

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Schéma de l'étude .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Matériel .....</b>	<b>4</b>
2.1. Population.....	4
2.2. Sélection des cas .....	4
<b>3. Méthode .....</b>	<b>5</b>
3.1. Recueil de données.....	5
3.2. Statistiques .....	5
<b>RESULTATS .....</b>	<b>6</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>13</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>21</b>
<b>RESUME – ABSTRACT .....</b>	<b>30</b>

## **Abréviations**

AA	Allaitement artificiel
AM	Allaitement maternel
AMe	Allaitement maternel exclusif
AMm	Allaitement maternel mixte
AVB	Accouchement voie basse
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébés
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Materno-Infantile
J15	15 <sup>ème</sup> jour de l'enfant après la naissance
SA	Semaine d'aménorrhée
SDC	Suites de couches
SDN	Salles de naissances

## Introduction

D'après les recommandations de 2001 de l'OMS (1) (2), l'allaitement maternel exclusif est conseillé jusqu'aux 6 mois de l'enfant puis associé à la diversification alimentaire jusqu'à 2 ans. En effet, l'allaitement maternel exclusif apporte des bénéfices pour la santé à court, moyen et long terme au nouveau-né ainsi qu'à sa mère (3) (4) (5).

Il est prouvé qu'un allaitement exclusif prévient du risque d'infections chez le nouveau-né : il diminue l'incidence et la sévérité des diarrhées aiguës bactériennes ou virales et a un effet protecteur vis-à-vis des infections gastro-intestinales (risque relatif {RR} : 0,67 ; intervalle de confiance {IC} à 95% : 0,46 à 0,97). Il diminue aussi l'incidence d'infections respiratoires basses s'il est pratiqué plus de 4 mois. Le risque d'otite est multiplié par deux en cas d'allaitement artificiel comparé à un allaitement maternel exclusif de plus de 3 mois. L'allaitement maternel exclusif joue un rôle de prévention dans beaucoup d'autres domaines : il permet notamment de prévenir l'obésité de l'enfance et de l'adolescence, certaines pathologies cancéreuses et le diabète de type I chez des enfants à risque. Durant les 2-3 premières semaines de vie, le risque d'asthme et d'eczéma chez des enfants avec des facteurs de risque d'atopie est lui aussi diminué. Les bénéfices apportés au développement psychoaffectif sont difficiles à mettre en évidence et les conclusions concernant le développement neurocognitif sont contradictoires (3) (5).

Pour la mère, le risque d'infections est diminué durant la période des suites de couches : l'utérus reprend plus rapidement sa taille, sa forme et sa tonicité initiale. La perte de poids durant les six premiers mois est facilitée (la dépense calorique estimée en 2 mois d'allaitement maternel exclusif est de 5520 kcal). A long terme, le risque de survenu d'un cancer du sein ou de l'ovaire avant la ménopause est diminué : une année d'allaitement est associée à une diminution de 4,5% du risque de cancer invasif du sein. Comparativement à une patiente ayant allaité au moins 18 mois le risque de développer un cancer de l'ovaire serait multiplié de 1,3 chez une patiente n'ayant jamais allaité. L'allaitement maternel a aussi un rôle préventif sur les maladies cardio-vasculaires (hyperlipidémie, hypertension, diabète de type 2).

L'étude ELFE (6) (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance), avait comme objectif d'évaluer la prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et des conditions d'accouchements. Elle incluait plus de 18000 enfants nés en 2011, 70,5% des nourrissons étaient allaités à la maternité (59,0% de manière exclusive). L'étude concluait à une prévalence de l'allaitement plus basse chez les femmes non mariées (66,2% d'entre elles allaitaient à la maternité), ayant moins de 30 ans (64,5% des 18-24 ans et 69,5% des 25-29 ans allaitaient), au chômage, au foyer ou en congé parental (respectivement 66%, 66,5 et 65,7% d'entre elles allaitaient). Cette

prévalence était également plus basse chez les patientes minces ou obèses avant la grossesse (respectivement 65,4% et 63,4% de ces femmes allaitaient) ainsi que chez les femmes ayant fumé pendant la grossesse (52,2% des patientes ayant fumé durant le 3<sup>ème</sup> trimestre) ou n'ayant pas participé à des cours de préparation à la naissance (64,3%). Certaines conditions d'accouchement étaient en corrélation avec une fréquence diminuée du taux d'allaitement : les enfants nés par césarienne (68,2% des patientes ayant eu une césarienne allaitaient), transférés (64%), issus de grossesses gémellaires (62%), nés prématurément (58,8% des enfants nés entre 33 et 36 SA étaient allaités) ou de petit poids de naissance (57% des enfants de moins de 2500 grammes). Grâce à cette étude, il a donc été décrit un type de patientes pouvant avoir besoin de plus d'encadrement ou de plus d'encouragements pour débiter ou poursuivre leur allaitement maternel.

La promotion de l'allaitement maternel fait partie des mesures du Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (PNNS) visant à améliorer l'état nutritionnel de la population (7). Les professionnels de santé y sont décrits comme étant en première ligne pour conseiller les futures mères et leur apporter une information complète et de qualité. Ces conclusions avaient déjà été énoncées par l'ANAES en 2002 (2) qui reprenait les « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel » décrites par l'OMS.

Selon l'étude EPIFANE en 2012 (8), dont l'objectif était de mieux connaître les pratiques alimentaires des nourrissons au niveau national avec un échantillon de 3500 couples mères-enfants, 69,1% des nouveau-nés bénéficiaient d'un allaitement maternel à la maternité (59,7% de manière exclusive). Ce chiffre était de 36% en 1972, le taux d'allaitement maternel a donc augmenté ces dernières années (9) (10). Malgré cette augmentation, le taux d'allaitement maternel exclusif ou partiel à la sortie de la maternité en France reste très inférieur à celui d'autres pays Européens. En effet, en 2002 l'allaitement maternel concernait plus de 95% des couples mères-enfants en Finlande et Norvège, plus de 90% au Danemark et en Suède, 85% en Allemagne, 75% en Italie et 70% au Royaume-Uni (4) (5) (6) (11).

Toujours d'après l'étude EPIFANE, à une semaine du début de l'allaitement, le taux d'allaitement exclusif passait de 59,1% à 49% puis à 45% à deux semaines (9) (10). Le questionnaire porte donc sur l'influence que peut avoir l'accompagnement fait auprès des patientes lors de la mise en place de leur allaitement, sur la poursuite ou non de leur allaitement exclusif. Cette étude avait fait émerger le même type de population que l'étude ELFE pour qui le taux d'allaitement était plus faible : mères de 18-24 ans, avec un niveau d'étude inférieur au baccalauréat, minces ou obèses avant la grossesse, sans cours de préparation à l'accouchement, patientes ayant accouché par césarienne. La perception négative du conjoint sur l'allaitement maternel était aussi corrélée à une pratique de l'allaitement maternel en moins grande proportion (28,7%). A 1 mois il était retrouvé ces mêmes

groupes à risque de ne plus pratiquer d'allaitement maternel exclusif (en plus des femmes nées à l'étranger et des primipares).

En 2013, au sein du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire, le pourcentage d'allaitement exclusif était de 53% (12) ; au CHU d'Angers 51% des patientes allaitaient exclusivement à la sortie de la maternité, soit 2029 patientes en un an. Le taux d'allaitement maternel exclusif dans la région Pays de la Loire et au sein du CHU d'Angers était inférieur au taux au niveau national.

Des groupes de travail composés de soignants médicaux et para-médicaux ont débuté en 2012 pour réfléchir sur la prise en charge de l'allaitement maternel durant l'hospitalisation en suites de couches au CHU d'Angers. Cela a permis la création et l'utilisation d'une grille d'évaluation permettant de suivre l'alimentation du nourrisson par la mère ainsi que par les professionnels de santé. Associée à la courbe de poids, ces documents permettent l'élaboration d'une prise en charge adaptée aux souhaits du couple et aux besoins du nouveau-né (Annexe 1). Ces groupes ont permis également la création de fiches récapitulatives sur les quantités de lait nécessaires aux nourrissons selon leur âge à disposition des soignants et des patientes (Annexe 2) et d'un tableau permettant l'évaluation des critères de bonne tétée (Annexe 3).

En toute hypothèse, le rôle des professionnels de santé avant, pendant et après l'accouchement est important pour le choix de l'alimentation du nouveau-né, dans son initiation et dans sa poursuite à court terme. Il existe certainement des points à améliorer en ce qui concerne l'encadrement des patientes. Des groupes de patientes plus à risques de ne pas initier d'allaitement maternel ont été mis en évidence grâce aux études ELFE et EPIFANE, ce sont donc ces patientes envers qui il faut être plus aidant.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la mise en place de l'allaitement maternel exclusif durant l'hospitalisation en suites de couches au CHU d'Angers et sa poursuite ou non au 15<sup>ème</sup> jour (+ /- 3 jours). Le critère de jugement principal était de savoir si les patientes allaitaient toujours exclusivement ou non leur nouveau-né à J15. Secondairement cela permettra de savoir ce qui pourrait être amélioré concernant les informations reçues par les patientes durant leur grossesse ainsi que durant leur hospitalisation.

# Matériel et Méthode

## 1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, prospective, descriptive, mono-centrique réalisée à l'aide de deux auto-questionnaires, auprès des patientes hospitalisées dans le service de suites de couches au CHU d'Angers pendant deux périodes : du 3 au 23 septembre et du 13 au 24 octobre 2014.

## 2. Matériel

### 2.1. Population

#### ○ Population source

La population source de cette étude était les patientes hospitalisées dans le service de suites de couches du 3 au 23 septembre et du 13 au 24 octobre 2014 au CHU d'Angers, aux 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> étages et allaitant exclusivement leur nouveau-né le jour de leur sortie.

#### ○ Population cible

La population cible de cette étude était les patientes qui allaitaient exclusivement leur nouveau-né à leur sortie de la maternité.

### 2.2. Sélection des cas

#### ○ Critères d'inclusion

Les patientes étaient retenues lorsqu'elles remplissaient l'ensemble des critères suivants :

- Pratique de l'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité<sup>1</sup>
- Hospitalisation dans le service de suites de couches du 3 au 23 septembre ou du 13 au 24 octobre 2014.
- Terme de l'accouchement supérieur ou égal à 37 SA
- Grossesse singleton
- Toutes voies d'accouchements
- Accord donné par la patiente pour participer à l'étude

#### ○ Critères d'exclusion

Les patientes étaient exclues si :

- Non francophones

---

<sup>1</sup> Dans cette étude, la définition d'allaitement maternel exclusif concernait les nouveau-nés nourris avec du lait maternel (quelle que soit la façon dont il leur était attribué) même si ces derniers ont reçu de manière occasionnelle du lait artificiel lors de leur hospitalisation.

- Mineures, soit ayant strictement moins de 18 ans
- Hospitalisation du nouveau-né
- Opposition d'être recontactée ou n'ayant pas répondu au questionnaire.

### **3. Méthode**

#### **3.1. Recueil de données**

Il a été proposé à toutes les patientes éligibles de participer à cette étude.

La veille de la sortie de l'hospitalisation, chaque patiente était informée oralement du but de cette étude par nos soins et avait le choix ou non d'y participer. Si elles souhaitaient faire partie de l'étude elles indiquaient le moyen pour être contactées au 15<sup>ème</sup> jour de leur accouchement (par un courriel ou un appel) et remplissaient l'auto-questionnaire par la suite (Annexe 4). La non-opposition d'être contactée était considérée comme consentement de la patiente. Les patientes avaient la possibilité d'indiquer une tranche horaire préférentielle à laquelle elles pouvaient être jointes. Par ailleurs, il leur était notifié (oralement ainsi que sur le questionnaire) qu'elles pouvaient à tout moment quitter l'étude. Cette précision leur a été apportée une nouvelle fois lors de la réalisation du deuxième questionnaire, oralement ou par courriel.

En parallèle, pour chaque patiente, il a été recueilli par nos soins des données concernant l'accouchement, sur leur dossier médical.

Un mail a été envoyé au 14<sup>ème</sup> jour de l'accouchement aux patientes ayant renseigné leur adresse mail. Ce dernier contenait la proposition de continuer l'étude en remplissant un formulaire dont le lien y était inscrit (Annexe 5). Ce formulaire a été réalisé à l'aide de Googledoc. Aucun courriel de relance n'a été envoyé.

Les patientes ayant donné leur numéro de téléphone étaient jointes une première fois le 15<sup>ème</sup> jour de leur accouchement ; si ces dernières ne répondaient pas, un message vocal leur proposait un nouvel horaire de d'appel et elles étaient appelées la seconde fois dans la même journée. Le même formulaire Googledoc était rempli par nos soins au fur et à mesure de l'entretien.

#### **3.2. Statistiques**

Un masque de saisie à été réalisé avec le logiciel Epidata et les données y ont été retranscrites. Par la suite les données ont été analysées avec Epianalysis et BiotaTGV.

Pour comparer les effectifs des variables qualitatives nous avons utilisés le test du Chi<sup>2</sup>. Lorsque un ou plusieurs de ces effectifs étaient inférieur à 5 nous avons utilisés le test exact de Fisher.

Le risque alpha de 1<sup>ère</sup> espèce à 95% a été utilisé, les différences étant considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p était strictement inférieure à 0,05.

# Résultats

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude sur la mise en place de l'allaitement maternel

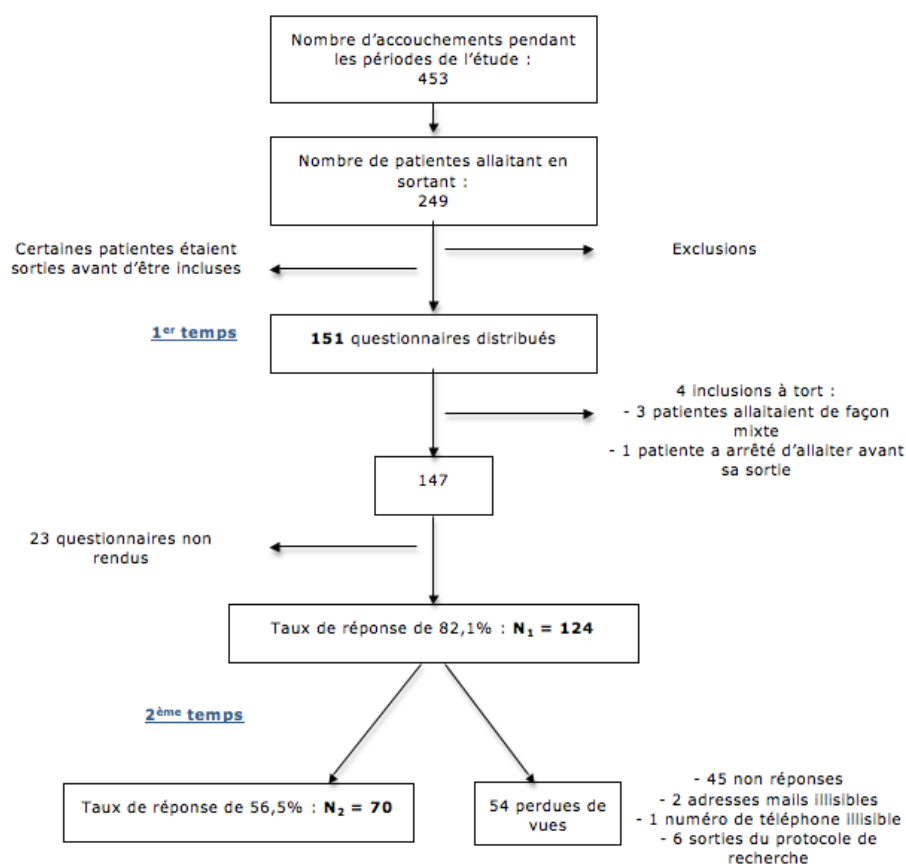


Tableau I : Caractéristiques des parents, de la grossesse et de l'accouchement à la maternité et à J15

		A la maternité N <sub>1</sub> * Effectifs (%)	A J15 N <sub>2</sub> * Effectifs (%)	p
<b>Âge de la mère (ans)</b>	18-24	14 (11,3)	5 (7,1)	0,6067
	25-29	34 (27,4)	20 (28,6)	
	30-34	47 (37,9)	32 (45,7)	
	≥ 35	29 (23,4)	13 (18,6)	
<b>Situation</b>	Seule	5 (4,1)	1 (1,4)	0,4200
	Couple	118 (95,9) n=123**	69 (98,6)	
<b>Catégorie socio-professionnelle de la mère***</b>	1	3 (2,5)	2 (2,9)	0,2792
	2	2 (1,7)	1 (1,4)	
	3	20 (16,5)	15 (21,4)	
	4	10 (8,3)	5 (7,1)	
	5	56 (46,3)	35 (50,0)	
	6	3 (2,5)	0 (0)	
	7	20 (16,5)	7 (10,0)	
	8	7 (5,8) n=121**	5 (7,1)	
<b>Catégorie socio-professionnelle du père***</b>	1	3 (2,7)	2 (3,0)	0,9935
	2	9 (8,2)	3 (4,5)	
	3	26 (23,6)	17 (25,4)	
	4	15 (13,6)	9 (13,4)	
	5	37 (33,6)	22 (32,8)	
	6	10 (9,1)	7 (10,4)	
	7	4 (3,6)	3 (4,5)	
	8	6 (5,5) n=110**	4 (6,0) n=67**	
<b>Situation d'emploi pour la mère</b>	Avec	77 (65,3)	46 (67,6)	0,9328
	Etudiante	4 (3,4)	2 (2,9)	
	Chômage	20 (16,9)	9 (13,2)	



	Autre	17 (14,4) n=118**	11 (16,2) n=68**	
<b>Situation d'emploi pour le père</b>	Avec Etudiant Chômage Autre	101 (91,0) 1 (0,9) 6 (5,4) 3 (2,7) n=111**	62 (91,2) 0 (0,0) 3 (4,4) 3 (4,4) n=68**	0,8965
<b>Nombre d'enfants</b>	1 >1	49 (39,5) 75 (60,5)	30 (42,9) 40 (57,1)	0,6492
<b>Allaitement précédemment</b>	Oui	71 (95,9) n=74**	39 (97,5) n=40**	1,000
<b>Vécu de l'expérience précédente d'allaitement maternel</b>	Positif Négatif	57 (82,6) 12 (17,4) n=69**	29 (74,4) 10 (25,6) n=39**	0,3066
<b>Moment de la décision d'allaiter</b>	Avant la grossesse Pendant En SDN	91 (73,4) 31 (25) 2 (1,6)	53 (75,7) 16 (22,9) 1 (1,4)	0,9382

#### Éléments intervenants sur la décision de la patiente pendant la grossesse

<b>Préparation à l'accouchement lors de cette grossesse</b>	Oui Non Non, car déjà fait	81 (65,3) 26 (21,0) 17 (13,7)	53 (75,7) 12 (17,1) 5 (7,1)	0,2547
<b>Sujet de l'allaitement maternel abordé en cours</b>	Oui, beaucoup Oui, vaguement Non	51 (55,4) 32 (34,8) 9 (9,8) n=92**	31 (54,4) 21 (36,8) 5 (8,8) n=57**	0,9573
<b>Sujet de l'allaitement maternel abordé en consultation</b>	Oui, beaucoup Oui, vaguement Non	23 (19,5) 46 (39,0) 49 (41,5) n=118**	14 (20,9) 25 (37,3) 28 (41,8) n=67**	0,9637
<b>Sujet de l'allaitement abordé avec l'entourage</b>	Oui Non Non car ne voulait pas	103 (83,1) 20 (16,1) 1 (0,8)	59 (84,3) 10 (14,3) 1 (1,4)	0,9247
<b>Le fait d'aborder le sujet a-t-il influencé la patiente dans son choix</b>	Oui, un peu Oui, beaucoup Non	26 (25,2) 18 (17,5) 59 (57,3) n=103**	18 (30,5) 9 (15,3) 32 (54,2) n=59**	0,7573
<b>Participation du conjoint à la décision d'allaiter</b>	Oui	78 (65,5) n=119**	43 (62,3) n=69**	0,6560
<b>Perception du conjoint de l'allaitement maternel</b>	Positive Négative Ne sait pas	108 (90,8) 3 (2,5) 8 (6,7) n=119**	61 (88,4) 2 (2,9) 6 (8,7) n=69**	0,9216
<b>La patiente se sent-elle bien préparée au début de son allaitement maternel</b>	Oui, déjà allaité Oui, assez Oui, un peu Non	50 (40,3) 47 (37,9) 17 (13,7) 10 (8,1)	28 (40) 23 (32,9) 13 (18,6) 6 (8,6)	0,7977

#### Description de l'accouchement

<b>Terme de l'accouchement</b>	37 à 39 SA ≥ 40 SA	58 (46,8) 66 (53,2)	34 (48,6) 36 (51,4)	0,8097
<b>Poids du nouveau-né</b>	< 3000 g 3000-3500 g ≥ 3500 g	29 (23,4) 56 (45,2) 39 (31,5)	11 (15,7) 38 (54,3) 21 (30,0)	0,3540
<b>Score d'Apgar à 1 min</b>	<9 9-10	11 (8,9) 112 (91,1) n=123**	7 (10,0) 63 (90,0)	0,8082
<b>Voie d'accouchement</b>	AVB Césarienne	109 (87,9) 15 (12,1)	62 (88,6) 8 (11,4)	0,8900
<b>Aide instrumentale</b>	Oui	17 (15,6) n=109**	12 (19,4) n=62**	0,5289
<b>Travail</b>	Spontané Déclenché	111 (94,1) 7 (5,9) n = 118**	65 (95,6) 3 (4,4) n = 68**	0,7487
<b>Périnée</b>	Intact Déchirure Episiotomie	28 (25,7) 50 (45,9) 31 (28,4) n=109**	14 (22,6) 29 (46,8) 19 (30,6) n=62**	0,8922

<b>Anesthésie</b>	Péridurale	85 (68,5)	50 (71,4)	0,9338
	Sans	31 (25,0)	17 (24,3)	
	Rachi	6 (4,8)	2 (2,9)	
	AG	2 (1,6)	1 (1,4)	
<b>Hémorragie de la délivrance</b>	Oui	13 (10,6)	11 (15,7)	0,2977
	Non	110 (89,4)	59 (84,3)	
		n=123**		
<b>Révision utérine</b>	Oui	10 (9,2)	7 (11,3)	0,6566
	Non	99 (90,8)	55 (88,7)	
		n=109**	n=62**	
<b>Contact en peau à peau avec un des parents</b>	Oui	99 (81,8)	57 (81,4)	0,9465
	Non	22 (18,2)	13 (18,6)	
		n=121**		
<b>La première tétée a-t-elle eu lieu en SDN</b>	Oui	98 (79,0)	60 (85,7)	0,2503
<b>Première alimentation</b>	Sein	115 (92,7)	63 (90,0)	0,5049
	Autre	9 (7,3)	7 (10,0)	

\*N<sub>1</sub>=124, effectif de réponses au premier questionnaire à la maternité. N<sub>2</sub>=70, effectif de réponses au deuxième questionnaire à J15.

\*\*Exclusion des champs qui étaient parfois non renseignés ce qui implique une modification de l'effectif initialement prévu.

\*\*\* Catégories socio-professionnelles : 1=Agriculteur-trice ; 2=Artisan,commerçant ; 3=Profession libérale, cadre supérieur, professeur, médecin ; 4=Profession intermédiaire, cadre moyen ; 5=Employé(e) ; 6=Ouvrier(e) ; 7=Sans profession ; 8=Autre.

Tableau II : Type d'allaitement à J15 en fonction des caractéristiques des parents et de la grossesse  
(N<sub>2</sub>=70\*)

		<b>AMe n=58 Effectifs (%)</b>	<b>AMm et AA n = 12 Effectifs (%)</b>	<b>p</b>
<b>Âge de la mère (ans)</b>	18-24	4 (4,9)	1 (8,3)	0,7075
	25-29	16 (27,6)	4 (33,3)	
	30-34	28 (48,3)	4 (33,3)	
	≥ 35	10 (17,2)	3 (25,0)	
<b>Situation</b>	Seule	1 (1,7)	0 (0)	1,0000
	Couple	57 (98,3)	12 (100)	
<b>Catégorie socio-professionnelle de la mère***</b>	1	2 (3,4)	0 (0)	0,3924
	2	1 (1,7)	0 (0)	
	3	10 (17,2)	5 (41,7)	
	4	5 (8,6)	0 (0)	
	5	31 (53,4)	4 (33,3)	
	6	0 (0)	0 (0)	
	7	5 (8,6)	2 (16,7)	
	8	4 (6,9)	1 (8,3)	
<b>Catégorie socio-professionnelle du père***</b>	1	2 (3,6)	0 (0)	0,8730
	2	3 (5,4)	0 (0)	
	3	12 (21,4)	5 (45,5)	
	4	7 (12,5)	2 (18,2)	
	5	19 (33,9)	3 (27,3)	
	6	6 (10,7)	1 (9,1)	
	7	3 (5,4)	0 (0)	
	8	4 (7,1)	0 (0)	
		n=56**	n=11**	
<b>Situation d'emploi pour la mère</b>	Avec	39 (69,6)	7 (58,3)	<b>0,0496</b>
	Etudiante	2 (3,6)	0 (0)	
	Chômage	9 (16,1)	0 (0)	
	Autre	6 (10,7)	5 (41,7)	
		n=56**		
<b>Situation d'emploi pour le père</b>	Avec	52 (91,2)	10 (90,9)	0,6684
	Chômage	2 (3,5)	1 (9,1)	
	Autre	3 (5,3)	0 (0)	
		n=57**	n=11**	
<b>Nombre d'enfants</b>	1	22 (37,9)	8 (66,7)	0,1077
	>1	36 (62,1)	4 (33,3)	
<b>Allaitement précédemment</b>	Oui	35 (97,2)	4 (100)	1,0000
		n=36**	n=4**	
<b>Vécu de l'expérience précédente d'allaitement</b>	Positif	26 (74,3)	3 (75,0)	1,0000
	Négatif	9 (25,7)	1 (25,0)	
		n=35**	n=4**	
<b>Moment de la décision d'allaiter</b>	Avant la grossesse	43 (74,1)	10 (83,3)	0,7667

	Pendant la grossesse En SDN	14 (24,1) 1 (1,7)	2 (16,7) 0 (0)	
<b>Éléments intervenants sur la décision de la patiente pendant la grossesse</b>				
<b>Préparation à l'accouchement lors de cette grossesse</b>	Oui	43 (74,1)	10 (83,3)	0,8625
	Non	10 (17,2)	2 (16,7)	
	Non, car déjà fait	5 (8,6)	0 (0)	
<b>Sujet de l'allaitement maternel abordé en cours</b>	Oui, beaucoup	25 (53,2)	6 (60,0)	0,8822
	Oui, vaguement	18 (38,3)	3 (30,0)	
	Non	4 (8,5)	1 (10,0)	
		n=47**	n=10**	
<b>Sujet de l'allaitement maternel abordé en consultation</b>	Oui, beaucoup	11 (20,0)	3 (25)	0,7730
	Oui, vaguement	20 (36,4)	5 (41,7)	
	Non	24 (43,6)	4 (33,3)	
		n=55**		
<b>Sujet abordé avec l'entourage</b>	Oui	48 (82,8)	11 (91,7)	0,7342
	Non	9 (15,5)	1 (8,3)	
	Non car ne voulait pas	1 (1,7)	0 (0)	
<b>Le fait d'aborder le sujet a-t-il influencé la patiente dans son choix</b>	Oui, un peu	16 (33,3)	2 (18,2)	0,6481
	Oui, beaucoup	7 (14,6)	2 (18,2)	
	Non	25 (52,1)	7 (63,6)	
		n=48**	n=11**	
<b>Participation du conjoint à la décision d'allaiter</b>	Oui	37 (64,9) n=57**	6 (50)	0,3472
<b>Perception du conjoint de l'allaitement maternel</b>	Positive	52 (91,2)	9 (75,0)	0,1467
	Négative	1 (1,8)	1 (8,3)	
	Ne sait pas	4 (7,0)	2 (16,7)	
		n=57*		
<b>La patiente se sent-elle bien préparée au début de son allaitement maternel</b>	Oui, déjà allaité	26 (44,8)	2 (16,7)	<b>0,0029</b>
	Oui, assez	21 (36,2)	2 (16,7)	
	Oui, un peu	9 (15,5)	4 (33,3)	
	Non	2 (3,4)	4 (33,3)	

\* N<sub>2</sub>=70, effectif de réponses au deuxième questionnaire à J15.

\*\*Exclusion des champs qui étaient parfois non renseignés ce qui implique une modification de l'effectif initialement prévu.

\*\* Catégories socio-professionnelles : 1=Agriculteur-trice ; 2=Artisan,commerçant ; 3=Profession libérale, cadre supérieur, professeur, médecin ; 4=Profession intermédiaire, cadre moyen ; 5=Employé(e) ; 6=Ouvrier(e) ; 7=Sans profession ; 8=Autre.

En moyenne le premier questionnaire a été rempli au 3<sup>ème</sup> jour de l'accouchement (J3), entre J0 et J8 et le second à J15, entre J14 et J18. A J15, 58 patientes pratiquaient encore un allaitement maternel exclusif (AMe) soit 82,9%, 10 un allaitement maternel mixte (AMm) soit 14,3% et 2 un allaitement artificiel (AA) soit 2,8%.

Le fait qu'un des parents ait fait du peau à peau avec son bébé ou que le score l'Apgar à 1 minute soit de 9 ou 10 influait de manière significative sur la poursuite de l'allaitement maternel exclusif à J15 avec respectivement p=0,0386 et 0,0139. Les autres caractéristiques de l'accouchement n'influaient pas sur le type d'allaitement à J15.

Tableau III : Description de l'hospitalisation en suites de couches et du type d'allaitement à J15

	A la maternité N <sub>1</sub> * Effectifs (%)	A J15 N <sub>2</sub> * Effectifs (%)		p
		AMe n=58	AMm et AA n = 12	
<b>Chambre</b>				
Seule	42 (33,9)	23 (39,7)	7 (58,3)	0,2340
Double	82 (66,1)	35 (60,3)	5 (41,7)	
<b>Nouveau-né gardé 24h/24 dans la chambre</b>				
Oui	103 (83,1)	46 (79,3)	10 (83,3)	1,000
<b>Si non, motif :</b>				
Fatigue	12 (57,1)	7 (58,3)	1 (50,0)	0,3406
Autre	2 (9,5)	1 (8,3)	1 (50,0)	
NR ***	7 (33,3)	4 (33,3)	0 (0)	
<b>Temps de garde :</b>				
Une partie de la nuit	n=21**	n=12**	n=2**	0,1538
Plusieurs nuits	18 (85,7)	10 (83,3)	1 (50,0)	
Une partie de plusieurs nuits	2 (9,5)	2 (16,7)	0 (0)	
Emmené à la patiente pour têter :	1 (4,8)	0 (0)	1 (50,0)	<b>0,0110</b>
Oui	n=21**	n=12**	n=12**	
Non	7 (33,3)	5 (41,7)	0 (0)	
NR***	2 (9,5)	0 (0)	2 (0)	
	12 (57,1)	7 (58,3)	0 (0)	
	n=21**	n=12**	n=2**	
<b>Un membre de l'équipe a-t-il observé une ou plusieurs tétées</b>				
Oui, plusieurs fois	104 (83,9)	49 (84,5)	11 (91,7)	1,0000
Oui, une fois	13 (10,5)	7 (12,1)	1 (8,3)	
Non, jamais	6 (4,8)	2 (3,4)	0 (0)	
Ne sait plus	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	
<b>La feuille de suivi d'alimentation du nouveau-né (Annexe 1) a été :</b>				
Expliquée à la patiente	103 (83,1)	47 (81,0)	11 (91,7)	0,6763
Utilisée par la patiente	112 (90,3)	53 (91,4)	12 (100)	0,5793
<b>Difficultés concernant l'AM rencontrées lors de l'hospitalisation</b>				
Oui	112 (90,3)	54 (93,1)	12 (100)	1,0000
Non	11 (8,9)	4 (6,9)	0 (0)	
NR***	1 (0,8)			
<b>Si oui, lesquelles :</b>				
Crevasse/Douleurs aux mamelons	88 (78,6)	40 (74,1)	11 (91,7)	0,2697
Montée de lait importante	41 (36,6)	21 (38,9)	2 (16,7)	<b>0,0391</b>
Bébé insatisfait après la tétée	30 (26,8)	11 (20,4)	8 (66,7)	<b>0,0047</b>
Bébé endormi, difficile à stimuler	59 (52,7)	27 (50)	8 (66,7)	0,1608
Bébé très énervé, difficile à mettre au sein	29 (25,9)	13 (24,1)	7 (58,3)	<b>0,0202</b>
	n=112**	n=54**		
<b>Conseils reçus :</b>				
Différentes positions possibles	63 (62,4)	35 (68,6)	4 (36,4)	0,0818
Meilleur moment pour la mise au sein	17 (16,8)	6 (11,8)	1 (9,1)	1,0000
Cataplasmes de lait	46 (45,5)	25 (49,0)	5 (45,5)	1,0000
Critères d'une tétée efficace	44 (43,6)	22 (43,1)	6 (54,5)	0,5232
	n=101**	n=51**	n=11**	
<b>Certaines difficultés ont nécessité l'utilisation de :</b>				
Crème de protection pour mamelons	64 (68,1)	33 (75,0)	8 (72,7)	1,0000
Bouts de seins siliconés	23 (24,5)	12 (27,3)	5 (45,5)	0,2858
Tire-lait	30 (31,9)	9 (20,5)	8 (72,7)	<b>0,0019</b>
Méthode d'expression manuelle	30 (31,9)	12 (27,3)	3 (27,3)	1,0000
	n=94**	n=44**	n=11**	

\* N<sub>1</sub>=124, effectif de réponse au premier questionnaire à la maternité. N<sub>2</sub>=70, effectif de réponse au deuxième questionnaire à J15.

\*\* Modification de l'effectif initialement prévu (non réponses de la part de certaines patientes car ne les concernait pas)

\*\*\* NR = Non Renseigné, certaines patientes n'ont pas répondu à la question concernée.

A la maternité, il était demandé aux patientes concernant leur allaitement en général, si l'équipe soignante leur apportait des réponses aux questions qu'elles se posaient et si elles se sentaient entourées par l'équipe. Les mêmes questions étaient posées concernant les difficultés rencontrées. La

moyenne des réponses était respectivement de 4,5 (arrondie au dixième) et 4,6 les 2 fois (108 patientes avaient répondu la deuxième fois).

90,3% (N=112) des patientes avaient rencontré une ou des difficultés pendant l'hospitalisation, 56,3% (N=63) ont donné des suppléments (lait maternel) ou compléments (lait artificiel): 57 du lait maternel à la cuillère ou à la paille, 13 au biberon, 25 du lait artificiel à la cuillère ou à la paille et 10 au biberon.

Sur les 112 patientes ayant rencontré des difficultés : 47 (42,0%) considéraient que le problème était totalement résolu au moment de la sortie, 42 (37,5%) qu'il l'était partiellement, 6 (5,4%) qu'il n'était pas résolu et 17 (15,2%) n'ont pas répondu à la question. Sur 12 patientes qui considéraient que le problème était partiellement ou non résolu à la sortie : 5 ont mis en application les conseils donnés, 5 ont utilisé un tire-lait ou en utilisaient déjà un, 2 ont eu recours à une sage-femme libérale.

Tableau IV : Description du retour à domicile : difficultés et professionnels rencontrés en fonction du type d'allaitement à J15

	A J15 N <sub>2</sub> * Effectifs (%)		p
	AMe n=58	AMm et AA n = 12	
<b>Difficultés concernant l'allaitement depuis le retour à domicile</b>			
<b>Oui</b>	45 (77,6)	10 (83,3)	1,0000
<b>Conjoint soutenant lors de cette/ces difficulté(s)</b>			
<b>Oui</b>	36 (90,0) n=40**	9 (100) n=9**	1,0000
<b>Quelles difficultés</b>	n=45**	n=10**	
<b>Crevasses/Douleurs aux mamelons</b>	29 (64,4)	3 (30,0)	0,0751
<b>Montée de lait importante</b>	23 (51,1)	4 (40,0)	0,7287
<b>Bébé insatisfait après la tétée</b>	10 (22,2)	7 (70,0)	<b>0,0062</b>
<b>Bébé endormi, difficile à stimuler</b>	19 (42,2)	7 (70,0)	0,1644
<b>Bébé très énervé, difficile à mettre au sein</b>	10 (22,2)	5 (50,0)	0,1145
<b>Cette difficulté a-t-elle amené à rencontrer un professionnel</b>			
<b>Oui</b>	20 (44,4)	6 (60,0)	0,4901
<b>Non, la patiente n'en a pas ressenti le besoin</b>	25 (55,6) n=45**	4 (40,0) n=10**	
<b>Si oui, quel professionnel :</b>			
<b>Sage-femme libérale</b>	12 (60,0)	4 (66,7)	1,0000
<b>PMI</b>	1 (5,0)	1 (16,7)	0,4154
<b>Sage-femme hospitalière</b>	5 (25,0)	3 (50,0)	0,3301
<b>Consultante en lactation</b>	1 (5,0)	0 (0)	1,0000
<b>Médecin généraliste</b>	1 (5,0)	1 (16,7)	0,4154
<b>Permanence du CHU</b>	2 (10,0)	1 (16,7)	1,0000
<b>Si oui, l'aide était satisfaisante</b>	19 (95,0) n=20**	4 (66,7) n=6**	0,1231
<b>Infos suffisantes concernant l'allaitement maternel avant la grossesse</b>			
<b>Oui</b>	46 (79,3)	6 (50,0)	0,0639
<b>Meilleur moment pour apporter plus d'informations concernant l'allaitement maternel</b>			
<b>Cours de préparation à l'accouchement</b>	28 (48,3)	7 (58,3)	0,7524
<b>Pendant les consultations de suivi de grossesse</b>	20 (34,5)	4 (33,3)	1,0000
<b>En salles de naissances</b>	9 (15,5)	2 (16,7)	1,0000
<b>En suites de couches</b>	35 (60,3)	9 (75,0)	0,5140
<b>Autre</b>	7 (12,1)	1 (9,3)	1,0000
<b>Etat d'esprit avant de commencer l'allaitement</b>			
<b>Allaitement maternel à tout prix</b>	25 (43,1)	5 (41,7)	1,0000
<b>« J'essaye, mais si ça ne fonctionne pas j'arrête »</b>	31 (53,4)	7 (58,3)	
<b>Ne sait pas</b>	2 (3,4)	0 (0)	

Expérience décrite comme			
Positive	55 (94,8)	7 (58,3)	<b>0,0027</b>
Négative	1 (1,7)	2 (16,7)	
Ne sait pas	2 (3,4)	3 (25,0)	

\* N<sub>2</sub>=70, effectif de réponse au deuxième questionnaire à J15

\*\* Modification de l'effectif initialement prévu (non réponses de la part de certaines patientes car ne les concernait pas)

2 (2,9%) patientes sur 70 avaient totalement arrêté d'allaiter à J15 : l'une à J9 contre son gré, l'autre à J7 car elle était trop fatiguée, elle trouvait cela trop compliqué, son bébé était « difficile à stimuler », « trop énervé » et tétait « trop souvent ». Elles étaient toutes les deux primipares, avaient participé aux cours de préparation à l'accouchement et ont indiqué que leur bébé avait une mauvaise succion et qu'il y avait un problème de poids.

10 autres (14,3%) pratiquaient un allaitement maternel mixte à J15, 3 (30,0%) donnaient le sein associé à des biberons de lait artificiel, 2 (20,0%) des biberons de lait artificiel et des biberons de lait maternel, 5 (50,0%) le sein ainsi que des biberons de lait artificiel et des biberons de lait maternel. 6 étaient des primipares et 4 des multipares qui avaient déjà allaité.

58 (82,8%) autres patientes continuaient l'allaitement maternel exclusif: 49 (84,5%) donnaient uniquement le sein, 1 (1,7%) des biberons de lait maternel et 8 (13,8%) le sein associé à des biberons de lait maternel.

Les couples mères-enfants étaient sortis de la maternité entre J0 et J6 et la date médiane de sortie était J4 pour ces 70 patientes. 4,3% (N=3) étaient sortis avant J3, 71,4% (N=50) à J3 ou J4 et 17% (N=24,3) après J4. En fonction de la date de sortie il y avait une différence significative du nombre de patientes qui continuaient l'allaitement maternel exclusif à J15 (p=0,017) : 58,3% (N=7) des patientes qui avaient arrêté l'allaitement maternel exclusif étaient sorties après J4.

31 (44,3%) patientes avaient souhaité rencontrer un professionnel après leur sortie pour suivre leur allaitement, 37 (52,9%) n'en ressentaient pas le besoin et 2 (2,9%) ne pensaient pas que cela était possible.

Sur les 31, 20 (64,5%) ont consulté une sage-femme libérale, 8 (25,8%) ont rencontré la puéricultrice PMI, 4 (12,9%) une sage-femme hospitalière, 4 (12,9%) une consultante en lactation, 3 (9,7%) leur médecin généraliste, 3 (9,7%) sont venues à une permanence de soins de puériculture du CHU et 1 (3,2%) a eu un contact téléphonique avec un professionnel. 16 de ces personnes ont évoqué une surveillance de la prise de poids comme motif de consultation.

3 patientes ont précisé que le meilleur moyen pour donner plus d'informations sur l'allaitement maternel serait de le faire à domicile après l'accouchement et 3 autres ont suggéré des supports écrits.

## Discussion

Sur 453 accouchements réalisés durant la période de l'étude, 151 questionnaires ont été distribués avec un taux de réponse de 82,1% à la maternité puis de 56,5% à J15, ces taux de réponses peuvent donc être considérés comme satisfaisants malgré les effectifs relativement faibles ( $N_1=124$  et  $N_2=70$ ). Sur ces 70 patientes 58 allaitaient toujours de manière exclusive à J15 (82,9%), 12 avaient changé de type d'allaitement (2 allaitaient de manière artificiel). L'une des forces de cette étude est l'absence de différence significative concernant les caractéristiques des parents, de la grossesse et du mode d'accouchement, entre les patientes ayant répondu à la maternité et celles ayant répondu à J15.

Il y avait une différence significative entre les patientes qui continuaient d'allaiter de manière exclusive à J15 et celles qui avaient arrêté en fonction de la situation de la mère face à l'emploi : 69,6% des femmes qui continuaient leur allaitement avaient un emploi ( $p=0,0496$ ). Le même lien avait été mis en évidence dans l'étude ELFE (6) car 71,9% des mères avec emploi allaitaient.

Le fait qu'une patiente ne se sente pas bien préparée pour son allaitement pourrait être un facteur annonciateur de l'arrêt précoce de l'allaitement, et donc un élément qui devrait encourager les professionnels de santé à être plus vigilants envers ces patientes ( $p=0,0029$ ). En effet, 66,6% ( $N=4$ ) des patientes ayant répondu qu'elles ne se sentaient pas prêtes avaient arrêté leur allaitement exclusif à J15 dans l'étude et 81,0% qui continuaient d'allaiter avaient répondu qu'elles se sentaient « assez » prêtes ou prêtes car elles « avaient déjà allaité ». L'état d'esprit et le ressenti sont donc des éléments importants pour la bonne poursuite de l'allaitement maternel exclusif. Il est nécessaire, que les professionnels de santé intervenant avant l'accouchement et en suites de couches aident les patientes à se sentir prêtes. Dans l'étude au CHU d'Angers, le fait d'avoir participé ou non à des cours de préparation à l'accouchement n'avait pas d'influence sur le type d'allaitement à J15 mais ce lien avait été démontré dans l'étude EPIFANE (9) (10), en effet les patientes ayant participé à ces cours choisissaient l'allaitement maternel pour leur nouveau-né à la maternité et à 1 mois la différence était toujours présente. La question du ressenti n'avait pas été posé.

Dans l'étude EPIFANE (9) (10), le fait de faire du peau à peau moins d'une heure ou plus d'une heure était en lien avec le choix d'allaiter l'enfant et la poursuite de cet allaitement à un mois. Dans notre étude un résultat similaire a été retrouvé : 86,2% des nourrissons qui étaient toujours allaités exclusivement à J15 avaient fait du peau à peau avec un de ses parents ( $p=0,0386$ ). Le score d'Apgar à 1 minute influençait lui aussi de manière significative la poursuite de l'allaitement à J15 ( $p=0,0139$ ) alors que, l'étude EPIFANE (9) (10) n'avait pas mis en évidence de lien entre le score d'Apgar et le choix de l'allaitement ou sa poursuite.

Les patientes ayant rencontré une ou plusieurs difficultés, de manière générale, durant leur hospitalisation en suites de couches n'avaient pas tendance à arrêter leur allaitement maternel à J15. Cependant, des différences ont été retrouvées pour deux difficultés en particulier: « bébé insatisfait après la tétée » ou « bébé très énervé et difficile à mettre au sein » (respectivement  $p=0,0047$  et  $p=0,0202$ ). De manière significative, ces patientes avaient interrompu leur allaitement maternel exclusif à J15. Il a été remarqué que les patientes qui avaient arrêté d'allaiter de manière exclusive à J15 avaient plus souvent rencontré la difficulté suivante « bébé insatisfait après la tétée » ( $p=0,0062$ ) une fois le retour à domicile effectué. Cette problématique de « bébé insatisfait » se retrouve donc dans les deux temps de l'étude. Cet énoncé est à analyser de plusieurs façons. D'abord, comme l'explique le Dr Marie Thirion (13) il est peu probable que des mamans n'aient pas assez de lait, bien que l'expression « bébé insatisfait » sous-entende cela. Soit ce sont des enfants qui ont de grands besoins de suctions difficiles à contenter, soit c'est un ressenti qu'ont les mamans alors que leur enfant est bien rassasié mais qu'il est en demande d'autre chose. Dans ce cadre il est donc important d'expliquer les différents besoins du nouveau-né à ses parents, le mécanisme de l'allaitement et de la montée de lait. Il faut aussi rassurer la patiente sur sa capacité à « produire » du lait en quantité suffisante pour son nourrisson. Le fait de ne pas pouvoir contrôler et connaître la quantité de lait bu par leur nouveau-né peut aussi induire cette impression d'insatisfaction de l'enfant chez certaines mamans.

Les patientes qui avaient vécu une montée de lait difficile avaient au contraire plus continué leur allaitement maternel exclusif que les autres ( $p=0,0391$ ).

Celles qui avaient eu besoin d'utiliser un tire-lait lors de l'hospitalisation ont plus souvent arrêté l'allaitement maternel exclusif ( $p=0,0019$ ). Il n'a pas été demandé aux patientes la raison de cette utilisation. En effet, il y a plusieurs motifs à l'installation d'un tire-lait : stimulation des seins, crevasses au mamelon qui freinent les mises au sein, souhait de la patiente d'avoir des réserves de lait... La façon dont est donné le lait tiré a une influence sur la bonne poursuite de l'allaitement : s'il est donné au biberon, donc par le biais d'une tétine, l'enfant ne va plus téter de la même manière et cela va créer un nouvel obstacle pour la poursuite de l'allaitement, comme le souligne les dix conditions de succès de l'allaitement par l'OMS (2). Le nouveau-né ne met pas en place le même mécanisme pour téter un sein qu'une tétine : au sein il exercera une tétée active pour permettre l'éjection du lait tandis qu'au biberon il aura une tétée passive, en pinçant la tétine. On peut supposer que lorsque le tire-lait a été utilisé pour éviter l'apparition (ou l'aggravation) de crevasses la maman va par la suite craindre la mise au sein de son nouveau-né par peur de la douleur.

En suites de couches, 16,9% (N=21) des patientes ont confié leur nouveau-né pour la nuit (principalement en raison de leur fatigue), pour 9,5% (N=2) de ces patientes leur nouveau-né n'a pas été amené auprès d'elle pour téter la nuit. Ces 2 patientes avaient arrêté d'allaiter leur nourrisson de manière exclusive à J15. Malgré le faible effectif, le fait de ne pas amener l'enfant pour la tétée la nuit aurait un impact sur la poursuite de l'allaitement à court terme ( $p=0,0110$ ). Ceci



paraît logique puisqu'il est important pour une bonne mise en place de l'allaitement que d'une part, les seins soient stimulés régulièrement, d'autre part, que l'enfant reste près de sa mère le plus possible (13) et enfin que la maman reconnaisse les signes d'éveil de son enfant ainsi que son rythme (2).

S'il n'a pas été amené pour téter, on peut supposer que des suppléments (lait maternel) ou compléments (lait artificiel) lui ont été administrés. Si ces derniers ont été donnés au biberon, cela va donc créer une nouvelle fois une barrière face à la mise en place satisfaisante de l'allaitement.

Ces résultats sont à nuancer du fait du très faible effectif. Il semble peu probable qu'il ait été donné aux nouveaux-nés des suppléments ou compléments sans l'accord de la maman, on peut donc s'interroger sur la compréhension de cette question.

Peu de résultats significatifs ont été mis en évidence par le deuxième questionnaire. Plus de 78% des patientes (55 sur 70) avaient rencontré des difficultés liées à leur allaitement une fois rentrées chez elles. On peut supposer que ces patientes auraient eu besoin de plus d'aides et de conseils à long terme lors de l'hospitalisation et surtout d'un suivi approprié après leur sortie pour faire face à ces difficultés qui peuvent entraver la bonne poursuite de l'allaitement. Les patientes qui décrivaient leur expérience de l'allaitement comme négative à J15 étaient surtout celles qui avaient stoppé leur allaitement exclusif ( $p=0,0027$ ). Il serait important pour ces patientes de rediscuter de leur expérience de l'allaitement, à la visite post-natale par exemple ou lors d'une future grossesse et ainsi les aider à faire le choix d'alimentation de leur futur enfant car on peut supposer que ce seront des patientes qui seront plus réticentes à démarrer de nouveau un allaitement.

L'étude a aussi démontré que le jour de sortie de l'hospitalisation du service de suites de couches avait un lien avec la situation à J15 concernant l'allaitement de l'enfant. Les patientes sorties avant ou à J4 avaient continué l'allaitement maternel exclusif contrairement à celles sorties après J4 et ceci, de manière significative ( $p=0,017$ ). Ceci pourrait s'expliquer du fait que les patientes qui sortent de manière précoce (donc avant J4), sont de manière générale des patientes qui ont déjà organisé un suivi à domicile pour assurer leur surveillance et celle de leur enfant et donc le suivi de l'alimentation. Une réflexion en anté-natal a probablement été faite auprès de ces futures mamans par des professionnels de santé. Les patientes qui sont sorties après J4 sont des patientes qui ont certainement rencontré un problème quelconque lors de l'hospitalisation, un séjour « classique » en suites de couches se terminant à J4 ; on peut présumer que ces patientes en rentrant chez elles n'avaient pas de relais particulier proposé pour assurer leur suivi.

Cette étude a seulement été comparé à deux autres études : ELFE (6) et EPIFANE (9) (10). Pour autant, ces dernières sont deux études de grande ampleur (suivi respectif de 18000 et 3500 couples mère-enfant), françaises, uniques et récentes (2011 et 2012). Elles étudiaient le type d'allaitement choisi par les patientes pour leur enfant à la maternité en fonction des caractéristiques des patientes

de leur grossesse et de leur accouchement et du temps que durait l'allaitement après la sortie de la maternité.

La principale limite de cette étude est le faible échantillon de patientes car elle a été réalisée sur un temps relativement court (5 semaines) et dans une seule maternité. De plus, le fait de devoir contacter les patientes à J15 augmente le nombre de perdues de vue. En effet, le taux de réponse à la maternité était de 82,1% alors qu'à J15 il était de 56,5%. Il semblerait intéressant dans le cadre d'une autre étude, de contacter les patientes pour connaître à plus long terme le taux d'allaitement, comme cela a été fait dans les études ELFE et EPIFANE.

De plus, le deuxième questionnaire manquait de précision car il n'était pas demandé aux patientes qui avaient changé de type d'allaitement à J15 pour un allaitement mixte les raisons de ce changement, alors que cette question était posée à celles qui pratiquaient un allaitement artificiel.

Seulement 2 patientes (2,86%) avaient arrêté l'allaitement de manière totale à J15 et 10 (14,28%) pratiquaient un allaitement mixte. Au regard des chiffres nationaux (Dans EPIFANE (9) (10), le taux d'allaitement maternel exclusif passe de 59,1% à 45% à J15) ce résultat met en évidence l'un des principaux biais de l'étude : on peut supposer que les patientes qui n'ont pas répondu sont celles qui avaient arrêté d'allaiter de manière exclusive. Soit l'explication donnée en suites de couches sur l'importance de la réponse à J15 quelque soit le type d'allaitement n'était pas assez claire, soit ces patientes ne souhaitaient pas témoigner des circonstances d'arrêt de leur allaitement.

Le fait de réaliser l'étude à l'aide d'un auto-questionnaire peut constituer un biais de compréhension ainsi qu'un biais de réponse. La réalisation du deuxième questionnaire par téléphone pour une partie des patientes peut instaurer un biais d'évaluation si l'investigateur dirigeant l'interrogatoire manquait de neutralité.

A la maternité du CHU d'Angers, chaque nouveau professionnel a une formation sur l'allaitement maternel dans les 6 premiers mois de son arrivée dans l'équipe soignante du service des suites de couches. Aucun complément de formation n'est réalisé par la suite à ce sujet. Le groupe de travail, précédemment cité, sur l'allaitement maternel se réunit régulièrement ; actuellement il élabore une plaquette décrivant les grands principes des 24 premières heures de l'allaitement maternel (Annexe 6). Elle sera bientôt à disposition des mamans et des professionnels de santé. La mission principale de ce groupe de travail est d'assurer cohérence dans la communication et écoute active auprès des mères allaitantes : en multipliant des outils pertinents et faciles d'utilisation et en proposant régulièrement des ateliers cliniques à tout soignant désireux d'apprendre et de questionner sa pratique.

Il serait probablement intéressant d'aborder avec les patientes de façon plus approfondie le suivi possible après la sortie pour leur allaitement. Dans l'étude 44,3% (N=31) des patientes avaient

souhaité rencontrer un professionnel pour soutenir leur allaitement bien que 77,6% (N=45) avaient rencontré une ou plusieurs difficultés une fois rentrées chez elles. 44,4% (N=20) ont décidé à la suite de cette ou des difficultés de consulter un professionnel. L'information auprès des patientes sur la possibilité d'un suivi, sans attendre l'apparition de difficultés, pourrait donc être conseillée dès leur sortie en leur exposant les différents professionnels vers qui elles pourraient s'orienter. Les patientes ont la possibilité de revenir au CHU d'Angers à des permanences de puéricultures ou de prendre rendez-vous auprès d'une consultante en lactation : 3 soit 4,28% sont venues à une permanence et 4 soit 5,71% ont rencontré une consultante en lactation.

L'hospitalisation dans le service de suites de couches est un moment essentiel pour la bonne mise en place de l'allaitement. En effet, certains événements arrivant durant ce séjour peuvent avoir un impact sur la poursuite de l'allaitement à court terme. Par ailleurs, le retour à domicile doit aussi bien se dérouler et ainsi permettre à la patiente de continuer son allaitement avec si besoin l'intervention de professionnels.

## Conclusion

Bien que l'allaitement maternel soit bénéfique pour la mère et son enfant, son taux en France reste encore bas : 59,1% des patientes en 2012 initiaient un allaitement maternel exclusif. La pratique de l'allaitement est donc à encourager (9) (10). C'est surtout lors de sa mise en place que les patientes ont besoin d'encadrement et d'accompagnement car beaucoup arrêtent les quinze premiers jours : le taux diminue à 45% (9) (10).

L'objectif de cette étude était de décrire la mise en place de l'allaitement maternel exclusif durant l'hospitalisation dans le service des suites de couches et son impact au 15<sup>ème</sup> jour avec comme critère de jugement principal : savoir si les patientes allaitaient toujours exclusivement ou non leur nouveau-né à J15.

Certaines patientes étaient plus à risque d'arrêter leur allaitement à court terme : les patientes sans emploi ( $p=0,0496$ ), celles qui ne se sentaient pas bien préparées ( $p=0,0029$ ) et celles dont le nouveau-né n'avait pas bénéficié de peau à peau avec l'un de ses parents ( $p=0,0386$ ).

Le rôle des professionnels lors de l'hospitalisation en suites de couches est essentiel puisque la façon dont ce séjour se déroule aura un impact sur la continuation à court terme de l'allaitement. En effet, dans cette étude, les patientes qui ont utilisé un tire-lait lors de l'hospitalisation ou à qui l'enfant n'a pas été emmené pour téter la nuit lorsqu'il était gardé ont eu davantage tendance à arrêter leur allaitement (respectivement  $p=0,0019$  et  $p=0,0110$ ). Les patientes étant sorties après J4 avaient aussi arrêté de manière plus fréquente leur allaitement maternel exclusif ( $p=0,017$ ).

De plus, la perception de la patiente d'une insatisfaction de la part de son bébé était aussi en lien avec un arrêt plus fréquent de l'allaitement maternel exclusif lorsque cette difficulté était perçue en suites de couches ( $p=0,0047$ ) et à domicile ( $0,0062$ ).

Les professionnels de santé doivent continuer à se former pour permettre un accompagnement optimal des patientes dans l'initiation de leur allaitement. Ils doivent aussi utiliser les outils qui sont à leur disposition, comme ceux notamment utilisés au CHU d'Angers (Annexes 1,2,3 et 6) pour être en accord entre eux et guider les patientes de la meilleure manière.

22 établissements français ont obtenu le label : Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB), dont le but principal est d'encourager et soutenir l'allaitement maternel (14). L'obtention de ce label n'est pas un objectif recherché par la maternité du CHU d'Angers, pour ce faire, ce doit être un projet de l'établissement et cela demande de répondre à de nombreux critères. Cependant, les professionnels de santé peuvent tout de même s'y référer dans leur pratique (14) et le groupe de travail de la maternité du CHU d'Angers, peut donc s'inspirer des principes édictés par l'IHAB (15) pour la création de ses outils.

L'hospitalisation en suites de couches n'influence pas à elle seule la poursuite de l'allaitement maternel, en effet, il n'est pas toujours complètement mis en place lors de la sortie d'hospitalisation des patientes (variation du jour de la congestion mammaire). Alors que, peu de patientes iront consulter un professionnel de santé pour faire suivre leur allaitement une fois rentrées chez elles, il serait peut-être intéressant de leur exposer les différents interlocuteurs vers qui elles pourraient se diriger une fois à domicile : les professionnels libéraux (sages-femmes ou médecins généralistes), la puéricultrice de PMI, des consultantes en lactation, des associations de soutien à l'allaitement maternel.

## Bibliographie

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. 2001 [cité 30 Oct 2014]; Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA54/fa54id4.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/fa54id4.pdf)
2. RPC CE. Allaitement maternel: mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations ANAES (mai 2002). Gynécologie Obstétrique Fertil. 2003;31:481-90.
3. Pr Turck D. Rapport plan d'action allaitement. 2010.
4. Rigourd V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenane P, Kieffer F, Assaf Z, et al. Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. J Pédiatrie Puériculture. 2013 Apr;26(2):90-9.
5. Allaitement maternel Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.pdf [Internet]. [cité 22 Août 2014]. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseAllaitement.pdf>
6. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 3 Nov 2014]. Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014\\_27\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html)
7. Bourdillon F, Cano N, SFN JD, SFP DT. Programme national nutrition santé 2011-2015.
8. Epifane - étude nationale 2011-2013 Protocole [Internet]. [cité 21 Août 2014]. Disponible sur : [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=7467](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7467)
9. 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 Épifane, France, 2012. J Pédiatrie Puériculture. 2012 Sep 18;25(6):364-72.
10. Durée de l'allaitement maternel en France (EPIFANE 2012-2013) [Internet]. [cité 23 Oct 2014]. Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/pdf/2014\\_27\\_2.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/pdf/2014_27_2.pdf)
11. Haut Conseil de la Santé Publique. La santé en France et en Europe : convergences et contrastes [Internet]. 2012 [cité 17 Déc 2014]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268>
12. Branger B. Le Bulletin - Lettre interne du Réseau sécurité naissance/Naître Ensemble - Allaitement maternel [Internet]. Réseau sécurité naissance pays de la loire. 2015 [cité 17 Mars 2015]. Disponible sur : <http://fr.calameo.com/read/000234362ffa951c70ea9?authid=hlolfKVeivTg>
13. Thirion M. Le séjour hospitalier et la mise en route de l'allaitement. L'allaitement De la naissance au sevrage. Albin Michel; 2014. p. 221-72.
14. Tout sur le label Hôpital ami des bébés [Internet]. [cité 28 Oct 28]. Disponible sur : <http://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>
15. 3-principes-IHAB.pdf [Internet]. [cité 22 Avril 2015]. Disponible sur : <http://amis-des-bebes.fr/pdf/3-principes-IHAB.pdf>



Annexe 2 : Tableau à disposition de chaque membre de l'équipe soignante du service des suites de couches du CHU d'Angers récapitulant les quantités de laits nécessaire pour les nouveau-nés. Réalisé par le groupe de travail mis en place au CHU d'Angers.

Quantité nécessaire les premiers jours pour un BB à terme		
	Par tétée	Total sur 24 heures
J1	Quelques gouttes à 5 ml 5ml=1 cuiller à café	Quelques gouttes à 30 ml
J2	5 à 15 ml 15 ml=1 cuiller à soupe	30 ml à 110 ml
J3	15ml à 30 ml	110 ml à 230 ml
J4	30 ml à 45 ml	230 ml à 340 ml
J5	45 ml à 60 ml	340 ml à 510 ml



Annexe 3 : Critères d'une bonne tétée, grilles utilisées par les professionnels du service des suites de couches du CHU d'Angers. Elle permet de faire un lien avec le professionnel qui suivra la patiente par la suite si besoin.

Critères	Sortie ok	Sortie à réévaluer	Sortie avec suivi Sous 48h
<b>Comportement BB Pendant TT</b>	Critères de bonne TT ok	Peu de succion nutritive Besoin de stimulation	Variable
<b>Comportement BB Entre TT</b>	Calme Détendu	Endormi + + Agité + +	Endormi Agité
<b>TT sein</b>	Au moins 8/24h Pas de limitation fréquence et/ou durée des TT	≤ 6 TT/24h Limitation fréquence et/ou durée des TT	Entre 6 et 8 TT/24h
<b>Urines</b>	Au moins 6 couches lourdes/j Urines claires ou jaunes pâles	Rares et foncées Odeur forte < 3-5/j à J3-5	Rares et/ou foncées < 4-6/j
<b>Selles</b>	Liquides, jaunes, grumeleuses Au moins 3/j après les 24 1ères h	Méconiales < 3 selles/24h après 24 1ères h	Transitionnelles à J4-5 < 3/j
<b>Poids</b>	7% maxi perte PN Plus de perte de poids après J3	Perte PN > 10% Pas de reprise	Perte PN entre 7 et 10% Stagnation
<b>Congestion mammaire</b>	Faite et régulée	N'a pas eu lieu Ou majeure	Insuffisamment soulagée par les TT
<b>Douleurs seins</b>	Absence	Crevasses Congestion mammaire non résolue par TT ou n'ayant pas eu lieu	Crevasses Congestion mammaire non résolue par TT ou n'ayant pas eu lieu
<b>Aides à l'AM</b>	Pas de bout de sein Pas de tire-lait Pas de compléments Pas de supplément	Aides à l'AM non maîtrisées par la maman	Bout de sein Tire-lait Compléments DAL Suppléments
<b>Mère</b>	Sereine Confiante	Très inquiète Doute + + +	Moyennement sereine Moyennement confiante



Oui, beaucoup       Oui, vaguement       Non pas du tout       Je ne sais plus  
 Avez-vous abordé le sujet de l'allaitement lors d'une ou plusieurs consultation durant votre grossesse?  
 Oui, beaucoup       Oui, vaguement       Non pas du tout       Je ne sais plus  
 Certains membres de votre entourage vous ont-ils parlé de leur propre expérience de l'allaitement ?  
 Oui       Non       Non, je ne souhaitais pas

• Si oui, avec qui ?

- Votre Famille
- Vos amies
- Revues
- Forum/Internet
- Autre : .....

• Si non, pourquoi ? .....

• Cela vous a-t-il influencé dans votre choix d'allaiter ?

- Oui, beaucoup, ça m'a convaincue       Oui, un peu       Non, pas du tout

Votre conjoint a-t-il participé à la prise de décision ?

- Oui       Non

• Quelle perception a-t-il de l'allaitement ?

- Plutôt positive       Plutôt négative       Je ne sais pas

Globalement, avez-vous le sentiment d'être bien préparée ?

- Oui, car j'ai déjà allaité       Oui, assez       Oui, un peu
- Non, pas du tout

### Accouchement

Avez-vous fait du peau à peau en salle de naissance ?

- Oui, moi seulement       Non, j'étais en salle de réveil
- Oui, mon conjoint seulement       Non, l'état de mon enfant ne le permettait pas
- Oui, moi et mon conjoint       Non, mon état ne le permettait pas
- Non, pour une autre raison : .....

La première tétée a-t-elle eu lieu en salle de naissance ?

- Oui       Non

Comment s'est faite la première alimentation de votre enfant ?

- Au sein       A la cuillère/Paille       Bout de sein siliconé

### Séjour en suites de couches

Chambre :  Seule       Double

Avez-vous gardé votre enfant 24h/24h près de vous ?

- Oui       Non

• Si non (plusieurs réponses sont possibles) :

- Car j'étais fatiguée       Autre(s) raison(s) : .....
- On me l'a gardé une partie de la nuit       On me l'a gardé tout une nuit
- On me l'a gardé plusieurs nuits
- On me l'a emmené pour la tétée       On ne me l'a pas emmené pour la tétée

Globalement, concernant votre allaitement :

• L'équipe soignante vous a-t-elle apporté des réponses à vos questions ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse, sachant que 0 = non pas du tout, et 5 = Oui, complètement)

0                      1                      2                      3                      4                      5

• Vous sentiez-vous entourée par l'équipe soignante ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse, sachant que 0 = non pas du tout, et 5 = Oui, complètement)

0                      1                      2                      3                      4                      5

• Une ou plusieurs tétées ont-elles été observées par un membre de l'équipe soignante ?

- Oui, plusieurs fois       Oui, une fois       Non, jamais       Je ne sais plus

Vous a-t-on expliqué comment utiliser la feuille de suivi d'alimentation bébé ?

- Oui       Non

Et l'avez-vous utilisé ?

Oui

Non

Avez-vous rencontré une ou plusieurs des difficultés suivantes pendant votre séjour ?

- Crevasses/ Douleurs aux mamelons :  Oui  Non
- Montée de lait importante :  Oui  Non

Concernant votre enfant :

- Bébé insatisfait après la tétée :  Oui  Non
- Bébé endormi, difficile à stimuler :  Oui  Non
- Bébé très énervé, difficile à mettre au sein :  Oui  Non

Qu'est-ce qui vous a aidé à surmonter cette(ces) difficulté(s) et vous a permis de continuer d'allaiter ?

- Les conseils concernant :
  - Les positions possibles de mon enfant  Le meilleur moment pour la mise au sein
  - Les cataplasmes de lait  Les critères d'une tétée efficace
- L'utilisation
  - De la crème pour les mamelons  Des bouts de seins siliconés
  - D'un tire-lait  De la méthode d'expression manuelle
- Votre enfant a-t-il reçu :
  - Du lait maternel donné à la cuillère/paille  Du lait maternel donné au biberon
  - Du lait artificiel donné à la cuillère/paille  Du lait artificiel donné au biberon

Concernant cette(ces) difficulté(s) :

- L'équipe soignante vous a-t-elle apporté des réponses à vos questions ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse, sachant que 0 = non pas du tout, et 5 = Oui, complètement)

0                      1                      2                      3                      4                      5

- Vous sentiez-vous entourée par l'équipe soignante ? (Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse, sachant que 0 = non pas du tout, et 5 = Oui, complètement)

0                      1                      2                      3                      4                      5

- Une ou plusieurs tétées ont-elles été observées par un membre de l'équipe soignante ?

Oui, plusieurs fois       Oui, une fois       Non, jamais       Je ne sais plus

Ce problème était-il résolu à la sortie ?

Oui, totalement       Oui, partiellement       Non, pas du tout

- Si non, quel suivi vous a été proposé ? .....

Vos remarques sur votre allaitement maternel pendant votre séjour en suites de couches : .....

.....

**Retour à la maison**

Date de votre sortie : ... / ... / .....

Votre situation vis-à-vis de l'allaitement ?

- Allaitement exclusif
- Allaitement mixte
- Allaitement en cours de sevrage
- Allaitement arrêté

• Si allaitement exclusif :

- Les tétées se font :  Au sein  Au biberon (de lait maternel)  Les deux
- Nombre de tétées par jour : ..... Nombre de tétées par nuit : .....

• Si allaitement mixte :

- Les tétées se font :  Au sein et biberons de lait artificiel
- Biberons de lait artificiel et de lait maternel
- Sein et biberons de lait artificiel et de lait maternel
- Nombre de tétées par jour : ..... Nombre de tétées par nuit : .....

• Si allaitement en cours de sevrage :

- Nombre de tétées par jour : ..... Nombre de tétées par nuit : .....

• Si allaitement arrêté, date de l'arrêt : ... / ... / .....

**Si vous avez arrêté, pourquoi ?** : (plusieurs raisons sont possibles)

• Raison(s) liée à la mère :

- J'avais prévu d'allaiter ce temps là
- Je n'avais plus envie
- J'étais trop fatiguée
- C'était trop douloureux
- C'était trop compliqué
- Je ne m'attendais pas à cette sensation
- J'ai arrêté contre mon gré (maladie...)
- Autre : .....

• Raison(s) liée au bébé :

- Mauvaise succion
- Problème de poids de bébé
- Bébé endormi
- Bébé énervé, difficile à mettre au sein
- Bébé qui tète trop souvent
- Autre : .....

• Autre(s) raison(s) possible :

- Mon entourage était peu favorable
- Mon entourage était peu soutenant
- Mon conjoint était peu favorable
- Mon conjoint était peu soutenant
- Autre : .....

Si vous êtes en cours de sevrage, pourquoi ? :

• Raison(s) liée à la mère :

- J'avais prévu d'allaiter ce temps là
- Je n'ai plus envie
- Je suis trop fatiguée
- C'est trop douloureux
- C'est trop compliqué
- Je ne m'attendais pas à cette sensation
- J'arrête contre mon gré (maladie...)
- Autre : .....

• Raison(s) liée au bébé :

- Mauvaise succion
- Problème de poids de bébé
- Bébé endormi
- Bébé énervé, difficile à mettre au sein
- Bébé qui tète trop souvent
- Autre : .....

• Autre(s) raison(s) possible :

- Mon entourage est peu favorable
- Mon entourage est peu soutenant
- Mon conjoint est peu favorable
- Mon conjoint est peu soutenant

Autre : .....

**Avez-vous souhaité rencontrer un professionnel après votre sortie pour suivre votre allaitement ?**

- Oui  Non, je n'en ai pas ressenti le besoin  
 Non, je ne savais pas que c'était possible

• Si oui, qui ?

- La sage-femme libérale  Le médecin généraliste  
 La sage-femme hospitalière  La puéricultrice de PMI  
 Je suis venue à une permanence au CHU  J'ai vue une consultante en lactation  
 J'ai été en contact avec une association (ex : leche league)  
 Autre : .....

**Avez-vous rencontré une ou plusieurs des difficultés suivantes une fois chez vous :**

- Crevasses/ Douleurs aux mamelons :  Oui  Non  
• Montée de lait importante :  Oui  Non  
• Lymphangite :  Oui  Non

Concernant votre bébé :

- Bébé insatisfait après la tétée :  Oui  Non  
• Bébé endormi, difficile à stimuler :  Oui  Non  
• Bébé très énervé, difficile à mettre au sein :  Oui  Non

**Avez-vous fait appel à un professionnel pour prendre en charge cette(ces) difficulté(s) ?**

- Oui  Non, je n'en ai pas ressenti le besoin  
 Non, je ne savais pas que c'était possible

• Si oui, qui ?

- La sage-femme libérale  Le médecin généraliste  
 La sage-femme hospitalière  La puéricultrice de PMI  
 Je suis venue à une permanence au CHU  J'ai vue une consultante en lactation  
 J'ai été en contact avec une association (ex : leche league)  
 Autre : .....

**Avez-vous été satisfaite de cette aide ?**

- Oui  Non

**Votre conjoint vous a-t-il soutenu lorsque vous avez rencontré cette(ces) difficulté(s) ?**

- Oui  Non

**Pensez-vous que les informations que vous avez reçues pendant votre grossesse étaient suffisantes concernant l'allaitement ?**

- Oui  Non

Si non, qu'est-ce qui aurait pu être différent ? .....

**D'après-vous, quel serait le meilleur moment pour donner encore plus d'informations sur l'allaitement ?**

- Cours de préparation à l'accouchement  En salle de naissances  
 Pendant les consultations de suivie de grossesse  En suites de couches  
 Autre proposition : .....

**Quel était votre état d'esprit avant de commencer l'allaitement ?**

- Allaitement maternel à tout prix  J'essaye, mais si ça ne fonctionne pas j'arrête  
 Je ne sais pas

**Aujourd'hui, vous décririez cette expérience d'allaitement de :**

- Positive  Négative  Je ne sais pas

**Vos remarques sur votre allaitement maternel depuis votre retour à domicile:** .....

*Annexe 6 : Plaquette en cours d'élaboration par le groupe de travail de la maternité du CHU d'Angers,  
à disposition des professionnels et des patientes.*

## **ALLAITEMENT MATERNEL D'UN NOUVEAU-NE A TERME LES GRANDS PRINCIPES DES 24 PREMIERES HEURES**

### **A retenir :**

- Pour protéger le mamelon, 1 goutte de lait avant et après la tétée
- Quelques gouttes de lait (1 cuillère à café) suffisent à chaque tétée
- Stimulation des seins toutes les 2h, par l'enfant ou manuellement
- En l'absence de tétée, don de colostrum à la cuillère si possible

### **A éviter :**

- Les écrans siliconés ("bouts de sein")
- Le tire-lait
- Le biberon

### **S'informer:**

- Le guide de l'allaitement maternel disponible auprès des professionnels
- Des plaquettes éditées par le Réseau Sécurité Naissance.
  - les signes d'une bonne tétée
  - allaitement et reprise du travail
  - la contraception et l'allaitement

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) .....  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le    /    /

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint  
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université  
40 rue de rennes – BP 73532  
49035 Angers cedex  
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

