].

D'après notre enquête, la quasi-totalité des femmes ayant participé à ces séances a reçu des informations orales sur l'allaitement maternel, qu'elles soient suivies au centre hospitalier ou en cabinet libéral. En revanche, seulement la moitié y a également reçu des informations écrites alors que l'IHAB précise dans ses recommandations que l'information prénatale sur l'allaitement maternel doit être donnée oralement et par écrit [12].

Pour valider la recommandation 3, 70 % des femmes enceintes, rencontrées lors de la visite d'évaluation de l'équipe IHAB, doivent également confirmer qu'un membre du personnel soignant a discuté avec elles individuellement de l'allaitement maternel. Ce n'était le cas que pour 7 femmes sur 37 dans notre étude (moins de 20 % des futures mères). Il existe là aussi une véritable marge d'amélioration afin que l'ensemble des femmes pendant leur grossesse bénéficie d'une information sur l'allaitement maternel.

3.3. PMI

Seulement 3 femmes sur les 37 interrogées ont rencontré les services de la Protection Maternelle et Infantile au cours de leur grossesse. À cette occasion, ces 3 futures mères ont toutes bénéficié d'une information orale sur l'allaitement maternel et également par écrit pour l'une d'elles. Cette faible proportion peut s'expliquer par le fait que les services de PMI suivent essentiellement les grossesses à risque (hypertension artérielle, menace d'accouchement prématuré, grossesses multiples...) et les femmes enceintes en situation de précarité. Le repérage des facteurs de vulnérabilité se fait lors de la déclaration de grossesse ou lors de l'entretien prénatal précoce [32]. Les services de PMI peuvent apporter aux femmes enceintes des informations utiles sur leurs droits et les aider dans leurs démarches. Ils peuvent également leur donner des renseignements sur l'intérêt de l'allaitement et les dispositions légales et réglementaires existantes. Depuis plusieurs années, la consultante en lactation certifiée IBCLC du Centre Hospitalier de Sélestat organise régulièrement des séances de formation sur l'allaitement maternel pour le personnel des services de PMI, ce qui est cohérent avec le résultat que l'ensemble des femmes interrogées a reçu des informations sur l'allaitement de la part de ces professionnels.

3.4. Recherches personnelles

Vingt-deux futures mères (22/37) ont effectué des recherches personnelles sur l'allaitement au cours de leur grossesse et plus de la moitié d'entre elles (15/22) ont multiplié les sources d'informations.

Internet et les réseaux sociaux ont été les plus fréquemment cités, suivis de près par les livres et revues. La famille et les amis étaient également cités par plus de la moitié des femmes (12/22). Selon les études citées par l'OMS en 1999, les informations favorables à l'allaitement données en prénatal sont susceptibles d'influencer les femmes qui hésitent encore à allaiter mais *il apparaît qu'un soutien social permettra d'asseoir la décision finale plus efficacement* [5]. Les professionnels de santé ne sont donc pas l'unique source d'information pour les futures mères qui recherchent également l'avis et le soutien de leurs proches ou de leurs pairs, par exemple via les forums de discussion sur le net. Une des conclusions de l'OMS est qu'il s'avère souhaitable de faire participer le conjoint, la mère, les proches amis ou des pairs aux séances de préparation prénatale.

3.5. Groupes de soutien

Pour valider la recommandation 3 de l'IHAB, toutes les femmes enceintes doivent être informées par oral et par écrit de l'existence des associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés. Ce critère est cohérent avec la recommandation 10 : *encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique* [5]. Elle a pour objectif d'assurer la continuité du soutien lors du retour à domicile. Elle implique également de travailler en réseau avec les associations de soutien à l'allaitement et à la parentalité [12].

L'HAS précise, elle aussi, qu'il est essentiel d'accompagner chaque mère dès la sortie de la maternité en lui indiquant les coordonnées des associations capables de lui donner des conseils appropriés [17].

En effet, les groupes de mères aident, informent et soutiennent les mères qui désirent allaiter. Assister à des réunions de partage d'expérience permet d'aborder des sujets variés, que les mères n'oseraient peut-être pas aborder avec des professionnels de santé. Pour Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau, la base des groupes de soutien à l'allaitement, c'est l'aide de mère à mère, c'est à dire une oreille attentive, un sourire de compréhension, la réassurance de la normalité de son vécu [33]. Elle indique que les mères peuvent trouver le soutien nécessaire dans les multiples réseaux qui regroupent les femmes allaitantes. La Leche League France en

est un exemple typique. Cette association pour le soutien à l'allaitement maternel fait partie d'une organisation internationale existant depuis 1956.

Dans notre enquête quantitative, 59 % (22/37) des femmes ne connaissaient malheureusement pas ces associations de soutien à l'allaitement maternel. De plus, la moitié de celles qui les connaissaient n'en avaient pas été informées par les professionnels de santé. Il s'agissait plutôt d'une découverte fortuite dans des brochures lues en salle d'attente, au hasard de lectures ou sur internet. De même, la moitié des 6 futures mères que nous avons reçues en entretien n'était pas non plus informée de leur existence.

Il est vrai qu'au Centre Hospitalier de Sélestat, aucune information prénatale sur le sujet n'est clairement mise en place. C'est uniquement à la sortie de la maternité qu'une information écrite et orale est donnée de manière systématique à la remise du carnet de santé. En effet, un groupe de soutien de La Leche League « Les eLLeS » se réunit tous les mois au domicile d'une mère non loin de l'hôpital où nous exerçons. Un document avec les dates des rencontres à venir est donné à toutes les mères allaitantes à la sortie de la maternité (annexe 6). Nous avons rencontré les animatrices de ce groupe et assisté à des réunions à l'occasion de stages dans le cadre de notre formation au CREFAM. Nous avons apprécié la disponibilité des animatrices, la pertinence des informations données et surtout le temps d'échange, de partage et de soutien entre les différentes participantes.

Certaines femmes isolées lors d'un premier allaitement avec peu de soutien familial et professionnel ont pu voir leur allaitement se terminer par un sevrage prématuré souvent non souhaité. C'est dans ces situations notamment que les groupes de soutien peuvent jouer un rôle essentiel, il est donc dommage qu'ils ne soient pas connus plus largement lors de la grossesse car les femmes qui ont rencontré des difficultés importantes lors d'un premier allaitement peuvent choisir de ne pas allaiter lorsqu'elles sont à nouveau enceintes.

Aussi, il nous semble essentiel d'informer les femmes sur ce soutien possible lors de rencontres entre mères non seulement à la sortie de maternité comme c'est le cas actuellement, mais également durant la grossesse.

4. Contenu de l'information

4.1. Effets de l'allaitement maternel

Les services respectant la recommandation 3 offrent des informations complètes et exactes sur l'allaitement maternel à l'ensemble des femmes enceintes afin de leur permettre de faire un choix éclairé pour leur enfant à naître. Cet objectif implique de discuter l'importance de l'allaitement maternel, tant pour la santé du bébé que pour celle de la mère [5, 6, 12].

4.1.1. Connaissances sur l'intérêt de l'allaitement pour la santé de l'enfant

Quasiment toutes les femmes (5/6) que nous avons vues en entretien pouvaient citer plusieurs bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant. Pour elles, le premier intérêt était une meilleure immunité des enfants allaités grâce au passage des anticorps de la mère dans le lait maternel. C'était essentiellement la diminution de l'incidence et de la gravité des pathologies digestives, respiratoires et ORL qui ont été citées par 2 femmes. Le rôle de l'allaitement dans la prévention des allergies ainsi que la composition évolutive du lait maternel, adaptée aux besoins et à l'âge de l'enfant, ont été également nommés par 2 femmes sur 5.

Parmi les autres effets à court terme de l'allaitement maternel, n'ont pas été abordées la diminution des infections urinaires et la réduction du risque de mort subite du nourrisson par exemple.

Quant à l'intérêt de l'allaitement à plus long terme, son rôle probable dans la prévention de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent, la diminution du risque de diabète de type 2, de leucémie infantile, d'eczéma atopique et une meilleure réponse aux vaccinations n'ont pas été cités.

4.1.2. Connaissances sur l'intérêt de l'allaitement pour la santé de la mère

Cinq futures mères sur 6 interrogées étaient sensibilisées à l'intérêt de l'allaitement pour leur santé. Ainsi, 4 d'entre elles ont cité une perte de poids plus rapide comme premier bienfait de l'allaitement maternel. Pourtant, à l'heure actuelle, les études sur la perte de poids après la grossesse ne permettent pas de conclure de manière significative [34, 35].

La réduction du risque de cancer du sein a été nommée par 2 femmes. À l'inverse, une future mère pensait qu'allaiter son enfant pouvait augmenter le risque de cancer du sein.

Une future mère pensait que l'allaitement pouvait diminuer le risque de dépression du post-partum, ce qui n'est pas un fait validé à ce jour.

D'autres effets de l'allaitement maternel auraient pu être cités comme : l'effet protecteur contre le cancer de l'ovaire ou la diminution de l'incidence du diabète de type 2 (en l'absence de diabète gestationnel).

De nombreuses études ont été publiées ces dernières années, démontrant l'intérêt de l'allaitement maternel pour la santé. La déclaration de l'Académie américaine de pédiatrie de 2012 reprend les données scientifiques en rapport avec les résultats cités ci-dessus, tant pour la mère que pour l'enfant [34].

Notre étude nous montre que, quels que soient le lieu de PAN et les professionnels de santé rencontrés pendant la grossesse, les femmes avaient des connaissances assez limitées sur les effets de l'allaitement maternel sur leur santé et celle de leur(s) enfant(s).

Les professionnels de santé en charge de cette information pendant la grossesse n'ont peut-être pas suffisamment de connaissances sur le sujet pour pouvoir transmettre des informations de qualité, complètes, avec des données actuelles sur le sujet. De plus, la manière d'informer les futures mères joue un rôle capital. Ainsi, l'information n'est pas toujours donnée de la même façon et n'est pas reçue non plus de manière identique par les femmes. Pour certaines, un document écrit sera plus parlant qu'une information donnée à l'oral, et pourra être relu à plusieurs reprises. D'autres femmes seront plus réceptives lors d'une séance de PAN animée par une sage-femme avec des explications orales. Notre analyse renforce l'idée que l'information prénatale sur l'intérêt de l'allaitement maternel devrait être donnée par oral et par écrit, comme recommandé dans la recommandation 3 de l'IHAB.

4.1.3. Autres points cités sur l'intérêt de l'allaitement

Lors de nos entretiens, 4 femmes sur 6 ont indiqué que l'allaitement permettait d'établir un lien plus fort avec leur enfant. L'une d'elles a parlé du rôle que l'ocytocine joue pendant les tétées et a indiqué que c'était l'hormone de l'attachement. En effet, de nombreuses études ont montré que l'ocytocine a un effet anti-stress pour la mère et pour l'enfant, optimise toutes les fonctions vitales de l'enfant (cardiaque, respiratoire, digestive...) et influe sur sa capacité à s'attacher, à aimer, à établir et maintenir le lien. C'est « l'hormone de l'amour » [36]. L'allaitement maternel présente également un intérêt économique pour la famille. Au cours des entretiens, seule une femme a évoqué le fait que l'allaitement est économique par rapport à l'achat de préparations pour nourrissons en cas de non-allaitement. En effet, une mère qui allaite a besoin d'ajouter 300 à 400 kilocalories par jour à son alimentation, ce qui représente une dépense minime pour le budget familial [35].

Une augmentation modérée des taux et des durées d'allaitement pourrait également générer des économies en termes de santé publique. En effet, les taux de morbidité plus élevés chez les enfants non-allaités et chez leur mère représentent un coût loin d'être négligeable. Ainsi, dans un rapport de l'Unicef analysant les coûts de santé au Royaume-Uni, une économie de 40 millions de livres sterling pourrait être réalisée si la moitié des femmes qui n'allaitent pas le faisait pendant 18 mois [37].

Le côté « pratique » de l'allaitement (toujours prêt, à bonne température, évolutif selon les besoins et l'âge de l'enfant) a été cité par une femme seulement.

Dans le même ordre d'idées, l'aspect « écologique et naturel » de l'allaitement n'a pas été évoqué.

En dehors des effets de l'allaitement maternel sur la santé, les femmes que nous avons vues en entretien ne se sont que peu exprimées sur son intérêt économique, écologique et pratique. Effectivement, ces aspects de l'allaitement maternel ne sont que peu abordés au cours des séances prénatales. En discuter avec les femmes enceintes peut pourtant leur permettre de voir l'allaitement comme un choix qui répond à leurs attentes, non seulement en terme de santé mais aussi de simplification du quotidien et qui soutient certaines de leurs aspirations, comme l'écologie, par exemple.

4.2. Démarrage précoce de l'allaitement maternel

4.2.1. Intérêt des moyens non-médicamenteux pendant le travail

En 2006, l'OMS a ajouté une recommandation à celles déjà existantes pour l'obtention du label HAB [6, 12]. Cette recommandation concerne l'adoption de pratiques de soins durant le travail et l'accouchement susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'allaitement maternel.

Les établissements engagés dans la démarche rédigent une politique visant à mettre en œuvre des pratiques et/ou des procédures respectant les besoins des mères et des bébés pendant le travail et l'accouchement. Cette politique doit être portée à la connaissance des femmes durant leur grossesse et inclut la possibilité d'être accompagnée par une ou deux personnes de leur choix tout au long du travail et de l'accouchement, de boire et manger léger pendant le travail et d'adapter leurs positions pour leur confort. Les futures mères sont également informées des différentes méthodes non médicamenteuses pour gérer la douleur et se sentir mieux. Enfin, le personnel fournit des explications sur ce qui permettra, à la mère et à son

bébé, d'être plus alertes à la naissance, et qui favorisera ainsi le démarrage de l'allaitement maternel [12, 38].

Les 6 femmes rencontrées en entretien ont toutes été surprises par notre question : *en rapport avec le travail et l'accouchement, quels sont les moyens disponibles pour favoriser le lien mère-enfant ?* Aucune d'elles n'a su répondre à cette question.

Peut-être aurions-nous dû la reformuler afin que les femmes soient plus à même d'y répondre. Il semble que les mères n'aient pas perçu le lien entre les pratiques pendant le travail et l'établissement du lien mère-enfant alors qu'elles l'ont clairement retenu pour le contact peau à peau (voir plus bas). Pourtant, les 4 mères primipares avaient suivi une PAN, les 2 autres, multipares, l'ayant fait lors d'une grossesse précédente. Dans la mesure où toutes les femmes enceintes ne suivent pas une PAN, il paraît important pour la suite de travailler avec tous les professionnels intervenant en prénatal pour intégrer les informations liées à la recommandation n°12 dans leurs échanges avec les futurs parents, au cours de consultations, de la PAN et des autres occasions de rencontres, individuelles ou collectives.

4.2.2. Peau à peau

Pour se conformer à la recommandation 3 de l'IHAB, l'information donnée aux futures mères doit traiter de l'importance du contact peau à peau immédiat à la naissance. Le peau à peau fait d'ailleurs l'objet de la recommandation 4 de l'IHAB, qui est : *laisser le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure, encourager la mère à reconnaître que le bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin* [6].

Quasiment toutes les futures mères (5/6) ont eu des informations sur le peau à peau en PAN. Il ressort de notre enquête que, quel que soit l'endroit où ces femmes se sont préparées pendant la grossesse, elles ont été sensibilisées à la pratique du peau à peau. Ceci est très encourageant et nous montre que les professionnels de santé du réseau sont conscients de l'importance de cette pratique, qui est de plus en plus connue et se généralise.

Dans notre établissement, la visite du service de maternité proposée aux futures mères suivant des séances prénatales en libéral, est également l'occasion de mentionner que l'enfant est mis en peau à peau avec sa mère en salle de naissance.

Notre étude a montré que les femmes que nous avons vues en entretien avaient de réelles connaissances sur l'intérêt du peau à peau. Le bénéfice le plus souvent cité était le côté rassurant et calmant pour le bébé.

L'optimisation du premier contact, un lien mère-enfant renforcé, une meilleure régulation thermique et un rôle favorisant pour le démarrage de l'allaitement maternel ont été nommés par la moitié des femmes (3/6).

De nombreuses études vérifient ces données [39-45].

Certains autres bénéfices n'ont pas été cités :

- l'effet positif sur la durée d'allaitement,
- l'effet antalgique du peau à peau,
- la colonisation bactérienne du nouveau-né par les germes de la mère,
- une meilleure adaptation extra-utérine (cardiaque, respiratoire et métabolique).

Il est essentiel de transmettre ces données plus scientifiques à nos collègues, pour renforcer encore l'idée que le peau à peau précoce, prolongé et ininterrompu est à favoriser après chaque naissance, y compris en cas de césarienne. Les recommandations de l'OMS, fondées sur les études scientifiques vont dans ce sens.

Notre étude nous amène à envisager des actions pour informer plus complètement les futurs parents sur l'intérêt du peau à peau en salle de naissance. Le nouveau-né étant dans un état de vigilance optimale, il est prêt à se diriger vers le sein et à commencer à téter.

Le moment idéal pour sensibiliser les futurs parents nous semble être au moment des séances de PAN. En effet, un échange en prénatal autour des compétences, des besoins et du rythme des nouveau-nés pourrait être proposé dans notre maternité.

4.3. Pratique de l'allaitement maternel

4.3.1. Rythme des tétées

L'allaitement à la demande du bébé est un des 10 points-clés qu'il est nécessaire d'aborder en prénatal pour valider la recommandation 3 de l'IHAB. Il s'agit également de la recommandation 8 qui précise d'encourager l'alimentation à la demande de l'enfant [6].

Il est essentiel de savoir si les mères comprennent bien qu'allaiter à la demande ne veut pas dire allaiter quand le bébé pleure, mais plutôt allaiter quand le bébé montre qu'il est prêt : mouvements rapides des yeux sous les paupières, étirement, mains portées à la bouche,

mouvements de léchage et de succion, bruits de succion, agitation, petits bruits, recherche active, éveil [17, 41]. L'observation des différentes phases (sommeil léger, éveil calme et éveil agité) dans lesquelles se trouve le nouveau-né est l'occasion pour la mère d'identifier plus précisément les premiers signes du besoin de téter de son enfant.

Ainsi, apprendre aux mères à reconnaître les petits signaux d'éveil est primordial. Gisèle Gremmo-Feger précise qu'*allaiter à la demande permet un démarrage de la lactation facilité, diminue les risques d'engorgement pour la mère, réduit la perte de poids du nouveau-né et les risques d'ictère important et augmente la durée totale de l'allaitement* [11]. L'ANAES précise que « seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels. (...) La plupart des bébés tête fréquemment y compris la nuit. (...) Il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées » [30].

Au cours des entretiens, quatre futures mères ont parlé d'allaitement à la demande, mais ne connaissaient pas les signes d'éveil du nouveau-né. Une d'elles a cité le réflexe de succion, une autre, le réflexe de foussement sans pour autant avoir d'indications précises sur l'état de vigilance optimal du bébé pour une tétée efficace. Pour 2 futures mères c'étaient les pleurs qui signifiaient l'envie de téter.

Aussi, les pleurs du bébé doivent également faire partie intégrante de l'information donnée en prénatal. Attendre que l'enfant pleure pour le nourrir est une pratique culturellement bien ancrée, même pour certains professionnels de santé. Il est utile de transmettre aux femmes que proposer le sein quand le nouveau-né pleure peut compliquer le démarrage de l'allaitement.

Ce chapitre consacré à l'allaitement à la demande nous permet de prendre conscience que finalement, le comportement « normal » d'un nouveau-né est peu connu par les femmes. Lors de la séance prénatale consacrée à l'allaitement actuellement en place au centre hospitalier, les besoins, le rythme et les compétences du nouveau-né ne sont que peu abordés. Il nous semble essentiel d'y remédier en instaurant par exemple une réunion prénatale autour de ce thème à l'intention de toutes les futures mères, qu'elles souhaitent allaiter ou pas.

De même, des photographies illustrant les signes qui montrent que le bébé est prêt à téter pourraient être affichées dans la salle de PAN. Une fiche pratique retrouvée sur le site Lactitude en est un parfait exemple [46].

4.3.2. Fréquence des tétées

L'importance des tétées fréquentes est un des 10 points-clés figurant dans le contenu minimum de l'information prénatale, selon l'IHAB [6]. La plupart des nouveau-nés allaités ont besoin de téter fréquemment, y compris la nuit (en moyenne 10 à 12 fois/jour). Ce rythme de tétée va largement contribuer à obtenir une lactation suffisante [30, 47].

Seulement, deux femmes ont mis en lien la fréquence des tétées et le démarrage de la lactation. Elles ont évoqué la stimulation régulière pour obtenir une lactation en rapport avec les besoins nutritionnels du bébé. Deux autres femmes ont parlé du rôle réconfortant, du plaisir et du bien-être qu'apportent les tétées fréquentes au nouveau-né, sans pour autant les mettre en relation avec la production de lait. Une future mère a associé la petite capacité de l'estomac du bébé et la nécessité d'une fréquence accrue des tétées.

Il est essentiel de transmettre aux futures mères des informations sur la conduite pratique de l'allaitement. Le comportement habituel d'un bébé au sein est peu connu. Le besoin fréquent de téter est souvent interprété comme « anormal », signe d'une insuffisance de lait. Ainsi, lors des séances de PAN, la sage-femme animatrice pourrait insister sur l'importance des tétées fréquentes et irrégulières durant les premières semaines. De même, il serait nécessaire de préciser que, plus les seins sont stimulés, plus ils produisent de lait. De plus, l'estomac du nouveau-né est petit et le lait maternel se digère rapidement. Par conséquent, les bébés ont besoin de téter fréquemment. Le fait de comparer leur estomac le premier jour à la taille d'une noix est plus parlant pour certaines mères, qui, à l'aide cette image, peuvent mémoriser plus facilement les informations associées.

4.3.3. Positions d'allaitement

La description de positions d'allaitement adaptées doit également faire partie de l'information donnée à toutes les femmes enceintes, par oral mais aussi par écrit [6].

En effet, si le bébé est installé de manière optimale, la tétée sera plus efficace et il recevra plus de lait. Une position appropriée permettra également de prévenir les douleurs et les lésions des mamelons [17].

De même, informer les femmes des différentes positions peut être intéressant. Ainsi, quand le bébé est installé sous un angle différent, il exerce une pression sur un endroit différent du sein, de l'aréole et du mamelon. Ceci permet également de prévenir ou soulager les mamelons douloureux.

Toutes les femmes que nous avons vues en entretien ont eu des informations sur les positions d'allaitement. Mais pour la moitié d'entre elles, les positions ont seulement été évoquées sans qu'elles puissent en décrire des éléments ou même simplement les citer.

Deux futures mères ont assisté à des séances prénatales animées par des sages-femmes utilisant plusieurs supports, visualisation d'un film ou démonstration pratique avec une poupée qui complétaient les informations données oralement.

Dans son rapport *L'allaitement maternel, Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*, l'ANAES préconise de *promouvoir l'allaitement maternel avant l'accouchement en associant plusieurs techniques éducatives (groupes de discussion, cours de préparation à la naissance et à la parentalité, brochures, vidéos, manuels d'auto-apprentissage, etc.)* [30].

Devant le peu de connaissances des femmes interrogées, il nous semble effectivement essentiel de revoir avec nos collègues la construction et l'animation de la séance prénatale actuellement en place au Centre Hospitalier de Sélestat et il serait souhaitable d'y associer les sages-femmes exerçant en libéral et à la PMI. Par exemple, le guide de l'INPES [19] pourrait être remis de manière systématique par la sage-femme animatrice, en présentant certaines pages particulièrement utiles pour les débuts de l'allaitement. De nombreuses photographies illustrant des positions d'allaitement y sont présentées. De plus, une démonstration pratique avec une poupée compléterait les informations données.

Des ressources Internet [48], des lectures [24, 47, 49] peuvent être indiquées aux futures mères qui le souhaitent, en complément des séances prénatales. De même, assister à des réunions de groupes de soutien à l'allaitement peut être l'occasion pour les futures mères de voir des mères allaiter, d'échanger avec elles sur leurs expériences et d'observer les positions qu'elles utilisent. Il est donc essentiel que les futures mères qu'elles soient informées de l'existence de ces associations dès le prénatal.

4.3.4. Prise du sein adaptée

Comme précisé dans le thème sur l'allaitement à la demande, il est essentiel de mettre le bébé au sein lorsque celui-ci est en éveil calme. Il sera ainsi plus patient et plus apte à prendre le sein de manière idéale. La prise du sein fait, elle aussi, partie des notions à détailler en prénatal pour se conformer à la recommandation 3 de l'IHAB [6].

Pour Jack Newman, *une bonne prise du sein est cruciale pour le succès de l'allaitement. C'est la clé d'un allaitement réussi* [44, 50]. Pour Gisèle Gremmo-Feger, c'est aussi un

facteur déterminant de la réussite de l'allaitement [11]. Faire en sorte que le bébé prenne le sein correctement permet une succion efficace et un transfert de lait optimal en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon [30]. Quelle que soit la position adoptée par la mère, on peut avoir une prise du sein adaptée, à condition de respecter certains principes. Ainsi, Gisèle Gremmo-Feger indique que l'enfant doit être bien positionné : face à sa mère, tête dans l'axe, en faisant en sorte que la prise du sein soit légèrement asymétrique; pour cela le bébé doit toucher le sein d'abord avec le menton, le mamelon pointant vers le toit du palais. Quand il est positionné correctement le bébé recouvre alors plus d'aréole avec sa lèvre inférieure qu'avec sa lèvre supérieure, ses lèvres sont complètement retroussées vers le sein [11].

Au cours des entretiens, la prise du sein a été évoquée lors des séances de PAN par les 4 futures mères qui l'avaient suivie : uniquement à l'oral pour 3 femmes et à l'aide d'une vidéo accompagnée d'explications orales pour une autre femme. Trois futures mères n'ont pas réussi à nous décrire de manière précise comment le bébé prend le sein. L'ouverture de la bouche, la prise large au niveau de l'aréole et le rôle de la langue ont été simplement évoqués.

Seule une femme a décrit justement que présenter le mamelon à hauteur du nez permettait une plus grande ouverture de bouche et que le mamelon serait alors orienté en direction du palais. Les douleurs liées à une mauvaise prise du sein n'ont été abordées que par 2 femmes.

Là encore, l'information prénatale sur la prise du sein optimale ne semble pas avoir été donnée de manière complète et précise. Pourtant, les sages-femmes animatrices de la PAN ont été formées par la consultante en lactation IBCLC de l'établissement. Celle-ci organise au minimum une fois par an une rencontre avec les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture. Cette rencontre est prévue dans le planning et compte dans notre temps de travail. Le personnel concerné est tenu d'y assister. La consultante en lactation aborde de manière systématique chaque année les positions d'allaitement comme la madone inversée et le BN notamment, qui permettent au nouveau-né de se trouver dans des conditions adéquates pour prendre le sein de manière optimale et prévenir et/ou limiter les lésions du mamelon.

Par ailleurs, comme déjà décrit dans le thème précédent sur les positions d'allaitement, il est recommandé d'utiliser plusieurs techniques éducatives lors des séances de PAN [30]. Des photos illustrant la prise du sein et des films vidéo, accompagnés d'informations orales précises pourraient être complémentaires à la séance prénatale actuellement en place.

4.4. Cohabitation 24 h/24

Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 h sur 24 est l'intitulé de la recommandation 7 [6]. D'après l'IHAB, la mère et l'enfant devraient rester le plus possible ensemble pendant tout le séjour en maternité qu'il y ait allaitement ou non. Il est également recommandé que les examens et soins au bébé soient faits en chambre [8, 41].

Le docteur Jack Newman précise dans son feuillet d'information, *Breastfeeding-Starting Out Right*, qu'il n'y a absolument aucune raison médicale pour séparer les mamans et les bébés en bonne santé, même pour de courtes périodes [44]. Gisèle Gremmo-Feger insiste sur le fait que la mère et le bébé cohabitent *jour ET nuit* [11]. En effet, il arrive encore fréquemment dans les hôpitaux que les mères soient encouragées à confier leur nouveau-né en pouponnière la nuit, l'argument principal des professionnels de santé étant le manque et la qualité de sommeil de la mère. Plusieurs études montrent pourtant l'inverse. Ainsi, la présence du bébé dans la chambre la nuit ne modifie pas le sommeil maternel de façon notable, mais au contraire, elle augmente et améliore le sommeil nocturne du bébé [5]. Le fait de garder les nouveau-nés dans la chambre de la mère favorise réellement l'allaitement à la demande [11].

Dans notre étude, 5 femmes sur 6 avaient des notions générales sur le sujet. Ainsi, la réassurance du bébé, la familiarisation de l'un avec l'autre ont été évoquées par 3 d'entre elles. Il semblait logique pour une future mère que le bébé et sa mère restent ensemble de manière continue.

Seules 2 femmes reçues en entretien ont mis en lien la cohabitation mère-bébé 24 h/24 et l'allaitement, qui était facilité d'après elles. Cependant, elles n'ont pas su développer, ni expliquer pourquoi cette cohabitation jour et nuit est si importante.

Cette notion essentielle au démarrage de l'allaitement maternel n'est évoquée que brièvement lors des séances de PAN que ce soit en libéral ou au centre hospitalier. En l'abordant de manière peu approfondie et souvent non documentée, les professionnels de santé ne mesurent probablement pas l'impact de cette non-information. Ainsi, les futures mères n'ont pas réellement conscience que la cohabitation avec leur bébé 24 h/24 joue un rôle majeur dans le démarrage de l'allaitement maternel.

Le fait de garder le bébé dans sa chambre jour et nuit permet à la mère d'apprendre à connaître les premiers signaux d'éveil. S'ils sont séparés et que le bébé montre qu'il veut téter, il sera ramené à sa mère au moment des pleurs le plus souvent, alors que son envie de téter était manifeste depuis un moment déjà. La prise du sein peut alors être plus difficile et le nombre de tétées insuffisant. Les séparations mère-enfant constituent un facteur de risque pour le démarrage de l'allaitement.

Il nous semble indispensable de transmettre à nos collègues des informations de qualité sur le sujet. Ainsi, les professionnels de santé animant les séances de PAN devraient être en mesure d'informer les futurs parents sur l'importance de la cohabitation 24 h/24 avec leur bébé.

De même, les besoins, les compétences, les rythmes et le comportement habituel d'un nouveau-né pourraient être abordés au cours d'une séance prénatale qui compléterait celle dédiée principalement à l'allaitement, instaurée depuis de nombreuses années au Centre Hospitalier de Sélestat.

4.5. Recommandations de l'OMS

Répondre à la recommandation 3 de l'IHAB signifie aussi que l'information donnée à toutes les femmes enceintes aborde l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois [6]. De même, l'OMS, la Haute Autorité de Santé, le Plan National Nutrition Santé et la Société Française de Pédiatrie recommandent un allaitement exclusif de 6 mois [1, 2, 5, 17, 51]. La recommandation 6 de l'IHAB précise de *privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication contraire*. De même, la poursuite de l'allaitement maternel après 6 mois avec la diversification alimentaire doit aussi être abordée [6].

- *Connaissances sur la durée de l'allaitement :*

Dans nos entretiens, la durée optimale d'allaitement était aux alentours de 6 mois pour 5 femmes sur 6. Deux d'entre elles, précisaient un allaitement « exclusif ».

Seule une future mère indiquait avoir lu un article sur les recommandations de l'OMS et pouvait préciser la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et plus selon le souhait des mères. Aucune des femmes n'avait d'informations sur l'intérêt de poursuivre l'allaitement après 6 mois après la diversification alimentaire.

À l'issue de notre étude, nous nous sommes rendues compte que les informations sur la durée de l'allaitement exclusif et sa poursuite au-delà de 6 mois ne sont pas systématiquement diffusées en prénatal. La seule femme qui avait des connaissances précises avait lu un article sur le sujet en faisant des recherches personnelles et n'avait pas été informée des recommandations de l'OMS par des professionnels de santé.

▪ *Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et usage des tétines et sucettes :*

La recommandation 3 de l'IHAB précise qu'il est essentiel d'allaiter *sans eau, ni tisanes, ni laits infantiles et en évitant l'usage des tétines et des sucettes pendant les 6 premiers mois*. De même, la recommandation 9 de l'IHAB précise qu'il faut *éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou des tétines) pour les enfants allaités* [6].

Pour Gisèle Gremmo-Feger, *l'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace, a accès au sein sans restriction et si la lactation s'établit dans des délais normaux* [10, 51].

La moitié des futures mères a indiqué au cours des entretiens que le lait maternel était suffisant et qu'il n'était pas nécessaire de donner de l'eau, des tisanes ou des préparations pour nourrissons en plus de l'allaitement maternel. Mais elles ne connaissaient pas les conséquences des compléments sur la conduite de l'allaitement. En effet, ceux-ci risquent de perturber le bon déroulement de l'allaitement : ils peuvent diminuer l'envie de téter du bébé, l'amener à espacer les tétées et par conséquent, conduire à une production de lait insuffisante et un sevrage plus précoce [30, 51]. De plus, les suppléments d'eau, de tisanes ou de laits infantiles modifient la flore intestinale du bébé et augmentent donc le risque de pathologies.

En informant les futures mères que l'eau représente plus de 85 % de la composition du lait, celles-ci comprendraient probablement mieux l'intérêt d'allaiter sans donner d'eau et de tisanes. Quant aux compléments de laits infantiles, ils ne sont justifiés que dans de rares indications médicales. La prise du sein, la succion et la conduite de l'allaitement devraient, avant tout don de complément de lait infantile, être réévaluées par une personne compétente en allaitement. Si un supplément doit être donné, il le sera de préférence au sein à l'aide d'un Dispositif d'Aide à la Lactation (DAL), ou sinon par un autre moyen en évitant le biberon.

Par ailleurs, l'usage des tétines et biberons pendant l'allaitement est un thème que la majorité des futures mères a abordé lors des séances de PAN. En effet, pour 5 femmes sur 6, il y avait un risque de confusion sein/tétine pour le bébé qui a reçu des biberons ou sucettes au démarrage de l'allaitement. La façon de téter différente au sein et au biberon ainsi qu'une succion perturbée ont été citées.

Selon Gisèle Gremmo-Feger, il existe une association statistiquement négative entre usage de tétines et sucettes et durée de l'allaitement [11].

Jack Newman indique que *la confusion sein-tétine n'a pas comme seule conséquence possible le refus du sein par le bébé, mais englobe une variété de problèmes, incluant le bébé qui ne prend pas le sein aussi bien qu'il pourrait le faire et ainsi, il ne reçoit pas assez de lait et/ou la mère a des mamelons douloureux* [44]. Certains auteurs privilégient le terme de préférence sein/biberon ou sein/tétine [52]. De plus, la Société canadienne de Pédiatrie indique que l'utilisation des sucettes est impliquée dans le sevrage précoce, un accroissement de la fréquence des otites moyennes et des troubles dentaires [53].

Néanmoins, l'usage de la sucette est très répandu dans la culture actuelle. Elle est souvent utilisée pour « calmer » le bébé. Différentes manières de l'apaiser peuvent être expliquées aux parents (bercement, contact peau à peau, portage...). Le sein suffit habituellement à satisfaire les besoins de succion du bébé.

Il serait utile d'expliquer aux futures mères les conséquences possibles liées à l'utilisation des biberons ou tétines. Inclure dans les séances de PAN ou dans une brochure dédiée à l'allaitement distribuée en prénatal que : l'utilisation régulière d'une tétine peut satisfaire une partie des besoins de succion de l'enfant et l'amener alors à espacer les tétées, diminuant la stimulation des seins et la quantité de lait reçue par le bébé, permettrait aux futurs parents d'avoir des informations éclairées sur le sujet.

Les conséquences possibles liées à l'utilisation des biberons pendant l'allaitement sont également à aborder au même titre que les sucettes.

Le mécanisme de succion au sein n'est pas du tout le même que le mécanisme de succion au biberon : tandis qu'au biberon le lait coule tout seul dès le début, au sein, le bébé doit téter une ou deux minutes avant que le lait coule abondamment. Ces différences peuvent entraîner des confusions et des difficultés, voire un refus du sein. De plus, la position de la langue et des gencives du bébé sur le mamelon et l'aréole est différente de la position sur la tétine, ce qui peut entraîner une confusion pour le bébé. Toutes ces données devraient aussi faire partie intégrante des informations apportées aux futures mères.

V- Perspectives

Notre étude auprès des femmes enceintes nous a permis de mettre en évidence des pistes d'amélioration de la diffusion et de la qualité de l'information prénatale sur l'allaitement maternel.

En période prénatale, l'information seule, délivrée individuellement ou en groupe a un impact limité sur le taux et la durée de l'allaitement maternel. Les pratiques qui encouragent l'allaitement maternel, selon l'ANAES, sont l'information prénatale donnée aux futurs parents mais surtout *l'association de plusieurs techniques éducatives* (groupes de discussions, séances de PAN, brochures, vidéos, manuels d'auto-apprentissage...) [30]. Il nous paraît donc indispensable d'offrir aux femmes la possibilité de recevoir des informations sur l'allaitement maternel tout au long de leur grossesse sous des formes différentes et avec des supports variés.

Aussi, encourager la participation des femmes (et de leur conjoint) à l'entretien prénatal précoce est essentiel. Cela leur permettrait d'obtenir des informations sur l'allaitement maternel tôt dans leur grossesse et ainsi pour certaines de faire un choix éclairé du mode d'alimentation de leur enfant.

Il nous semble également nécessaire d'organiser des réunions d'information et d'échange sur l'allaitement maternel entre les différents professionnels du réseau (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, services de la PMI) chargés du suivi des femmes durant leur grossesse. Ces rencontres permettraient d'insister sur les enjeux de la promotion de l'allaitement maternel et de sensibiliser ces professionnels sur leur rôle essentiel pour informer les femmes, si besoin les adresser à un professionnel compétent et leur indiquer les groupes locaux de soutien à l'allaitement maternel.

Afin que l'ensemble des femmes souhaitant accoucher au Centre Hospitalier de Sélestat bénéficie de la même information, travailler encore davantage en réseau avec les professionnels des cabinets libéraux ainsi qu'avec les services de PMI nous paraît indispensable.

Pour se conformer à la recommandation 3 du label HAB, il y aura besoin de généraliser la distribution, à l'ensemble des femmes souhaitant accoucher dans notre établissement, d'une

brochure regroupant des informations sur les bénéfices et la conduite pratique de l'allaitement maternel mais également sur l'existence des groupes de soutien.

S'informer pendant la grossesse est capital pour la conduite pratique de l'allaitement autant que pour échanger autour des représentations des futurs parents sur le comportement habituel et quotidien des nouveau-nés. Aussi, une réunion prénatale consacrée aux besoins, aux compétences et au rythme des bébés pourrait également être proposée à tous les futurs parents.

Cela offrirait notamment la possibilité aux femmes ne souhaitant pas allaiter leur bébé d'obtenir des informations utiles pour accueillir leur bébé comme le peau à peau ou l'importance de la proximité mère/enfant.

La séance de PAN dédiée à l'allaitement mise en place depuis de nombreuses années dans l'établissement où nous exerçons, pourrait être entièrement remaniée. Elle pourrait être dans un premier temps co-animée par une sage-femme de l'équipe et une consultante en lactation IBCLC. En effet, à l'issue de notre formation au CREFAM et suite à l'obtention de l'examen, nous serons quatre consultantes certifiées IBCLC au sein de l'établissement, ce qui représente un véritable atout pour notre service. Les informations délivrées lors de cette séance pourront s'appuyer directement sur les 10 points-clés de l'IHAB.

Enfin, créer une fiche de traçabilité de l'information prénatale sur l'allaitement maternel fait partie de nos objectifs. Ce document, inséré dans le dossier médical de chaque femme, sera complété tout au long de la grossesse par les professionnels assurant le suivi et résumera les informations déjà données aux femmes ainsi que les points indispensables encore à aborder avec elles. Il sera noté sur la fiche de traçabilité *si la femme a eu des difficultés lors d'un allaitement précédent, si elle a une pathologie ou un traitement pouvant interférer avec l'allaitement ou si c'est un premier allaitement* [12, 54]. Dans ces situations, les femmes pourront bénéficier d'une attention et d'un soutien renforcés (entretien individuel avec une consultante certifiée, séance en groupe, rencontre groupe de mères...).

Par ailleurs, nous avons été surprises du nombre de femmes souhaitant nous rencontrer à l'issue du questionnaire. Les entretiens que nous avons menés ont été très appréciés par les femmes, mais également par les futurs pères lorsqu'ils étaient présents. Ils se sentaient de plus en plus concernés et n'ont pas manqué de nous poser des questions à l'issue de l'entrevue.

Ces rencontres nous ont permis de compléter notre travail sur la diffusion de l'information, mais ont aussi permis aux futures mères de s'interroger sur les différents thèmes abordés. Ainsi, elles ont, toutes les 6, profité de nos échanges pour enrichir leurs connaissances en termes d'allaitement maternel. Ces entretiens ont été finalement plus informatifs pour elles que pour nous. Ceci nous amène à nous questionner sur l'éventualité de proposer un entretien individuel plus proche du terme. Il serait, semble-t-il plus intéressant pour les futurs parents et serait l'occasion pour le professionnel de santé de se rendre compte que l'information apportée pendant la grossesse a été bien comprise par les futurs parents.

Conclusion

Notre travail avait pour objectif de vérifier la conformité de notre établissement à la recommandation 3 de l'IHAB : *Informar toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.*

L'enquête quantitative, sous forme d'un questionnaire distribué à des futures mères pendant un monitoring à l'hôpital, nous a permis d'étudier la diffusion de l'information prénatale sur l'allaitement maternel. Ainsi, nous avons pu constater que les femmes enceintes rencontraient une grande diversité de professionnels au cours de leur grossesse et avaient donc de nombreuses occasions d'obtenir des informations sur l'alimentation de leur enfant à naître.

La réalisation d'entretiens avec 6 futures mères nous a permis d'évaluer leurs connaissances sur les bénéfices et la conduite pratique de l'allaitement maternel.

Cet état des lieux a mis en évidence le fait qu'à l'heure actuelle aucune politique d'information sur l'allaitement maternel n'est clairement mise en place au Centre Hospitalier de Sélestat. Par conséquent, l'ensemble des femmes enceintes ne bénéficie pas des mêmes informations, ce qui justifie que notre service entame un travail de fond en vue de respecter la recommandation 3 de l'IHAB.

Nous avons proposé des perspectives de travail afin de mieux organiser l'information prénatale sur l'allaitement maternel au sein de notre établissement mais également en partenariat avec les membres du réseau et les groupes de mères. Le contenu de cette information s'appuiera sur les 10 points-clés de l'IHAB et sera proposé aux femmes à l'oral et à l'écrit et à l'aide différents supports (réunions de groupes, brochures, vidéo, démonstrations pratiques...).

Toutes ces propositions d'amélioration feront l'objet d'un autre travail qu'il sera important d'évaluer auprès des futurs parents avec de nouvelles enquêtes. Il sera alors temps de s'interroger sur la façon d'apporter des connaissances sur l'allaitement maternel à tous les futurs parents. Répondre à leurs souhaits en amenant au fur et à mesure de leur questionnement des informations justes et complètes leur permettra de prendre une décision éclairée sur le choix d'alimentation pour leur enfant à naître.

Références bibliographiques

- [1] OMS & UNICEF. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Genève: OMS; 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf> (Consulté en mars 2017).
- [2] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2011-2015. 2011. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf (Consulté en mars 2017).
- [3] Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(34):383-7.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-34-2012> (Consulté en mars 2017).
- [4] OMS & UNICEF. Déclaration conjointe : Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité, Genève: OMS; 1989. http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9242561304_fre.pdf (Consulté en mars 2017).
- [5] OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, Genève: OMS; 1999. http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf (Consulté en mars 2017).
- [6] IHAB France. Les 12 Recommandations. 2016.
<https://amis-des-bebes.fr/pdf/12-recommandations-IHAB.pdf> (Consulté en mars 2017).
- [7] OMS. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève: OMS; 1981. http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf (Consulté en mars 2017).
- [8] OMS. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, Genève: OMS; 2003. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43227/1/9242590843_fre.pdf (Consulté en mars 2017).
- [9] IHAB France. Les établissements labellisés. 2016.
<https://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php> (consulté en mars 2017).
- [10] Marchand-Lucas L. Communiquer pour faciliter la mise en œuvre d'un comportement de santé : l'allaitement maternel. 5^e colloque LACTEA. 29 septembre 2012 ; Avignon, France.

- [11] Gremmo-Féger G. Comment bien démarrer l'allaitement maternel ? Institut Co-naître, 34^e journée de périnatalité. Réseau de périnatalité de Franche-Comté. 15 mars 2006 ; France. <http://www.co-naître.net/wp-content/uploads/2016/04/demarrageallaitementGGFaug06.pdf> (Consulté en mars 2017).
- [12] IHAB France. Le formulaire d'auto évaluation IHAB et critères pour les services de maternité et de néonatalogie. 2016. <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AUTOEVALUATION-IHAB-juin-2016.pdf> (Consulté en mars 2017).
- [13] Centre Hospitalier de Sélestat. Registre des naissances 2015. 2015.
- [14] Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, recommandations professionnelles. 2016. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf (Consulté en mars 2017).
- [15] Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité, recommandations professionnelles. 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf (Consulté en mars 2017).
- [16] Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ?, recommandations professionnelles. 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf (Consulté en mars 2017).
- [17] Haute Autorité de Santé (HAS). Favoriser l'allaitement maternel, Processus-Évaluation, 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf (Consulté en mars 2017).
- [18] UNICEF United Kingdom : The evidence and rationale for the UNICEF UK Baby Friendly Initiative Standards. 2013 ; p.57-61. https://www.unicef.org.uk/wp-content/uploads/sites/2/2013/09/baby_friendly_evidence_rationale.pdf (Consulté en mars 2017).
- [19] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes). Le guide de l'allaitement maternel. 2010. http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf (Consulté en mars 2017).

[20] Réseau périnatal « Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon ». Nos premiers jours. Fiche pour les mères n° 3 du référentiel Allaitement Maternel (GRAM). Juin 2007.

http://nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/Fiche_3.pdf

(Consulté en mars 2017).

[21] Haute Autorité de Santé (HAS). Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/reco2clics_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf

(Consulté en mars 2017).

[22] Haute Autorité de Santé (HAS). Guide méthodologique : Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. 2008.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf

(Consulté en mars 2017).

[23] Centre Hospitalier de Sélestat. Statistiques internes 2015. 2015.

[24] Colson S. Introduction au Biological Nurturing : Nouvelles perspectives sur l'allaitement maternel. Paris: CREAM; 2014. 149 pages.

[25] https://cleavermonkey.files.wordpress.com/2015/10/w-lawrence-neuman-social-research-methods_-_qualitative-and-quantitative-approaches-pearson-education-limited-2013.pdf

[26] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Inserm ; 2011.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

(Consulté en mars 2017).

[27] Turck D. Plan d'action : Allaitement maternel. Direction Générale de la Santé; Juin 2010. 40 pages.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

(Consulté en mars 2017).

[28] : Roméo AM. Allaitement maternel et tabac : bénéfices ou risques ? Que conseiller ? La Lettre du Pneumologue 2011;XIV(2):54-9.

<http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/17385.pdf>

[29] International Lactation Consultant Association (ILCA). What is an IBCLC ?

<http://www.ilca.org/main/why-ibclc/ibclc> (Consulté en mars 2017).

[30] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel, Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant - Recommandations. Paris, 2002.

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

(Consulté en mars 2017).

[31] Montgomery A, Hale TW and The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and Anesthesia for the Breastfeeding Mother, Revised 2012. Breastfeeding Medicine. 1 déc 2012;7(6):547-53.

<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/bfm.2012.9977>

Traduction française La Leche League France : https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/download/69_a5338bc672510279735eaa9a6c0

(Consultés en mars 2017).

[32] Conseil général du Bas-Rhin. État des lieux de l'enfance et de la famille. Déc 2011.

http://www.bas-rhin.fr/eCommunityDocuments/E34C4D98-631D-459B-AA4E-61C91D2F7BA0/1744/document_conseil-general-bas-rhin-def-schema-enfance-2012-2016-etat-des-lieux.PDF

(Consulté en mars 2017).

[33] Didierjean-Jouveau CS. Soutenir les mères qui allaitent, le rôle des groupes de mères. Intervention à la Journée Départementale sur l'Allaitement, 26 novembre 1997 ; Bobigny.

<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1124-41-soutenir-les-meres-qui-allaitent-le-role-des-groupes-de-meres>

(Consulté en mars 2017).

[34] American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012 Mar; 129(3):e827-41.

Traduction partielle dans les Dossiers de l'Allaitement n° 95, 2013.

[35] Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J. Biologie de l'allaitement : Le sein, Le lait, Le geste. Québec (Québec), Canada: Presses de l'Université du Québec; 2006. 570 pages.

[36] Uvnas Möberg K. Ocytocine : L'hormone de l'amour : Ses effets sur notre santé et nos comportements. Barret-le-Bas (Hautes-Alpes): Le Souffle d'Or; 2006. 207 pages.

[37] UNICEF (Royaume-Uni). Preventing disease and saving resources. 2012.

http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Preventing_disease_saving_resources_policy_doc.pdf

(Consulté en mars 2017).

- [38] Bocognano A. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement. 2^e Journée Nationale IHAB. 4 novembre 2014 ; Paris. p 6-8.
- [39] OMS : La Protection Thermique du Nouveau-né : Guide pratique ; p 9, Genève, 1997.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63987/1/WHO_RHT_MSM_97.2_fre.pdf
(Consulté en mars 2017).
- [40] Gremmo-Féger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Les Dossiers de l'Allaitement n° 51, LLL France, 2002.
- [41] Marchand M-C, Pilliot M, Löfgren K. Initiative Hôpital Amis des Bébé : une démarche de qualité actuelle et méconnue. Médecine & enfance. Déc 2006 ; 585-9.
- [42] Girard L. Mettre en œuvre le peau à peau en sécurité. Les dossiers de l'Obstétrique n° 446. Mar 2015 ; 8-13.
- [43] Newman J. The importance of skin to skin contact. Traduction du feuillet d'information : L'importance du contact peau à peau. 2005.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-du-dr-newman/947-feuillet-1a-newman-importance-peau-a-peau>
(Consulté en mars 2017).
- [44] Newman J. Breastfeeding-Starting Out Right. Traduction du feuillet d'information : L'allaitement maternel : partir du bon pied. 2009.
<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-du-dr-newman/946-feuillet-1-newman-debuts-allaitement>
(Consulté en mars 2017).
- [45] : Gremmo-Féger G. Qualité et sécurité du peau à peau en salle de naissance. 8 janvier 2013 ; Paris.
<http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/Qualite-securite-peau-peau-IHAB-JANVIER-2013.pdf>
- [46] Site Lactitude. Signes de faim. <http://www.lactitude.com/text/signes-de-faim.html>
(consulté en juin 2016).
- [47] La Leche League. L'Art de l'Allaitement Maternel, les clés d'un allaitement heureux. Paris: Pocket; 2012. 608 pages.
- [48] Sikana. Allaiter en position Biological nurturing. Vidéo.
<https://www.youtube.com/watch?v=ZzrdbjAma34>
(Consulté en mars 2017).

[49] LLL France. Quelles positions pour allaiter ? Allaiter Aujourd'hui n°90 ; 2012.

<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1644-aa-90-quelles-positions-pour-allaiter>

(Consulté en mars 2017).

[50] Newman J, Pitman T. La prise du sein et autres clés d'un l'allaitement réussi. Traduction de l'anglais par Violaine Bideaux-Petit. Editions du Hêtre. 220 pages. 2010.

[51] Programme National Nutrition Santé (PNNS). Edition commune du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille et de la Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. 2005.

<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>

(Consulté en mars 2017).

[52] Laurent C. L'allaitement mixte est-il possible ? LLL France, Les Dossiers de l'Allaitement n°61 ; 2004.

<https://www.lllfrance.org/1202-da-61-lallaitement-mixte-est-il-possible>

(Consulté en mars 2017).

[53] Ponti M. Société canadienne de pédiatrie / Comité de la pédiatrie communautaire. Les recommandations sur l'usage des sucettes. Paediatr Child Health 2003 ; 8(8) : 523-8. Reconduit le 1^{er} février 2016.

<http://www.cps.ca/fr/documents/position/sucettes>

(Consulté en mars 2017).

[54] Lecanu A. Fiche traçabilité de l'information prénatale sur l'allaitement maternel au Centre Hospitalier de Vitré (35). 2^e Journée Nationale IHAB. 4 novembre 2014 ; Paris. p. 13-14.

https://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2015/livret-IHAB-2014.pdf

(Consulté en mars 2017).

Annexe 1 : feuillet du CH de Sélestat sur le suivi prénatal

Consultations prénatales :

La sage-femme est compétente pour suivre les grossesses sans risque.

Entretien précoce à la parentalité:

Des questions ? La sage-femme est là pour vous écouter et vous conseiller tout au long de votre grossesse.

Cours de préparation à la naissance :

6 cours en groupe abordant les étapes de la grossesse, l'accouchement, les suites couches etc... vous sont proposés.

Suivant votre préférence, vous pouvez choisir entre différentes approches:

- Traditionnelle,
- psycho-physico-émotionnelle,
- sophrologique,
- yoga.

Consultations d'aide au sevrage tabagique :

La sage-femme est là pour vous épauler, vous soutenir et vous guider dans votre décision d'arrêt du tabac.

Consultations de modelage

Thérapie manuelle inspirée de l'ostéopathie. Appliquée à :

- La femme enceinte (vomissements, douleurs, siège, contractions, ...),
- La femme accouchée (allaitement, dépression, épisiotomie, césarienne, ...),
- Au nouveau-né (coliques, agitations, ...).

Fleurs de Bach

Elles permettent d'équilibrer les émotions afin de retrouver paix et harmonie intérieure pour entamer une grossesse, un accouchement, un allaitement, ... avec sérénité.

Consultations d'acupuncture :

Elles sont dispensées pour soulager les maux pendant et après la grossesse.

Consultations diététiques :

La sage-femme est présente pour vous donner des conseils nutritionnels et gérer au mieux votre prise de poids.

Consultations de lactation :

- Pendant la grossesse (vécu difficile d'une première expérience, chirurgie mammaire, entretien individuel...)
- Après l'accouchement (consultations relais après la sortie de maternité)

Surveillance intensive de grossesse :

La sage-femme est en mesure de surveiller votre tension artérielle, le rythme cardiaque fœtal, un diabète gestationnel, une menace d'accouchement prématuré, etc...

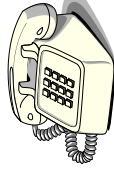
L'équipe du Centre Hospitalier de Sélestat est composée de :

- Gynécologues, anesthésistes, pédiatres
- Sages-femmes
- Equipe paramédicale
- Diététiciennes, assistantes sociales, kinésithérapeutes.

D'autres intervenants extérieurs complètent notre équipe :

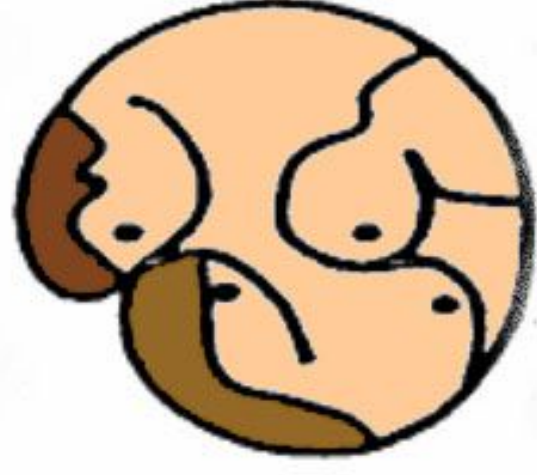
- CPP Obernai
- Planning familial, PMI
- Sages-femmes libérales
- Ostéopathe
- Psychologues
- Musicienne

Pour nous contacter :



- Venez nous voir...
- Prenez rendez-vous au secrétariat :
Tél. : 03 88 57 55 15
Du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h
- Visite de la maternité sur rendez-vous :
Tél. : 03 88 57 55 98
- En cas d'urgence obstétricale :
Tél.: 03 88 57 55 98

La maternité du Centre
Hospitalier de Sélestat



Annexe 2 : questionnaire pour l'étude quantitative

Madame,

Sages-femmes au Centre Hospitalier de Sélestat, nous réalisons un mémoire dans le cadre de notre formation pour devenir consultant en lactation.

Nous nous intéressons à la diffusion de l'information sur l'allaitement maternel pendant votre grossesse.

Merci de bien vouloir participer à notre étude en remplissant ce questionnaire.

Juliette LOUVIOT et Adèle RIT

A) Informations générales

1. Quel est votre âge ?

- ☐ moins de 20 ans ☐ 20 à 30 ans
☐ 31 à 40 ans ☐ plus de 40 ans

2. Quel est votre niveau d'études ?

- ☐ Brevet des collèges
☐ CAP/BEP
☐ BAC
☐ diplôme de l'enseignement supérieur
☐ pas de diplôme

3. Avez-vous des enfants ?

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 et plus

Si oui, merci de préciser le nombre d'enfant(s) précédemment allaité(s) :

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 et plus

Si oui, pendant combien de temps :

- 1^{er} enfant : ☐ moins de 3 mois ☐ de 3 à 6 mois ☐ plus de 6 mois
2^e enfant : ☐ moins de 3 mois ☐ de 3 à 6 mois ☐ plus de 6 mois
3^e enfant : ☐ moins de 3 mois ☐ de 3 à 6 mois ☐ plus de 6 mois
4^e enfant et plus : ☐ moins de 3 mois ☐ de 3 à 6 mois ☐ plus de 6 mois

B) Le suivi de cette grossesse

4. Date prévue de votre accouchement : _____ / _____ / _____
5. Le suivi médical est assuré par :
- ☐ sage-femme au Centre Hospitalier de Sélestat
 - ☐ gynécologue-obstétricien au Centre Hospitalier de Sélestat
 - ☐ suivi mixte au Centre Hospitalier de Sélestat
(sage-femme et gynécologue-obstétricien en alternance)
 - ☐ sage-femme en cabinet libéral
 - ☐ gynécologue-obstétricien en cabinet libéral
 - ☐ médecin traitant
 - ☐ Centre de Périnatalité et de Proximité (CPP) d'Obernai
 - ☐ autres : _____
6. Avez-vous eu un entretien à la parentalité avec une sage-femme du Centre Hospitalier de Sélestat ? (entretien individuel d'une durée de 45 minutes durant le 4^e mois de grossesse vous permettant de poser toutes les questions au sujet de votre grossesse, votre accouchement, vos difficultés éventuelles...)
- ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais plus

Si oui, y avez-vous reçu des informations sur l'allaitement maternel ?

- ☐ oui par oral
- ☐ oui par écrit
- ☐ oui par oral et par écrit
- ☐ non
- ☐ je ne sais plus

7. Lors de cette grossesse, avez-vous consulté une sage-femme spécialisée au Centre Hospitalier de Sélestat ? (voir ci-dessous)
- ☐ oui ☐ non

Si oui, cochez une ou plusieurs réponses possibles en précisant si vous y avez reçu des informations sur l'allaitement maternel :

☐ **Acupuncture :**

- ☐ pas d'info ☐ info orale ☐ info écrite ☐ info orale et écrite ☐ je ne sais plus

☐ **Diététique :**

- ☐ pas d'info ☐ info orale ☐ info écrite ☐ info orale et écrite ☐ je ne sais plus

☐ **Fleurs de Bach :**

- ☐ pas d'info ☐ info orale ☐ info écrite ☐ info orale et écrite ☐ je ne sais plus

☐ **Modelage :**

- ☐ pas d'info ☐ info orale ☐ info écrite ☐ info orale et écrite ☐ je ne sais plus

☐ **Tabacologie :**

- ☐ pas d'info ☐ info orale ☐ info écrite ☐ info orale et écrite ☐ je ne sais plus

8. Savez-vous qu'il est possible de rencontrer individuellement une sage-femme consultante en lactation durant la grossesse ?

☐ oui ☐ non

9. Avez-vous déjà rencontré l'anesthésiste ?

☐ oui ☐ non

Si oui, l'allaitement maternel a-t-il été évoqué ?

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais plus

10. Participez-vous ou envisagez-vous de participer à des séances de préparation à la naissance ?

☐ oui merci de préciser où : ☐ Centre Hospitalier de Sélestat
☐ cabinet de sage-femme libérale
☐ CPP d'Obernai
☐ autres : _____

☐ non

11. Si vous avez déjà participé à des séances de préparation à la naissance durant cette grossesse, l'allaitement maternel a-t-il été abordé ?

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais plus

Si oui, vous a-t-on donné des informations sur l'allaitement maternel ?

☐ orales
☐ écrites
☐ orales et écrites

12. Au cours de votre grossesse, un membre du personnel soignant a-t-il discuté avec vous individuellement de l'allaitement maternel ?

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais plus

13. Avez-vous rencontré les services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ?

☐ oui ☐ non

Si oui, vous a-t-on donné des informations sur l'allaitement maternel ?

☐ orales
☐ écrites
☐ orales et écrites
☐ je ne sais plus

14. De votre côté, avez-vous recherché des informations sur l'allaitement maternel ?

☐ oui ☐ non

Si oui, merci de préciser :

☐ famille ☐ ami(e)s
☐ livres, revues ☐ télévision, radio
☐ internet, réseaux sociaux
☐ autres : _____

15. Savez-vous qu'il existe des groupes de soutien (associations) à l'allaitement maternel ?

☐ oui ☐ non

Si oui, comment avez-vous eu connaissance de ces groupes ?

☐ professionnel de santé du Centre Hospitalier de Sélestat

☐ recherches personnelles

☐ autres : _____

Pour poursuivre notre travail, nous souhaiterions vous rencontrer pour échanger avec vous des informations reçues sur l'allaitement maternel tout au long de votre grossesse.

Nous serions ravies de vous proposer un rendez-vous pour un entretien d'une durée d'environ 30 minutes. Celui-ci aura lieu avant la naissance de votre enfant et selon vos disponibilités. Nous tirerons au sort 6 futures mamans parmi les volontaires.

Pour cela, nous vous proposons de laisser votre numéro de téléphone

Merci de votre participation.

Annexe 3 : note d'explication pour les sages-femmes distribuant le questionnaire

Mesdames,

Dans le cadre de notre formation de consultante en lactation, nous réalisons un mémoire. Dans notre étude, nous souhaitons dans un premier temps observer la diffusion de l'information prénatale sur l'allaitement maternel au sein de notre établissement. Puis nous nous intéresserons au contenu et à la qualité de cette information.

A terme, il s'agira pour nous de :

- déterminer les atouts et points faibles de nos pratiques actuelles
- dégager les axes d'amélioration de l'information prénatale sur l'allaitement maternel.

Pour permettre la distribution de notre questionnaire, nous comptons sur vous, sages-femmes de SIG. Merci de le proposer à toutes les femmes enceintes à partir de 36 SA, qu'elles aient choisi d'allaiter ou non. A l'issue du questionnaire, elles sont amenées, si elles le souhaitent, à laisser leur numéro de téléphone pour participer à un entretien avec l'une d'entre nous. Nous tirerons 6 patientes au sort parmi les volontaires.

Nous vous remercions d'avance pour votre soutien dans notre démarche,

Adèle et Juliette.

Annexe 4 : guide d'entretien pour l'étude qualitative

I. Présentation / Introduction

Bonjour, je m'appelle....., sage-femme. Je vous remercie de votre disponibilité. Installez-vous, souhaitez-vous boire une tisane, un café ?

Comme vous l'avez lu sur le questionnaire, ma collègue et moi-même sommes en formation pour devenir consultantes en lactation. Dans le cadre de cette formation, nous réalisons un mémoire qui porte sur l'information sur l'allaitement pendant la grossesse et ses pratiques. Le but de notre étude est de rendre cette information plus complète pour que les futures mères puissent alors faire le choix d'alimentation pour leur enfant en toute connaissance de cause.

Cet échange aujourd'hui autour de l'allaitement nous permettra d'améliorer nos pratiques. Pour me permettre de bien reprendre toutes les idées que vous allez évoquer, je souhaite enregistrer notre échange. A aucun moment votre nom n'apparaîtra. Est-ce que cela vous convient comme ceci ?

Si, au cours de l'entretien vous avez des questions, je les note et on en rediscute à la fin si vous voulez bien.

II. Question générale

Dans le questionnaire, on a évoqué vos passages au sein de l'hôpital depuis le début de la grossesse.

Qu'avez-vous eu comme informations sur l'allaitement maternel au cours de vos visites ?

III. Questions / thèmes et sous-thèmes

1. Effets de l'allaitement maternel

1.1. Avez-vous une idée des effets de l'allaitement maternel sur la santé de votre enfant ? Est-ce que vous pourriez préciser ?

1.2. Parmi les informations récoltées pendant votre grossesse, avez-vous évoqué l'intérêt de l'allaitement maternel pour la santé des femmes ? Pourriez-vous me les citer ?

1.3. Pensez-vous encore à d'autres éléments importants ?

(écologique, économique, lien attachement)

2. Démarrage précoce de l'allaitement maternel

2.1. En rapport avec le travail et l'accouchement, quels sont les moyens disponibles pour favoriser le lien mère-enfant ? (recommandation 12)

2.2. Avez-vous déjà entendu parler du peau à peau ? Savez-vous pourquoi on le propose de plus en plus ?

2.3. Que savez-vous des besoins du nouveau-né dès la naissance ? Ses compétences ?

2.4. Pourquoi le démarrage de l'allaitement le plus tôt possible est important ?

3. Conduite de l'allaitement maternel

3.1. Selon vous, à quelle fréquence le nouveau-né tète-t-il ?

3.2. Avez-vous une idée du nombre de tétées par jour ?

3.3. Savez-vous pourquoi cela est nécessaire ?

3.4. Parmi toutes les informations que vous avez pu avoir pendant votre grossesse, y-a-il des pistes sur les différentes positions pour allaiter ?

3.5. Pourriez-vous me décrire comment le bébé prend le sein ?

4. Cohabitation 24h/24

Vous-a-t-on informé, pendant votre grossesse, de l'importance de garder votre bébé avec vous 24h/24 ? Merci de préciser

5. Recommandations OMS

5.1. Avez-vous abordé ou lu les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant l'allaitement maternel ?

5.2. Quelles sont les informations dont vous disposez par rapport à cela ?

5.3. Pourquoi, selon vous, est-il important d'allaiter exclusivement 6 mois sans autre boisson ou aliment ? L'usage des tétines et sucettes durant l'allaitement a-t-il été évoqué avec vous ?

5.4. Dans ces mêmes recommandations, la poursuite de l'allaitement après 6 mois est décrite. Pour quelles raisons est-il utile de continuer à allaiter votre enfant même diversifié ?

6. Groupes de soutien à l'allaitement

Vous a-t-on parlé ou remis des informations sur des rencontres entre mères qui soutiennent l'allaitement ?

Nous vous remercions encore une fois d'avoir bien voulu participé et d'avoir accepté cet échange. Je vous propose maintenant de répondre à vos questions.

Annexe 5 : résultats de l'analyse statistique sur les caractéristiques de la population de l'étude quantitative

Âge maternel	Étude Sélestat (/37 femmes)	Enquête Périnatale 2010 (/14401 femmes)	p*
< 20 ans	1	358	0.735
20 à 29 ans	17 (20 à 30 ans)	6863	
30 à 39 ans	19 (31 à 40 ans)	6674	
40 ans et plus	0 (plus de 40 ans)	506	

*Test exact de Fisher

Niveau d'études	Étude Sélestat (/37 femmes)	Enquête Périnatale 2010 (/14060 femmes)	p*
Supérieur au bac	22	7290	0.355

*Test du Chi-Deux

Parité	Étude Sélestat (/37 femmes)	Enquête Périnatale 2010 (/14599 femmes)	p*
0	23	6396	0.173
1	7	5004	
2	6	2069	
3	1	730	
4 et plus	0	400	

*Test exact de Fisher

Parité	Étude Sélestat (/37 femmes)	Enquête Périnatale 2010 (/14599 femmes)	p*
primipares	23	6396	0.025
multipares	14	8203	

*Test du Chi-Deux

Entretien parentalité	Étude Sélestat (/37 femmes)	Enquête Périnatale 2010 (/13821 femmes)	p*
Oui	8	2960	0.883
Non	29	10481	
ne sait pas	0	380	

*Test exact de Fisher

Où en est-on de l'information prénatale sur l'allaitement au Centre Hospitalier de Sélestat ?

Préparation à la naissance primipares	Étude Sélestat (/23 femmes)	Enquête Périnatale 2010 (/6104)	p*
Oui	20	4470	<0.001
Non	2	1634	
n'a pas répondu	1	0	

*Test exact de Fisher

Préparation à la naissance multipares	Étude Sélestat (/14 femmes)	Enquête Périnatale 2010 (/7878)	p*
Oui	7	2247	0.133
Non	7	5631	
n'a pas répondu	0	0	

*Test exact de Fisher

Annexe 6 : informations sur le groupe de soutien les eLLeS

Les eLLeS

* Rencontres autour de l'allaitement

quand ?

4ème **samedi** matin de chaque mois, **où ?**

Muttersholtz, 28 rue des cigognes, à 10 mn de Sélestat

Bus TIS B direction Muttersholtz, arrêt Adam

comment ?

Nous nous retrouvons chez une maman qui nous accueille pour une heure d'échanges suivie d'une pause boisson et grignotage. Nous partageons les bonnes collations que les unes et les autres veulent bien apporter.

pourquoi ?

Pour donner et recevoir du soutien et des informations sur l'allaitement et le maternage au sens large, dans une ambiance d'écoute et de respect.

contact :

loren.e@free.fr

* Soutien en dehors des rencontres

Vous pouvez contacter Alice, animatrice de La Leche League, Réseau pour l'Allaitement par téléphone : 06 17 59 00 21

ou par courriel : allaffranchi@gmail.com



le
à