



HAL
open science

Accompagnement de l'allaitement maternel des mères d'enfant grand prématuré: essai d'intervention à la Maternité Régionale Adolphe Pinard

Charlotte Sagnet

► **To cite this version:**

Charlotte Sagnet. Accompagnement de l'allaitement maternel des mères d'enfant grand prématuré: essai d'intervention à la Maternité Régionale Adolphe Pinard. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887345

HAL Id: hal-01887345

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887345v1>

Submitted on 4 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré

Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Accompagnement de l'allaitement maternel des
mères de grand prématuré

Essai d'intervention à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Mémoire présenté et soutenu par
Charlotte SAGNET

Promotion 2009

*Merci à Mme DENIS Valérie, Sage-femme cadre
enseignante
Experte et directrice de ce mémoire.*

SOMMAIRE

<i>Introduction</i>	4
<i>Partie 1 : Etat des lieux de l'allaitement maternel des enfant nés prématurement en France.</i>	5
1. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE.	6
1.1. Population générale.....	6
1.2. Enfant né prématurément.....	8
2. SPECIFICITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'ENFANT NE PREMATURE.	9
2.1. Les bienfaits de l'allaitement maternel pour le prématuré.	9
2.2. Difficultés rencontrées par les mères.....	10
3. ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS D'ALLAITEMENT MATERNEL.	12
3.1. Qui accompagne les mères désireuses d'allaiter ?.....	12
3.2. Position de la sage-femme face au projet d'allaitement	12
3.3. Importance du soutien aux mères allaitantes.	13
4. CONSTRUCTION DE L'ETUDE.	14
4.1. Démarche de recherche.....	14
4.2. Objectifs de l'étude.....	14
4.3. Méthode	15
4.4. Points forts et points faibles de l'essai d'intervention.	18
 <i>Partie 2 : Essai d'intervention à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.</i>	 20
1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.	21
1.1. Données générales socioprofessionnelles.....	21
1.2. Données obstétricales.	22
1.3. Données concernant le nouveau né.....	23
2. DONNEES INITIALES RELATIVES A L'ALLAITEMENT MATERNEL.	25
2.1. Expériences personnelles d'allaitement maternel.....	25
2.2. Information concernant l'allaitement maternel.....	26
2.3. Données relatives à la mise en route de la lactation.	27
3. DONNEES SUR LE SUIVI DU GROUPE INTERVENTION.	29

3.1.	Indice de la bonne mise en route de la lactation	29
3.2.	L'entretien de la lactation	29
4.	LE POINT SUR LES TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL.	31
4.1.	Groupe Témoin. (n=9)	31
4.2.	Groupe intervention (n=10).	33
 <i>Partie 3 : Quelles pouvons-nous proposer à ces familles ?</i>		35
1.	ANALYSE	36
1.1.	L'information durant la grossesse.....	36
1.2.	La mise en route de l'allaitement maternel.....	36
1.3.	Allaitement maternel au cours de l'hospitalisation de l'enfant.	37
1.4.	Allaitement maternel durant le premier mois suivant le retour à domicile.	39
2.	DISCUSSION	41
2.1.	Amélioration de l'information.	41
2.2.	Le suivi pendant l'hospitalisation.....	41
2.3.	Comment améliorer le suivi une fois l'enfant de retour au domicile.	46
 Conclusion		47
 Bibliographie		48
 Table des matières		54
 Annexes		57

Introduction

Au cours de nos études de sage-femme, notre vision de l'allaitement maternel, et nos connaissances évoluent. Et c'est au cours d'un stage en unité de néonatalogie, que j'ai eu envie d'aller plus loin.

Au regard des difficultés de ces mères et de ces nourrissons, dans l'établissement et le maintien de leur lien lacté, j'ai commencé à m'intéresser à l'allaitement maternel des nouveau-nés prématurés.

La notion d'accompagnement reste pour moi un aspect majeur de la profession de sage-femme. Ce devoir d'accompagnement et de soutien doit commencer avec la grossesse, et perdurer au delà de l'accouchement et des premiers jours de post-partum, dans la physiologie et surtout dans la pathologie. Les professionnels de santé sont là pour accompagner au mieux les futurs parents dans l'accomplissement de leur projet. Et en cas de naissance prématurée, le projet maternel se tourne régulièrement vers un projet d'allaitement.

J'ai observé ce que nous mettons en place en terme de suivi d'allaitement pour les nouveau-nés en bonne santé ; sages-femmes libérales, consultantes en lactation, association ... Par la suite je me suis posée la question suivante ; « pour les mères d'enfants nés prématurément, que mettons nous en place ? » Il s'est avéré qu'à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy rien de spécifique n'était mis en place.

On sait que l'accompagnement et le soutien des femmes allaitant un enfant à terme augmentent les durées d'allaitement. Mais très peu d'études s'arrêtent sur les nouveau-nés prématurés. J'ai donc réalisé un essai d'intervention prospectif à la Maternité Régionale de Nancy. Je baserai mon évaluation sur la comparaison d'un groupe témoin et d'un groupe ayant bénéficié de l'intervention. Elle réside dans le suivi de l'allaitement maternel des mères de grands prématurés, au cours de l'hospitalisation en néonatalogie.

Afin de justifier le bien-fondé de ce travail, je ferai un point sur l'épidémiologie de l'allaitement maternel et les bienfaits pour l'enfant prématuré. J'analyserai les résultats trouvés, dans le but de les comprendre, et de trouver des solutions objectives.

Partie 1

*Etat des lieux de l'allaitement
maternel des enfants nés prématurément
en France.*

1. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE.

1.1. Population générale.

1.1.1. Initiation de l'allaitement maternel.

Définition de l'allaitement maternel ;

Actuellement, il n'existe pas de définition consensuelle de ce qu'est l'allaitement maternel. Les définitions qu'on lui attribue, varient selon la façon d'allaiter ; certains considèrent qu'il s'agit d'allaiter au sein, d'autres de donner du lait de sa mère, de manière exclusive ou mixte.

Néanmoins, la Haute Autorité de Santé (HAS) [1], se basant sur les études de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de « l'Interagency Group for Action on Breastfeeding », nous propose la définition suivante :

- le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né, ou du nourrisson par le lait de sa mère.
- l'allaitement est **exclusif**, lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel, à l'exception de tout autre ingesta, solide ou liquide, y compris l'eau.
- l'allaitement est **partiel**, lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture.
- la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

Le taux de démarrage de l'allaitement maternel en France est l'un des plus bas d'Europe. [2] D'après l'enquête nationale périnatale de 2003[3], 62,6% des nouveaux nés restés auprès de leur mère, étaient allaités (toutes manières confondues), à la sortie de la maternité. Ils étaient 56,5% à être allaités entièrement au sein. Il s'agit ici d'une photographie de la situation en France, mais ces chiffres sont en accord avec les données du Plan national nutrition santé de 2002, où le taux d'allaitement maternel en sortie de maternité était de 56%.[4] (99% en pays Scandinave). Bien évidemment, l'allaitement en sortie de maternité , c'est à dire au 8^{ème} jour, ne doit pas être un critère majeur

d'évaluation de l'allaitement maternel dans notre pays. Ce sont : la durée et la qualité (exclusif ou non) des allaitements maternels qui restent les meilleurs indicateurs.

En 2007, un institut de sondage « l'Institut des Mamans », déclare que les taux français d'allaitement sont en progression ; il serait de 67%. Ces chiffres sont à utiliser avec prudence, car il s'agit d'un sondage, et ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble de la population. [5]

1.1.2. Durée de l'allaitement maternel.

Rappelons que les recommandations de l'OMS [6] et de la HAS [1] préconisent l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, puis la diversification alimentaire et un allaitement mixte jusqu'à l'âge de deux ans. Tout enfant qui ne reçoit pas le lait de sa mère, doit être considéré comme un enfant à risque. [6]

En 2002 lors des cinquièmes entretiens de nutrition de l'Institut Pasteur, Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau expose, des données concernant l'épidémiologie de l'allaitement en France. Elle nous apprend qu'à trois mois, 60,3 % des nouveau-nés allaités à la naissance l'étaient encore, contre 37,6% en 1999. On compare ces taux aux données suédoises, qui indiquent que 86% des enfants sont toujours allaités à 3mois, 68% à 6, et 42% à 9 mois. Ces chiffres sont en accords avec le fait que l'allaitement maternel progresse dans notre pays, et que les efforts doivent être poursuivis pour rattraper nos voisins européens. [2]

1.1.3. Les arrêts d'allaitement maternel.

S. Douville et al, lors d'une enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre, trouve qu'ils sont imputables aux douleurs mammaires (notamment celles liées aux crevasses) pour 59%, au manque de confiance en soi pour 27,2%, et à la déception pour 22,7%. Le manque de lait n'arrive qu'en quatrième position avec 9,1%. [7]

Laurent Juret a étudié les facteurs prédictifs des arrêts précoces d'allaitement maternel dans le secteur de Caen. Il rapporte que les causes majeures d'arrêts avant trois mois sont d'ordre maternel dans 73,6% des cas. Ces femmes exposent un manque de lait dans 43% des cas, une fatigue pour 33%, et la faible prise de poids de l'enfant pour 22,2%. [8].

En majeure partie les causes évoquées d'arrêts ne sont pas le fruit d'une défaillance maternelle, mais plutôt le résultat d'un soutien inapproprié.

1.2. Les enfants nés prématurément.

De manière générale, les mères de nouveau-nés prématurés allaitent moins que les mères des enfants nés à terme. [9] Il existe très peu de données nationales, ou même locales sur les taux d'initiation et les durées des allaitements maternels. Paradoxalement ces enfants ont biologiquement plus besoin du lait de leur mère.

En 2007 à la Maternité Régionale Adolphe Pinard, pour toutes les femmes ayant accouché à moins de 32 semaines d'aménorrhées (SA), le taux d'allaitement maternel en initiation était de 57%.

En 2002, à l'aide des certificats de santé du 8^{ème} jour et du 9^{ème} mois, reçus par le service de Protection Maternel et Infantile de Meurthe et Moselle, un bref état des lieux a été fait. Il s'est révélé que les mères d'enfants prématurés, toutes prématurités confondues, allaitaient moins en initiale, mais allaitaient plus longtemps ; notamment à 4 et à 8 semaines. Comme précédemment, ces chiffres sont à moduler, car on ne retrouve pas de notion sur le caractère exclusif de l'allaitement et sur sa qualité. [10]

Qu'en est-il de la grande prématurité ? Les durées d'hospitalisations sont en moyennes supérieures à 8 semaines. Il serait intéressant de connaître les taux d'allaitement à 3 et 6 mois, pour observer ce qu'il se passe après le retour à domicile de l'enfant.

Comme nous venons de le voir, il est difficile de trouver des données épidémiologiques nationales sur les taux d'allaitement et leurs durées. L'allaitement maternel progresse en France mais cela reste encore insuffisant, notamment en ce qui concerne la prématurité.

2. SPECIFICITES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'ENFANT NE PREMATUREMENT.

2.1. Les bienfaits de l'allaitement maternel pour le prématuré.

2.1.1. Un réel bénéfice physique.

Les bienfaits du lait maternel ne sont plus à démontrer. D. Turck dans son écrit sur les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de sa mère, cite : « Breast is best ». (« *Le meilleur c'est le sein.* »)[11]

Dans les six premiers mois, les avantages pour l'enfant allaité sont très importants. Les plus connus concernent les qualités nutritionnelles et la protection immunitaire.

En cas d'accouchement prématuré, le lait maternel est adapté aux besoins nutritionnels du nouveau né. De plus ce type d'alimentation améliore la croissance staturo-pondérale et protège de l'obésité pour l'avenir.

Les immunoglobulines présentes dans le lait maternel renforcent les défenses immunitaires de ce nouveau-né si fragile.

Sa pratique améliore aussi le développement neurocognitif et augmente les points de Quotient Intellectuel. Elle n'est pas à négliger quand on sait que les anciens prématurés sont sujets aux troubles du développement cognitif. ; chez les enfants nés avant 29 SA, 38 % présentent des difficultés scolaires au Cours Primaire. [12]

Le lait maternel accélère la vidange gastrique, de ce fait il est plus rapidement digéré. Ces qualités contribuent à la protection de leur appareil digestif immature, et diminue également l'incidence du reflux gastro-œsophagien chez ces enfants. [11, 13,14,]

Pour finir l'allaitement au sein apporte une meilleure stabilité physiologique par rapport à l'utilisation du biberon [15].

2.1.2. Qu'en est-il du bénéfice psycho-social ?

L'allaitement maternel est le support et le témoin d'un lien qui se tisse. Il est réparateur de la fonction maternelle dévalorisée et peu favorisée par l'éloignement. Il faut donc l'encourager et le soutenir tant que la mère le souhaite. [16]

Winnicott dit que la pratique de l'allaitement maternel est un moyen pour les mères de poursuivre la grossesse. Ceci est d'autant plus vrai dans le cadre d'une naissance prématurée. [17]

L'allaitement maternel apporte bien être et estime de soi. Il favorise l'établissement du lien mère enfant, et renforce les sentiments d'attachement réciproque de la mère et de son enfant. [17]

Dans une revue de littérature de 2006, C. Boutet et al, déclare que l'allaitement diminue le stress des femmes, par le biais de la sécrétion d'ocytocine. De ce fait, les mères sont plus disponibles dans l'établissement du lien mère enfant. [18]

La pratique de l'allaitement apporte un certain nombre d'avantages d'ordre économique, sachant que la précarité et les difficultés socio économiques sont des facteurs de risques important d'accouchements prématurés. [14,19]

2.2. Les difficultés rencontrées par les mères.

Les femmes ayant accouché prématurément rencontrent des difficultés en ce qui concerne l'établissement et le maintien de leur lactation.

Dans un premier temps, les complications obstétricales, la fatigue, le stress et l'angoisse sont des freins à la bonne mise en route de la lactation.

Dans un second temps, les hospitalisations longues, la séparation, la fatigue, et les difficultés d'organisation, vont gêner le maintien de la lactation.

Ces mères vont devoir tirer leur lait pour entretenir leur lactation, jusqu'au jour où le nourrisson sera physiologiquement prêt à téter au sein. Cela nécessite une certaine rigueur. Ces femmes savent qu'elles veulent allaiter, mais ne savent pas comment elles vont « devoir » le faire. La rigueur nécessaire au bon déroulement de leur allaitement leur semble parfois inutile.

Les difficultés énoncées viennent d'observations personnelles, mais également de témoignages de femmes. Dans « Une si longue naissance » de Françoise Loux, l'auteur,

une mère d'enfant prématuré, raconte son parcours. Elle y décrit très bien le caractère intemporel de la situation dans laquelle elle se trouve. Beaucoup de mère de prématuré se retrouvent dans ce témoignage. [20]

Nous venons de rappeler combien il est important pour un enfant, et encore plus dans un contexte de prématurité, de bénéficier du lait de sa propre mère. Ces femmes ont toujours éprouvé des difficultés en cas d'accouchement prématuré. De nombreux témoignages de mères nous rappellent que ces familles ne sont pas comme les autres, elles requièrent une écoute et une attention toute particulière. L'accomplissement du projet d'allaitement maternel comporte des enjeux médico-psycho-sociaux considérables. Qu'en est-il de leur accompagnement ?

3. ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS D'ALLAITEMENT MATERNEL.

3.1. Qui accompagne les mères désireuses d'allaiter ?

Tous les professionnels de santé, qui ont en charge la santé de la mère et l'enfant doivent être capables, à leur échelle, d'accompagner les parents dans leurs projets.

Ceci concerne tous les acteurs de la périnatalité : sages-femmes, puéricultrices, infirmières, aides-soignantes, mais aussi pédiatres et obstétriciens.

3.2. Position de la sage-femme face au projet d'allaitement.

- La déclaration d'Innocenti, rédigée en 1990, déclare que chaque femme doit avoir la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement, jusqu'à l'âge de six mois. Elle invite les gouvernements à intégrer dans leur politique de santé la promotion de l'allaitement maternel. Toutes les femmes doivent avoir accès à la connaissance, et doivent être prises en charge par un personnel qualifié. [21]
- Le Plan National Nutrition Santé 2 a pour objectif la promotion de l'allaitement maternel. Les actions de promotion sont confiées aux professions sanitaires et sociales. De plus, ces actions doivent s'appuyer sur les commissions régionales et les réseaux de périnatalité, dont nous faisons partie. Ce plan rappelle également que la promotion de l'allaitement doit être initiée lors de l'entretien prénatal individuel, prévu par le plan de périnatalité 2005-2007[22]
- La profession de sage-femme, régit par son code de déontologie, dit : « Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. »[23]

3.3. Importance du soutien aux mères allaitantes.

Les femmes qui accouchent prématurément doivent faire le deuil de l'enfant parfait. Elles ont élaboré un projet d'allaitement depuis le début de la grossesse. Mais pour des raisons médicales ou par manque de soutien, elles se trouvent dans l'incapacité de le mener à bien. Elles vont devoir faire le deuil de leur allaitement, qui sera d'autant plus douloureux que son désir d'allaiter était intense. Le succès de l'allaitement est une gratification en soi. Plus que les autres, ces mères fragilisées ont besoin d'être entourées et soutenues dans leur entreprise.

RA. Lawrence et al dit que le mode d'alimentation de l'enfant ne détermine pas la qualité d'une mère. L'échec de l'allaitement reflète souvent un système de soutien inadéquat et une culture d'allaitement trop fragile, plutôt qu'un manque de compétences et de capacités de la mère. [24]

Dans une revue de littérature sur les facteurs influençant l'initiation et la durée d'allaitement en 1999, JA. Scott et al donne son point de vue sur le soutien à apporter aux mères. Il dit : « La lactation est un processus naturel physiologique, mais l'allaitement n'est pas instinctif. Le succès de l'allaitement est lié à la présence d'une société qui le soutient. » [25]

Nous venons de voir pourquoi il est si important d'accompagner les femmes désireuses d'allaiter, et pourquoi il est si important que les enfants nés prématurément soient allaités. La profession de sage-femme, en terme d'accompagnement d'allaitement maternel, est régie par différentes lois et divers plans nationaux. Dans une démarche de qualité, nous nous devons d'évaluer nos pratiques, et de chercher à déterminer leurs impacts. Dans ce cas, je cherche un moyen de prouver de façon rigoureuse que le soutien des mères d'enfants prématurés, améliore les durées et la qualité des allaitements maternels.

4. LA CONSTRUCTION DE L'ETUDE.

4.1. Démarche de recherche.

Le prématuré est un patient à haut risque de mortalité. L'instabilité du pronostic vital peut mettre en péril les projets d'allaitement maternel. Ces enfants sont hospitalisés de nombreuses semaines ; les contacts et les mises aux seins sont rares et tardives. Les mères tirent souvent leur lait pendant de très longues périodes. L'entretien de la lactation à l'aide d'un tire-lait est difficile et peu gratifiant. Il reste nécessaire durant une partie de l'hospitalisation de l'enfant. De plus ces nouveau-nés vont se nourrir, durant de longues semaines, de très faibles quantités de lait, ce qui ne valorise pas le travail effectué par les mères, et ne les encourage pas à tirer plus souvent leur lait.

Problématique :

Le suivi objectif de l'allaitement maternel par le personnel qui a en charge la mère et l'enfant né prématurément, améliore-t-il sa durée ?

Hypothèses de recherche :

- L'apport de conseils à la mère durant la mise en route de la lactation, augmente la durée de l'allaitement maternel.
- La réalisation d'une fiche de suivi des quantités de lait exprimées augmente la durée de la lactation.
- Le soutien et l'apport de conseils durant le maintien de la lactation augmente sa durée.

4.2. Objectifs de l'étude.

4.2.1. Objectif primaire.

Par cette étude, je cherche à savoir : si le suivi régulier des mères de prématurés augmente la durée de l'allaitement maternel, pendant la durée d'hospitalisation en service de néonatalogie.

4.2.2. Objectifs secondaires.

Les objectifs secondaires sont :

- Recenser les difficultés rencontrées par ces femmes pendant l'hospitalisation de l'enfant, et dans le premier mois après la sortie.
- Observer l'évolution de l'allaitement maternel dans la durée.

4.3. La méthode.

4.3.1. Déroulement de l'étude.

Il s'agit d'un essai d'intervention prospectif. On peut également utiliser le terme d'essai contrôlé randomisé. Il s'agit d'une étude expérimentale, où les patientes éligibles sont réparties de manière aléatoire en 2 groupes ; le premier groupe bénéficie de l'intervention, tandis que le second se trouve dans les conditions actuelles de prise en charge. La répartition s'effectue au hasard, ayant pour but : d'assurer que les patientes réparties dans les 2 groupes de l'essai soient rigoureusement semblables en tous points, exceptés en ce qui concerne l'intervention projetée. Nous les nommerons ; groupe « TEMOIN » et groupe « INTERVENTION ».

Pour les deux groupes :

L'étude est basée sur le suivi des quantités de lait exprimées en millilitres. En effet, les mères d'enfant prématuré tirent leur lait souvent pendant tout le temps de l'hospitalisation.

- Une fois par semaine, la patiente comptabilisera les quantités de lait exprimées sur 24 heures, tant que l'enfant sera hospitalisé.
- Lors du retour à domicile de l'enfant, le suivi hebdomadaire s'arrête.
- Les patientes sont ainsi recontactées à leur domicile un mois après le retour à la maison, afin de connaître l'état actuel de leur allaitement (exclusif ou pas, lait tiré-donné, allaitement aux seins exclusivement...), ainsi que les difficultés rencontrées, et leurs projets en matière d'allaitement.

Spécificités du groupe INTERVENTION :

L'intervention se base sur un accompagnement plus important des femmes. Des conseils seront donnés à l'aide d'un référentiel validé par un expert. En effet, certaines études montrent que l'accompagnement régulier augmente la durée de l'allaitement maternel. Malheureusement ces études se cantonnent souvent aux enfants nés à terme [6]. L'OMS, dans ses Dix recommandations pour le succès de l'allaitement maternel, rapporte que :

- Des conseils individualisés et une aide dans les difficultés semblent utiles.
- Des contacts téléphoniques n'agiraient pas de manière indépendante.

Dans ce cas précis, les visites auprès des couples mère-enfant semblent inutiles. La mère est séparée de l'enfant, et il y a très peu de mise au sein à observer et à conseiller. Dans le suivi de l'allaitement maternel de l'enfant à terme, l'observation de la tétée est primordiale. De plus, compte tenu du peu d'études concernant l'enfant prématuré, du temps imparti pour réaliser ce travail, et de l'incapacité en tant qu'étudiante sage-femme à être disponible physiquement à tout moment, les entretiens téléphoniques ne seront pas couplés avec des visites à domicile ou autres types d'interventions. L'accompagnement se fera donc par entretiens téléphoniques hebdomadaires, pendant lesquels un soutien et des conseils seront apportés.

4.3.2. Population.

Les critères d'inclusions et d'exclusions sont identiques pour les deux groupes.

- Critères d'inclusions :
 - ◆ Les femmes ayant accouché à un terme inférieur ou égal à 32 SA à la Maternité Régionale Adolphe Pinard.
 - ◆ Enfant né vivant pour un âge gestationnel inférieur ou égal à 32 SA.
 - ◆ Les femmes ayant émis le désir d'allaiter leur enfant à la naissance.
 - ◆ Les femmes ne présentant pas de contre-indication médicale à l'allaitement maternel.

- Critères d'exclusions :
 - ◆ Les femmes ayant accouché après 32 SA.
 - ◆ Les interruptions médicales de grossesse.
 - ◆ Les enfants mort-nés.
 - ◆ Les enfants présentant des anomalies chromosomiques.
 - ◆ Les enfants présentant des malformations congénitales graves.
 - ◆ les femmes ne désirant pas allaiter leur enfant.
 - ◆ Les femmes présentant une contre-indication médicale à l'allaitement maternel.

4.3.3. Modalité de recueil des informations.

Le recueil des données se fera de deux façons différentes.

En ce qui concerne le groupe TEMOIN :

- Le recueil des quantités de lait se fera à l'aide d'une fiche de recueil, laquelle sera déposée une fois par semaine à l'accueil de la Maternité Régionale.
- Le contact un mois après retour à domicile sera fait par téléphone.

Pour le groupe INTERVENTION :

- Il se fera par téléphone comme décrit précédemment.

Les facteurs à étudier :

- Le taux d'allaitement maternel au retour à domicile de l'enfant.
- Le taux d'allaitement maternel un mois après le retour à domicile de l'enfant (facteur principal de l'étude).
- L'évolution des quantités de lait tiré par 24 heures durant l'hospitalisation de l'enfant.
- Les données relatives à la mise en route de la lactation.
- Les données socio économiques (âge, parité, profession ...).
- Les données obstétricales (grossesse, accouchement, post partum).
- Les données relatives à l'allaitement maternel (désir d'allaiter, notion de préparation à la naissance, allaitement précédant...).

4.3.4. Traitement des informations.

Les informations recueillies sont traitées à l'aide des logiciels Epi Data et Microsoft Excel.

4.4. Points forts et points faibles de l'essai d'intervention.

4.4.1. Points faibles.

Le point faible de ce travail réside dans la taille de l'échantillon. Seulement 19 personnes ont été incluses dans l'essai d'intervention. Le recrutement est réalisé sur un trimestre, de juillet à fin septembre 2008, afin d'être certaine d'avoir la totalité des résultats pour le rendu de ce travail. Néanmoins, nous avons estimé une population sur un trimestre de 25 patientes, en admettant un certain pourcentage de refus de participation, la taille de 19 ne semble pas si faible.

Le recrutement s'est révélé biaisé. Pour la première patiente recrutée, il a été tiré au sort son appartenance à l'un des deux groupes. La répartition a ensuite été réalisée de une sur deux, dans l'ordre chronologique strict de leur accouchement. Il aurait fallu tirer au sort pour chaque patiente. Mais compte tenu du faible effectif envisagé, je ne voulais pas prendre le risque d'avoir deux groupes hétérogènes.

Le suivi de l'allaitement des femmes du groupe témoin, à l'aide des fiches de suivi, n'a pu être exploité en totalité. En effet, le retour est très faible. Les relances par courrier n'ont rien changé. N'ayant pas d'accès direct au service de néonatalogie, et étant donné que ces informations n'étaient pas capitales au bon déroulement de l'étude, dans un souci de bienveillance vis à vis de ces patientes, aucun acharnement dans le but de récupérer à tout prix ces informations n'a été entrepris.

4.4.2. Points forts.

Le point fort de ce travail reste le fait qu'il s'agisse d'une étude pilote, à ma connaissance aucune étude de ce type n'a été menée récemment.

L'autre point fort de ce travail réside dans le caractère humain de cette intervention, qui est basée sur le soutien et l'accompagnement. Dans une médecine aujourd'hui dirigée par la technique et la tarification à l'acte, le soutien et l'accompagnement doivent reprendre leurs places.

Après étude statistique des résultats obtenus, les deux groupes restent homogènes malgré un recrutement qui comporte un biais de sélection.

Partie 2

*Essai d'intervention à la Maternité
Régionale Universitaire de Nancy.*

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.

Au total, le recrutement a duré quatre mois, du 1^{er} juillet au 30 octobre 2008. Dix neuf femmes ont accepté de faire partie de l'étude, dix ont été intégrées dans le groupe intervention, et neuf dans le groupe témoin. Dans un premier temps, les deux groupes ont été comparés afin de déterminer leur homogénéité. Pour cela les tests statistiques appropriés ont été utilisés, et nous avons déterminé un risque alpha de 5%.

1.1. Données générales socioprofessionnelles.

1.1.1. Age.

L'âge moyen des femmes :

- Groupe témoin : 28,78+/- 4,62 ans.
- Groupe intervention : 31+/- 6,13 ans.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Kruskal Wallis $p=0,48$).

1.1.2. Catégorie socioprofessionnelle de la patiente.

- Groupe témoin : 33,3% sont issues d'une catégorie socioprofessionnelle élevée, et 66,7 % d'une catégorie faible.
- Groupe intervention: 40% sont issues d'une catégorie socioprofessionnelle élevée, et 60 % d'une catégorie faible.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,35$).

1.1.3. Eloignement.

Distance domicile-lieu d'hospitalisation :

- Groupe témoin : 53,44 +/- 31,25 km.
- Groupe intervention : 71,5 +/- 43,4 km.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Kruskal Wallis $p=0,32$).

1.2. Données obstétricales.

1.2.1. Parité.

- Groupe témoin : 55,5% de primipares et 44,5% de multipares.
- Groupe intervention : 60% de primipares et 40% de multipares.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,35$).

1.2.2. Mode de suivi de la grossesse.

- Groupe témoin : 88,9% par un gynécologue obstétricien, 11,1% par une sage-femme.
- Groupe intervention : 70% par un gynécologue obstétricien, 20% par une sage-femme, et 10% par un médecin traitant.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,70$).

1.2.3. Mode d'accouchement.

- Groupe témoin : 77,8% de césarienne, et 22,2% d'accouchement voie basse.
- Groupe intervention : 90% de césarienne et 10% d'accouchement voie basse.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,71$).

1.2.4. Analgésie pour la naissance.

- Groupe témoin : 88,9% d'anesthésie locorégionale, et 11,1% d'anesthésie générale.
- Groupe intervention : 100% d'anesthésie locorégionale.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,77$).

1.3. Données concernant le nouveau-né.

1.3.1. Nombre de nouveau-né.

- Groupe témoin : 1,11 +/- 0,33 enfant par femme.
- Groupe intervention : 1 enfant par femme.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Kruskal Wallis $p=0,29$).

1.3.2. Poids de naissance.

- Groupe témoin : 1208 +/- 364,02 grammes (1100 de médiane).
- Groupe intervention : 1083 +/- 408,97 grammes (1025 de médiane).

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Kruskal Wallis $p=0,39$).

1.3.3. Age gestationnel.

- Groupe témoin : 30 SA de médiane, 29,3 +/- 1,64 SA de moyenne.
- Groupe intervention : 29,5 SA de médiane, 29,67 +/- 1,22 SA de moyenne.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Kruskal Wallis $p=0,70$).

2. DONNEES INITIALES RELATIVES A L'ALLAITEMENT MATERNEL.

2.1. Expériences personnelles d'allaitement maternel.

2.1.1. Antécédent d'allaitement.

- Groupe témoin : 66,6% de primi-allaitante et 33,4% de multi-allaitante.
- Groupe intervention : 60% de primi-allaitante et 40% de multi-allaitante.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,35$).

2.1.2. Antécédent d'allaitement d'enfant né prématurément.

- Groupe témoin : sur les 33,4% qui ont déjà pratiqué un allaitement, 33,3% ont déjà allaité un prématuré.
- Groupe intervention : sur 40% qui ont déjà allaité, 25 % ont déjà allaité un prématuré.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,52$).

2.1.3. Patiente allaitée par sa mère.

- Groupe témoin : 77,8% ont été allaitées par leur mère.
- Groupe intervention : 40% allaitées par leur mère.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,10$).

2.1.4. Moment du choix d'allaiter.

- Groupe témoin : 77,8% ont fait ce choix en début de grossesse, 11,1% avant l'accouchement et 11,1% après l'accouchement.
- Groupe intervention : 100% des patientes ont fait ce choix en début de grossesse.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,21$).

2.1.5. Sentiment de soutien de la part de l'entourage.

- Groupe témoin : 66,7% se sentent soutenues de façon importante, 11,1% de façon neutre et 22,2% de façon insuffisante.
- Groupe intervention : 60% se sentent soutenues de façon importante, 30% de façon neutre et 10% de façon insuffisante.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,12$).

2.2. Information concernant l'allaitement maternel.

2.2.1. Pendant le suivi de la grossesse.

Je prends en compte les informations apportées dans le cadre du suivi normal de la grossesse : entretien prénatal individuel principalement, réunion « info allaitement », groupe de parole

- Groupe témoin : aucune patiente n'a reçu d'information pendant sa grossesse.
- Groupe intervention : 10% des patientes ont bénéficié d'une information pendant la grossesse.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,92$).

2.2.2. Information spécifique à l'allaitement d'un enfant prématuré.

Dans l'éventualité de toute naissance prématurée, la patiente rencontre un pédiatre pour l'informer sur la prise en charge de l'enfant à la naissance. L'alimentation du nouveau-né prématuré ne semble pas faire partie du programme d'information. En effet, aucune patiente n'a bénéficié d'information sur l'alimentation du prématuré.

L'information concernant l'allaitement maternel d'un nouveau-né prématuré en anténatal est très faible, voire inexistante.

2.2.3. Information en post-natal direct sur les techniques d'expression du lait.

Cet item correspond au livret d'information délivré à toute femme qui s'apprête à tirer son lait. Le critère a été retenu comme positif quand la patiente a reçu le livret en début d'hospitalisation (moins de trois jours), et quand elle dit l'avoir lu.

- Groupe témoin : 88,8% des patientes répondent au critère défini.
- Groupe intervention : 90 % des patientes répondent au critère défini.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Fisher $p=0,52$).

2.3. Données relatives à la mise en route de la lactation.

2.3.1. Temps de séparation.

Le temps de séparation mère-enfant, entre la naissance et le premier contact dans le service de néonatalogie, est en médiane de **23,26 +/- 12 heures**.

- Groupe témoin : 23,11+/- 11,31 heures.
- Groupe intervention : 23,4+/- 13,20 heures.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Kruskal Wallis $p=0,90$).

2.3.2. Durée entre la naissance et la première stimulation mamelonnaire.

Entre la naissance et la première séance d'expression du lait, pour les deux classes confondues, la médiane est de **36 +/- 17 heures**. Nous sommes loin des recommandations de l'OMS [6], qui préconisent la première expression de lait dans les six heures suivant la naissance.

- Groupe témoin : 40,44 +/- 21 heures en moyenne.
- Groupe intervention : 28,4 +/- 10,96 heures en moyenne.

On ne note pas de différence significative entre les deux groupes (test de Kruskal Wallis $p= 0,14$).

3. DONNEES SUR LE SUIVI DU GROUPE INTERVENTION.

3.1. Indice de la bonne mise en route de la lactation.

Quantité de lait à quinze jours :

Quinze jours après l'accouchement, la quantité moyenne de lait exprimé par 24 heures chez les femmes du groupe intervention est de **362+/-218 ml**.

La quantité de lait produite à 15 jours est un bon indicateur de la mise en route de la lactation; elle doit être au minimum de 500ml par jour. [3]

3.2. L'entretien de la lactation.

3.2.1. Fréquences d'expressions.

Sur une journée :

En moyenne les patientes expriment leur lait **6 +/- 1 fois par jour**.

Nocturne :

En ce qui concerne l'expression nocturne, recommandée au moins une fois par nuit, **5 patientes sur 10** ont suivi cette recommandation.

Le contact peau à peau :

Les couples mère-enfant ont en moyenne bénéficié de **1 contact peau à peau par semaine**.

3.2.2. L'âge de la première mise au sein.

Les premières mises aux seins se sont déroulées en moyenne à **36 semaines +/- 1 jour d'âge corrigé**.

3.2.3. Difficultés rencontrées par les femmes.

Le problème des femmes qui allaitent un prématuré hospitalisé est l'insuffisance de production de lait. Celle-ci étant la plupart du temps le résultat de plusieurs composantes :

- Fréquence d'expression insuffisante, liée aux difficultés d'organisation entre les séances de tire lait, et les visites à leur enfant.
- Le manque d'expressions nocturnes, si importantes d'un point de vue physiologique.
- Le temps d'expression insuffisant.
- La mauvaise utilisation du tire lait.
- La fatigue, le stress, l'anxiété en ce qui concerne l'état de santé de leur enfant.

3.2.4. Conseils les plus apportés aux femmes.

Les conseils les plus apportés à ces femmes restent simples. Ils se réfèrent aux bases de l'allaitement maternel et s'appuient sur la physiologie de la lactation :

- Le premier concerne l'augmentation de la fréquence des séances d'expression du lait, ainsi que l'importante de l'expression nocturne.
- L'augmentation du temps d'expression, et les rappels sur l'utilisation et l'entretien du tire-lait.
- L'organisation de leur journée pour permettre plus de séance d'expression, ou de mise au sein.
- Rappeler aux patientes l'importance du peau à peau.

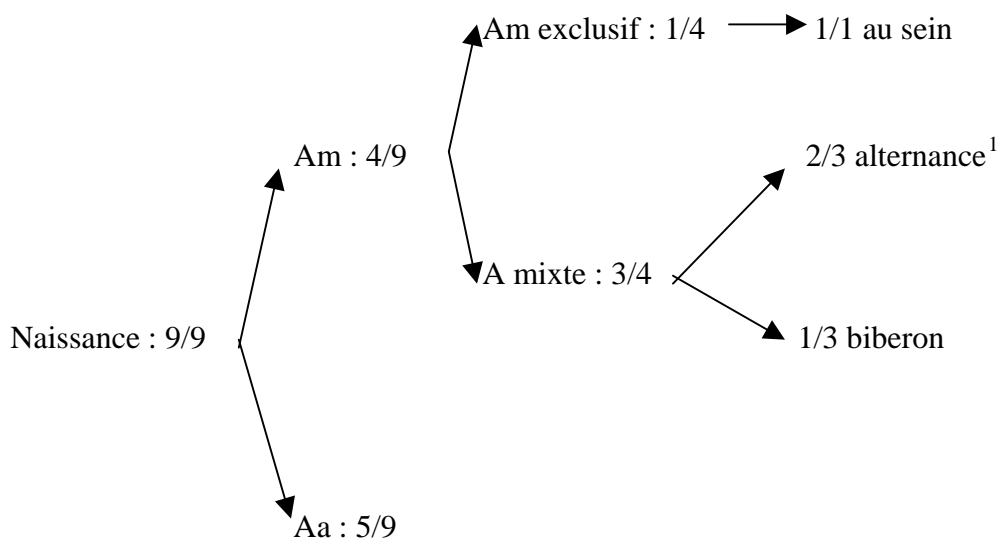
Certaines patientes ont bénéficié, en partenariat avec d'autres professionnels de santé (médecin, consultante en lactation), de traitements médicamenteux pour relancer leur lactation : le domperidone. [26] Celui-ci augmente la sécrétion de prolactine par le biais de son action sur le système dopaminergique, pouvant ainsi accroître les quantités de lait produites. Il n'est jamais utilisé en première intention, et ce traitement doit être obligatoirement couplé à des conseils pour une conduite adaptée de l'allaitement.

4. LE POINT SUR LES TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL.

4.1. Groupe Témoin (n=9).

4.1.1. Allaitement lors du retour à domicile de l'enfant (RAD).

Le point :



Les causes d'arrêt d'allaitement durant l'hospitalisation :

Dans le groupe témoin, les arrêts d'allaitement se font en moyenne à **4,4 +/- 0,89 semaines**. Les raisons évoquées par les patientes :

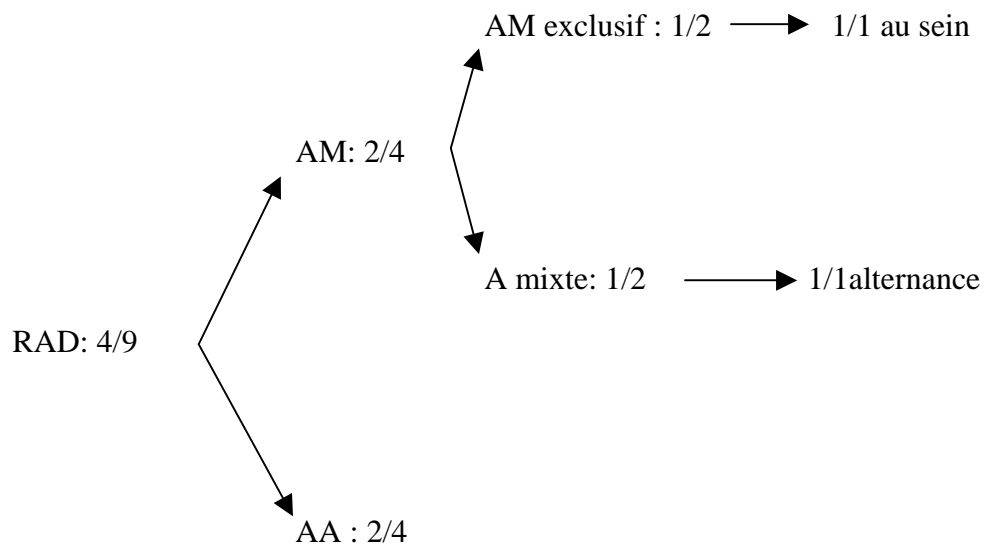
- Insuffisance de lait : 80%.
- Soutien et aide insuffisants : 50%.
- Contrainte trop importante : 40%.
- Lait contaminé : 20% (Avant tout don de lait au prématuré, celui-ci est analysé, des contaminations peuvent être détectées. Dans ce cas le lait ne peut être donné à l'enfant. Il est important d'en trouver la cause, qui

¹ Alternance : ce terme est utilisé pour définir les patientes qui choisissent de nourrir leur enfant à l'aide d'un biberon, mais également au sein.

relève souvent d'une mauvaise hygiène du tire-lait, et peut être la cause d'arrêt d'allaitement par démotivation.).

4.1.2. Allaitement un mois après le retour à domicile(RAD).

Le point :



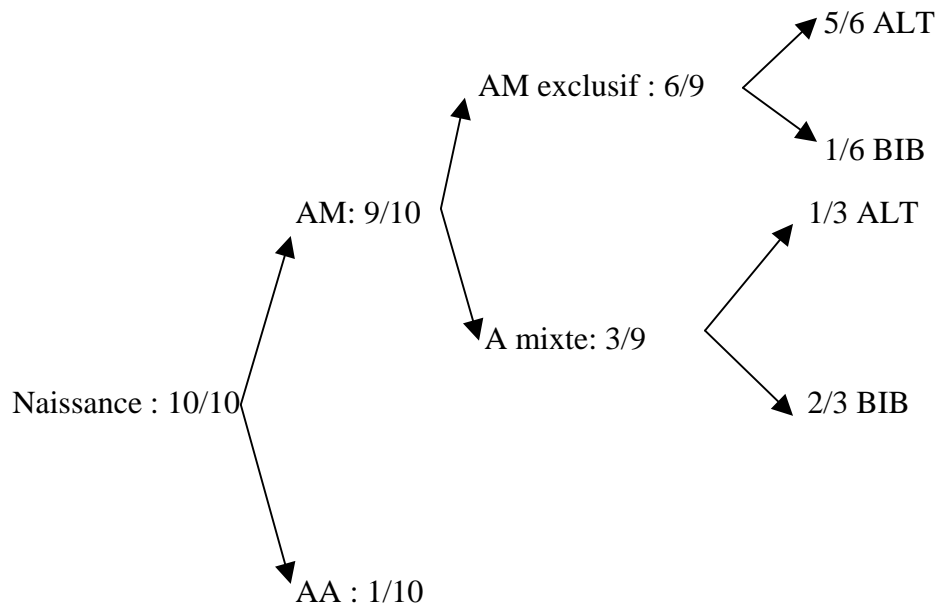
Les causes d'arrêt d'allaitement au cours du premier mois à la maison :

- Insuffisance de lait : 100% (par difficulté d'organisation).
- Manque de motivation : 50%.

4.2. Groupe intervention (n=10).

4.2.1. Allaitement lors du retour à domicile de l'enfant (RAD).

Le point :

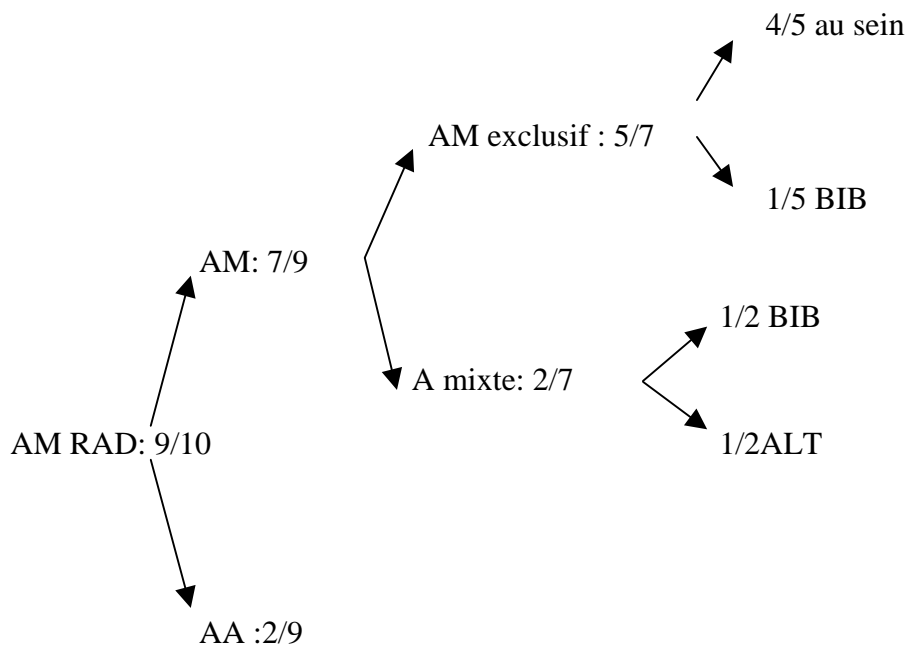


Les causes d'arrêt d'allaitement durant l'hospitalisation :

Une patiente sur les dix du groupe intervention n'allaitait pas lors de la sortie de son enfant. L'arrêt s'est produit au bout de quatre semaines. En effet, sur conseils de son médecin traitant, et après la prescription d'anxiolytique, la patiente a arrêté d'allaiter.

4.2.2. Allaitement un mois après le retour à domicile.

Le point :



Les causes d'arrêt d'allaitement au cours du premier mois à la maison :

On a retrouvé les mêmes causes majeures d'arrêt d'allaitement que dans le groupe témoin. En effet, les patientes concernées ont évoqué l'insuffisance de lait et le manque de soutien une fois l'enfant de retour à domicile.

Partie 3

*Quelles solutions pouvons-nous
proposer à ces familles ?*

1. ANALYSE.

1.1. L'information.

1.1.1. Information durant la grossesse.

Sur les dix-neuf patientes recrutées, une seule a reçu une information sur l'allaitement maternel durant sa grossesse. Nous savons que les femmes enceintes participent aux cours de préparation à la naissance, ainsi qu'aux réunions d'information sur l'allaitement en dernière partie de grossesse. Dans le cas d'accouchement prématuré, les patientes ne peuvent pas se rendre à ce type d'information, par manque de temps. Néanmoins, le plan de périnatalité prévoit la mise en place de l'entretien prénatal individuel. Il est réalisé en général aux alentours du quatrième mois de grossesse, et a pour mission entre autre la promotion de l'allaitement. Comment se fait-il que sur dix-neuf patientes, une seule ait bénéficié d'une information sur l'allaitement au cours d'un entretien prénatal individuel ?

1.1.2. Entretien spécifique sur l'allaitement maternel du prématuré.

Aucune patiente recrutée n'a bénéficié d'une intervention spécifique sur l'allaitement du prématuré. Friedman et al montre pourtant dans une étude cas-témoin, que les femmes bénéficiant de l'intervention d'un néonatalogiste en période prénatale sont plus nombreuses à allaiter et allaitent plus longtemps de façon significative. Cette consultation propose des informations sur les bienfaits de l'allaitement maternel, son importance chez le prématuré, son déroulement, les règles d'hygiènes et celle de stockage du lait. [27]

1.2. La mise en route de l'allaitement maternel.

1.2.1. La première stimulation mamelonnaire.

La durée moyenne entre la naissance et la première séance de stimulation mamelonnaire est de 36+/- 17 heures. Grâce aux connaissances sur la physiologie de la lactation, nous savons que dans les premiers jours, plus le sein est stimulé, plus on a de chance d'obtenir une lactation satisfaisante. Il est donc essentiel que les femmes tirent leur

lait le plus précocement possible, dans un souci de stimulation et non dans l'idée de recueillir du lait. L'OMS le souligne bien dans ses Dix recommandations pour le succès de l'allaitement. [6] Cette recommandation doit s'appliquer à toutes les accouchées désireuses d'allaiter.

L.Fruram et al, sur un groupe de 119 nouveau-nés de faible poids de naissance, cherche à déterminer les facteurs influençant l'allaitement de ces nouveau-nés. Il montre que l'expression du lait dans les six heures qui suivent la naissance, augmente de façon significative la durée de l'allaitement. [28]

1.2.2. Quantité de lait à quinze jours de post partum.

Quinze jours après l'accouchement, les quantités de lait exprimées sur 24 heures restent le meilleur témoin de la qualité de la mise en route de l'allaitement. Ici on observe que les quantités sont inférieures à celles recommandées (500ml/jour). Ce résultat peut être imputable au délai allongé de la première stimulation, mais il faut garder à l'esprit que nous nous trouvons dans un contexte de grande prématurité. La bonne mise en route de l'allaitement est le fruit de la combinaison de multiples critères.

1.3. Allaitement maternel au cours de l'hospitalisation de l'enfant.

1.3.1. Le point sur l'entretien de la lactation.

La lactation débutée doit être entretenue à l'aide d'un tire-lait. Les quantités de lait doivent être suffisantes pour nourrir l'enfant. Plus elles seront importantes, plus la transition gavage-sein sera facilitée pour le nourrisson. Chez les femmes non-conseillées, on note que l'une des causes fréquentes d'arrêt est l'insuffisance de lait par manque de séances d'expression. En effet, le nombre de séances d'expression et sa pratique nocturne, conditionne la qualité de la lactation. Les femmes non-suivies ressentent des difficultés dans cette pratique. Ceci est en partie le fruit d'un manque d'information, car les femmes du groupe intervention souffrent moins de ce problème. Elles tirent leur lait en moyenne 6 fois par jour, et n'évoquent pas cette raison quand elles arrêtent d'allaiter au cours de l'hospitalisation. Par contre, en dépit des conseils et des explications sur l'importance de tirer le lait la nuit, elles ne sont que 5 femmes sur 10 à le pratiquer. Cette donnée semble

plus liée aux caractéristiques spécifiques des femmes (niveau d'étude, âge, antécédent d'allaitement...).

1.3.2. La pratique du peau à peau.

Nous avons observé que le temps imparti au peau à peau reste faible : un contact peau à peau par semaine en moyenne par femme. Ces données ont tendance à baisser avec la croissance de l'enfant.

Il n'est plus à démontrer que cette pratique est bénéfique pour le succès de l'allaitement maternel. [30] A la Maternité Régionale, il existe pourtant un protocole de contact peau à peau qui semble être en faveur de cette pratique (Poids <1000gr :30 minutes/j, poids entre 1000 et 1300 gr : 2 fois 30 minutes/j, poids>1300gr : 3fois 30minutes/j).

Comment expliquer alors qu'il soit si peu pratiqué ? Il s'agit vraisemblablement d'un manque de formation, de motivation et de temps du personnel.

1.3.3. Les mises au sein précoces.

Il a été observé que les premières mises au sein sont réalisées en moyenne à **36** semaines +/- 1 jour d'âge corrigé. La période de transition gavage-sein est une période pleine d'enjeux.

Nyqvist et al, dans un travail sur le comportement du prématuré au sein, nous rapporte que la succion est favorisée par le contact avec le sein. Les premières tétées nutritives ont été observées en moyenne à 30,6 semaines d'âge corrigé. Il s'agit d'une étude portant sur 71 enfants nés entre 26 et 35 SA, avec 4321 observations de mises au sein. Il rapporte que l'allaitement au sein doit débiter quand il existe une stabilité cardiorespiratoire, et qu'il ne faut pas se restreindre aux critères de maturité, d'âge et de poids. Dans leur étude, 67 enfants étaient allaités à la sortie, et 57 l'étaient de façon exclusive à partir de 36 semaines d'âge corrigé. [31]

Dans notre essai on observe que si l'allaitement est exclusif et en alternance en fin d'hospitalisation, alors le passage au sein définitif se fera presque toujours sans problème (ceci concerne 5 femmes sur 19). Un mois après la sortie, 4 femmes allaitaient de manière exclusive au sein, et une seule pratiquait l'allaitement mixte en alternance. Le passage complet au sein, se fait très rarement au décours de l'hospitalisation (1 femme sur 19

allaitait toujours de façon exclusive au sein un mois après la sortie). Mais, il semble que plus les tétées nutritives sont initiées rapidement et intégrées à l'alimentation de l'enfant, plus les femmes ont de chance de réussir cette transition à la maison. Le passage au sein reste tout de même conditionné par des caractéristiques maternelles et environnementales, que l'on ne retrouve pas ici faute d'effectif trop faible. [29]

Pour l'avenir, il est donc capital, que la transition gavage-sein soit initiée précocement et intensément avant le retour à domicile.

1.3.4. L'allaitement maternel lors de la sortie.

Lors du retour à domicile de l'enfant, les patientes du groupe intervention sont plus nombreuses à allaiter que celles du groupe témoin (90% vs 44,4%). A l'aide d'un test de Fisher, on peut affirmer que cette différence n'est pas liée au hasard ; elle est donc significative ($p=0,04$).

Les conseils et le soutien ont donc un impact positif et significatif sur le maintien de l'allaitement pendant l'hospitalisation du prématuré.

1.4. Allaitement maternel au cours du premier mois à domicile.

1.4.1. Allaitement un mois après le retour à domicile.

Les femmes du groupe intervention sont plus nombreuses à allaiter à un mois, que les femmes du groupe témoin (70% vs 22,2%) ; Et cela de façon significative (Test de Fisher $p=0,04$).

L'objectif principal est atteint : les femmes suivies et conseillées allaitent plus longtemps que les femmes du groupe témoin.

Par contre, on note deux arrêts au cours du premier mois dans les deux groupes. Même si le suivi et les conseils augmentent la durée de l'allaitement maternel à un mois, ils ne semblent pas protéger plus de l'arrêt durant cette . Cela montre que même si

l'intervention donne plus de chance aux femmes de continuer à allaiter jusqu'à un mois après la sortie, elles ont le même risque d'arrêter dans ce premier mois.

Il semble donc important de continuer à suivre ces femmes dans le premier mois.

1.4.2. Professionnels ressources.

Comme vu plus tôt, nous devons continuer à suivre les femmes même après le retour à domicile de leur enfant. Malgré une information concernant les professionnels susceptibles de les aider, très peu de patientes y ont recours. Pourtant lors de la sortie, même si la lactation est satisfaisante, la transition gavage-sein n'est pas toujours achevée.

Les coordonnées des associations type « Info Allaitement 54 » leurs étaient remises, mais très peu utilisées.

- Pour les consultantes en lactation de la région, au vue de leur faible nombre, leur accès fut malheureusement limité.
- Les puéricultrices de la Protection Maternelle et Infantile du département rapportent qu'elles accordent une importance toute particulière au suivi des anciens prématurés. Malheureusement la situation actuelle ne leur permet pas de mettre en place un suivi optimal ; en effet les bulletins de sortie mettent en moyenne une semaine à être acheminés vers les Centres médico-sociaux concernés. Le temps d'organiser les premières visites, l'enfant est déjà à domicile depuis presque deux semaines. Dans le cadre d'un suivi d'allaitement, nous ne sommes pas dans les meilleures conditions, et le sevrage peut déjà être initié.
- L'intervention des sages-femmes libérales est délicate car: l'assurance maternité s'achève 12 jours après la date réelle d'accouchement. [32]. Certaines femmes se refusent leurs visites, faute de moyens financiers.
- Les pédiatres libéraux sont très peu à être formés spécifiquement en allaitement maternel, et ont des difficultés à se détacher de la rigueur des services de réanimation néonatale.

2. DISCUSSION.

2.1. Amélioration de l'information.

L'information des patientes à risque d'accoucher prématurément doit être améliorée. La Maternité Régionale de Nancy propose des réunions information allaitement. Ces femmes à risque ne peuvent pas toujours s'y rendre, parfois il s'agit de contraintes physiques qui les obligent à garder le lit, et parfois de contraintes temporelles. En effet, les situations de grande prématurité n'offrent pas toujours la possibilité d'attendre une semaine pour la prochaine réunion.

D'autre part, il est possible pour ces patientes de rencontrer un pédiatre. Sa mission est d'informer les femmes sur la prise en charge du nouveau-né à sa naissance. J'ai rencontré quelques pédiatres de la Maternité Régionale, qui m'ont confirmé que l'allaitement maternel n'était pas au programme de ce type d'entretien, même si des études montrent que l'intervention d'un pédiatre en anténatal améliore les durées d'allaitement maternel.

Dans un premier temps, il est primordial que l'information soit transmise aux femmes. Peu importe si elle provient d'un médecin, d'une sage-femme ou d'une puéricultrice : l'important est qu'elle soit donnée de façon claire, loyale, appropriée et compréhensible.

A la Maternité Régionale de Nancy, les étudiants sages-femmes sont chargés, pendant leur cursus, des séances de préparation à la naissance individuelles en secteur de grossesse à haut risque. Il s'agit là d'une initiative intéressante, mais rythmée par les périodes de stage. Une sage-femme pratiquant la préparation à la naissance à l'année, pourrait endosser cette fonction, ce qui permettrait à toutes les patientes de recevoir une information de qualité en anténatal.

2.2. Le suivi pendant l'hospitalisation.

2.2.1. Amélioration de la mise en route de la lactation.

Dans l'évaluation d'un programme de formation dans une unité périnatale de niveau III, C.Alexandre et al, a pour objectif de réduire le temps entre la naissance et la

première stimulation mamelonnaire. Après une formation de l'ensemble du personnel, réalisée par la Leche League, le délai est passé de 37,5+/-18,5 à 30,7 +/-5,3 heures. [32]

Peitschnig et al a montré que l'information des professionnels sur l'allaitement des grands prématurés augmentait les taux d'allaitement maternel exclusif de 21,5% à 62,5%. [34]

La formation spécifique de l'ensemble du personnel, sur l'importance de réduire ce délai, semble capitale.

Pour en savoir plus, j'ai rencontré certains membres du personnel de la Maternité Régionale, qui prennent en charge ces femmes dans les premières heures du post partum. En ce qui concerne les soignantes de secteur mère-enfant, ils expriment surtout le fait que les patientes sont fatiguées et ont besoin de repos. De plus, ils rapportent qu'en terme de grande prématurité, le pronostic vital est incertain et ils estiment qu'il est préférable d'attendre un certain temps avant de mettre en place le tire-lait.

J'ai également rencontré les infirmières de Soins Polyvalents Continus. En effet, les mères d'enfants grands prématurés présentent régulièrement des complications, qui nécessitent une hospitalisation dans ce type de service. Les infirmières rapportent plus souvent leur manque de formation, mais elles se sentent néanmoins concernées par l'allaitement maternel et souhaiteraient qu'un plus grand nombre de formation leur soient proposées.

Tous les soignants rencontrés évoquent la difficulté de la césarienne, qui touche 84,21% des femmes de cette étude. Pendant les 24 heures de surveillance postopératoire, certains estiment que la patiente est trop fatiguée pour tirer son lait. De plus, l'installation de la mère en vue d'une séance d'expression leur paraît trop compliquée et trop douloureuse.

H.Cakmak et Al montre que les femmes, ayant bénéficié d'une césarienne, ont plus de difficultés à allaiter, que celles ayant accouché par voie basse. Elles doivent être beaucoup plus soutenues et encadrées. [35]

Au contraire S. De Lathouwer, au CHU de Tours, rapporte qu'il n'existe pas de différence significative ($p > 0,05$) entre les accouchées voie basses et les césarisées. [36]

On observe donc des différences importantes selon les établissements et les prises en charges. Il faut donc:

- Informer toutes les femmes désireuses d'allaiter, de l'importance de débiter l'expression dans les six premières heures du post partum.
- Laisser aux femmes le choix de vouloir tirer leur lait le plus tôt possible.
- Pour les femmes césarisées, l'utilisation d'un tire-lait est tout à fait possible et des positions confortables doivent être aménagées. La patiente peut également effectuer une stimulation mamelonnaire manuelle qui demande un apprentissage pour être correctement acquise. Elle reste possible, mais les femmes et les soignants à l'aise avec cette pratique, sont aujourd'hui rares.

2.2.2. Les mises aux seins et le peau à peau.

A ce jour à la Maternité Régionale Pinard, un protocole de mise au sein est mis en place et régleme l'accès du sein aux enfants. Il a été réalisé dans le but d'uniformiser et de sécuriser les pratiques. Une nouveau-né prématuré n'a accès au sein de sa mère que sous plusieurs conditions :

- Les analyses bactériologiques du lait doivent être revenues conformes.
- Le nouveau-né doit avoir dépassé 34 semaines d'âge corrigé.
- Le nouveau-né doit avoir un poids supérieur à 1700g.
- A chaque mise au sein, l'enfant doit être pesé avant et après.
- Une fiche de suivi des mises au sein est instaurée, mais les critères d'observation de l'efficacité n'y figurent pas.

Ce nouveau protocole montre la volonté du service d'améliorer les pratiques ; il reste maintenant à observer l'utilisation qu'en font les professionnels.

Dans l'étude de Simpson et al, conduite chez des sujets de moins de 32 SA, l'oralité est introduite 48 heures après une tolérance complète de la nutrition entérale. Par rapport au groupe témoin qui ne fut initié à l'oralité qu'entre 35-36 semaines d'âge corrigées, le groupe expérimental fut introduit à l'oralité vers la 33^{ème} semaine et put se nourrir entièrement par voie orale une semaine plus tôt que le groupe témoin .Ceci ne signifie pas

qu'il faille débiter l'oralité à 33 semaines d'âge corrigé; l'oralité peut être débiter chez ceux qui sont médicalement stables, et à ce stade le développement des fonctions oromotrices est suffisamment mature pour que l'enfant soit initié à l'oralité. [38]

Pour ce qui est du peau à peau, sa pratique s'intègre dans un projet d'accompagnement global des parents. Il y figure les avancés concernant les soins effectués par la mère (bain , change...), mais aussi les contacts peau à peau. Malgré cela, sa pratique reste insuffisante comme vu précédemment.

Mallet et al a réalisé une évaluation sur les connaissances et les attentes des professionnels de santé, concernant la peau à peau en médecine néonatale de niveau III, dans le Nord Pas De Calais. Dans cette enquête, les soignants et les médecins ont pu exprimer leurs ressentis concernant la pratique du peau à peau. Ils rapportent que les barrières concernent surtout les craintes pour la sécurité du nouveau-né. Les difficultés évoquées sont liées aux contraintes techniques ou à l'architecture du service. La majorité des personnes interrogées considèrent cette pratique comme un soin à part entière. Les effets bénéfiques sur l'attachement sont bien connus, mais ceux sur le sommeil (2,9%), l'allaitement maternel (5%) et la douleur (0%) sont peu évoqués. La majorité des personnes interrogées souhaitent pouvoir bénéficier d'une formation sur ce thème. L'accompagnement d'une équipe au changement de culture est un problème complexe. Les équipes scandinaves proposent une la stratégie de changement avec deux objectifs :

- Convaincre tous les professionnels d'une équipe des effets positifs de ce changement.
- Obtenir un accord interprofessionnel sur des conduites de bonnes pratiques basées sur des preuves, qui permettent de délivrer des soins en toute sécurité et avec un même fil conducteur. [37]

2.2.3. Suivre et accompagner de façon régulière les mères allaitantes.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des couples mère-enfant allaitant, voici deux propositions :

Mise en place d'un suivi par la personne qui a en charge l'enfant :

Je propose l'utilisation, pour tous les nouveaux-nés allaités, d'une fiche de suivi intégrée au dossier de soin de l'enfant. Régulièrement, le soignant qui a en charge l'enfant, ferait avec la mère le point sur son allaitement : quantité de lait, fréquence d'expression, expression nocturne, contact peau à peau, mise au sein... Et c'est à l'aide d'un référentiel pratique sur l'allaitement maternel d'un enfant né prématurément, que le soignant pourrait conseiller la patiente si besoin est. Ceci permettrait au soignant d'intégrer la mère à une prise en charge plus globale. A la Maternité Régionale de Nancy, cela pourrait largement s'intégrer dans le projet d'accompagnement décrit ci-dessus.

Mise en place d'une consultante en lactation ou référent en allaitement dans le service:

Une personne formée en allaitement pourrait se charger de suivre exclusivement tous les allaitements du service. Elle serait au contact des familles, et serait entièrement disponible pour les séances de peau à peau, les mises aux seins précoces, l'apport de conseils... En France, dans les unités de niveau III comme celle de Nancy, on observe une volonté d'améliorer l'allaitement maternel du nouveau-né prématuré. En effet, certains centres bénéficient déjà d'une consultante en lactation (ou personnel titulaire d'un diplôme universitaire (DU) en allaitement) plus ou moins intégrée au service, par exemple dans les hôpitaux Antoine Bécclère à Paris, Croix Rousse à Lyon et Haute Pierre à Strasbourg. D'autres sont en train de se former de façon active par le biais des DU d'allaitement comme le CHU de Rouen.

Un exemple de programme de soutien :

Meier et al, dans l'évaluation d'un programme de formation intitulé " The Rush Mothers Milk Club", conclue que les mères intégrant ce programme de soutien, augmentent significativement leur durée d'allaitement maternel. Il combine formation du personnel et amélioration des connaissances des femmes. Les professionnels qualifiés sont disponibles à tous moments. Du matériel de qualité et un centre de documentation sont mis à disposition des mères, et des séances d'informations complètes et d'accès facilité sont organisées. L'allaitement est initié chez toutes les femmes, même les indécises. Car il est malheureusement plus simple en terme de physiologie de mettre fin à une lactation

quand un arrêt de réanimation néonatale est décidé, plutôt que d'essayer de la mettre en route au bout de plusieurs jours. [39]

2.3. Comment améliorer le suivi une fois l'enfant de retour au domicile.

L'OMS, dans ses Dix recommandations pour le succès de l'allaitement (condition 10), explique que le soutien postnatal, lors du retour à domicile, permet d'augmenter les durées d'allaitement maternel de 3 à 4 mois.[6] Dans le cas d'enfants nés prématurément, la possibilité de bénéficier de visite une fois le retour à domicile effectué est réduite. Il faut nous interroger sur le paradoxe suivant: nous mettons à disposition des sages-femmes libérales pour des suites de couches physiologiques chez des multipares, et nous avons de grandes difficultés à trouver des professionnels qualifiés et disponibles pour accompagner de jeunes couples ayant un enfant grand prématuré ?

A ce jour, nous avons très peu de solutions à proposer. Il faut encourager les professionnels de la périnatalité à se former en allaitement (pédiatre, sage-femme, puéricultrice), poursuivre le développement des associations de soutien à l'allaitement, et en faire la promotion auprès des femmes.

Conclusion

L'allaitement maternel progresse en France, mais notre société reste mal à l'aise avec cette pratique, et cela n'épargne pas l'univers des soignants. Les bénéfices du lait maternel ne peuvent plus être ignorés, surtout chez le prématuré. Comme le souligne très bien le Dr Marc Pillot, il est nécessaire d'accompagner les familles ; le soutien des familles n'est pas un droit, mais un devoir des soignants.

Il n'a pas été simple de mettre en place et de mener à bien cet essai d'intervention. On peut conclure que le suivi et l'accompagnement, au cours de l'hospitalisation du nouveau-né prématuré, augmente la durée de l'allaitement maternel jusqu'à un mois après le retour à domicile de l'enfant.

Aujourd'hui, deux grands axes se dessinent pour améliorer nos pratiques : les professionnels de santé doivent se former spécifiquement en allaitement maternel, et l'information des patientes doit être décuplée. Des professionnels qualifiés et convaincus des bienfaits de l'allaitement pourront apporter des informations de qualité aux femmes.

Pour en revenir à l'accompagnement et à la prise en charge des familles avec un enfant né prématurément, le programme NIDCAP (Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de développement) est une révolution en matière de soins. Il met au centre l'enfant et sa famille, et non le soignant. Il favorise en de nombreux points l'allaitement maternel (peau à peau, mise au sein précoce, vision globale de la famille).

Les services de néonatalogie devraient s'inspirer de ce programme d'accompagnement pour améliorer leur prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Haute Autorité de Santé
Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002
Disponible sur :
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf

- 2 DIDIER-JOUVEAU CS.
Epidémiologie de l'allaitement maternel en France. Intervention aux 5^o Entretiens de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille. 13 juin 2003

- 3 *Enquête nationale périnatale 2003*
Disponible sur : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf

- 4 *Programme national nutrition santé. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.*
Paris : PNNS, février 2005. <http://www.sante.gouv.fr>.

- 5 GAIGNIER C.
Conférence de presse du 25 septembre 2008 Allaitement et Don de lait

- 6 Organisation Mondiale de la Santé.
Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement. 1999
Disponible sur :
www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/evidence_ten_step_fre.pdf

- 7 S. DOUVILLE et al.
Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre.
La revue Sage-femme (2008)7,3-8

- 8 JURET L.
L'arrêt précoce de l'allaitement maternel. Etude des facteurs prédictifs.
Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Université de Caen.
2005

- 9 FURMAN L.
Breastfeeding of very low-birth-weight infants.
Journal of Human Lactation 1998; 14:29–34.

- 10 DEQUIDT N. et al.
L'allaitement maternel chez les prématurés.
Le bulletin des sages-femmes. N°161 juin 2004

- 11 TURCK D.
Breast feeding: health benefits for child and mother.
Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie1

- 12 DELABY B.
La très grande prématurité: quel pronostic pour l'enfant ?
Université de Picardie. Mars 2005

- 13 LIEBERT M-A
ABM Clinical Protocol #16: Breastfeeding the Hypotonic Infant.
Breastfeeding medicine Volume 2, Number 2, 2007 DOI: 10.1089/bfm.2007.9995

- 14 BEAUFREY M.
Biologie de la lactation.
Presse de l'université du Québec 2006 (p 444-457)

- 15 MEIER PP.
Breastfeeding in the special care nursery: Premature infants with medical problems. *Pediatric Clinics of North America* 2001, 48(2):425-442.

- 16 PEDESPAN L.
Attachement et prématurité.
Gynécologie Obstétrique & Fertilité Volume 32, Issue 9, September 2004, Pages 716-720
- 17 WINNICOTT DW.
L'enfant et sa famille
Reproduit en 1991, 2^{ème} éd, Paris 2d Payot.
- 18 BOUTET C.
Ocytocine et stress de la mère au cours de la lactation en post-partum
Annales d'endocrinologie, 2006 ; 67, 3 : 214-223 © Masson, Paris, 2006
- 19 VENDITTELLI F.
Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature.
Gynécologie Obstétrique & Fertilité Volume 30, Issue 6, Juin 2002, Pages 503-513
- 20 LOUX F.
Une si longue naissance : les premiers mois d'un enfant prématuré.
Edition STOCK ,1983.
- 21 *Déclaration innocenti ; sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.*
1990-2005
Disponible sur : innocenti15.net/declaration_french.pdf
- 22 PNNS
Deuxième Programme national nutrition santé 2006-2010
Disponible sur : www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf
- 23 Code déontologie sage femme, R.4127-325
Sous-section 2 : Devoirs envers les patientes et les nouveau-nés

- 24 RA. LAWRENCE et al.
Breastfeeding: A guide for the Medical profession.
6em edition, Philadelphie, Elsevier mosby
- 25 SCOTT et al.
Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of literature.
Breastfeeding Review 1999; 7(1):5-16
- 26 ORLANDO P. DA SILVA.
Effect of domperidone on milk production in mothers of premature newborns: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial.
Canadian Medical Association Journal. JAN. 9, 2001; 164 (1)
- 27 FRIEDMAN S.
The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants.
Acta Paediatrica 93:775-778.2004
- 28 FURMAN L.
Correlates of Lactation in Mothers of Very Low Birth Weight Infants.
Pediatrics 2002; 109; e57
- 29 BUCKLEY et al.
Benefits and challenges of transitioning preterm infants to at-breast feedings.
International Breastfeeding Journal 2006, 1:13
- 30 PIERRAT V.
Le peau à peau dans la prise en charge des nouveau-nés de faible poids de naissance.
Journal de pédiatrie et de puériculture 17(2004) 351-357

- 31 NYQVIST et al.
The development of preterm infants' breastfeeding behavior.
Early Human Development. 55 (1999) 247-264
- 32 *Code de la sécurité sociale.*
Décret n°2004-1455 du 23 décembre 2004 relatif à la fixation de la période d'assurance maternité.
- 33 ALEXANDRE et al.
Accompagnement des mères de nouveau-nés prématurés dans leur projet d'allaitement maternel. Evaluation d'un programme de formation dans une unité périnatale de niveau III.
Archives de pédiatrie (2007), doi : 10.1016/j.arcep.2007.08.017
- 34 PIETSCHNIG et al.
Breastfeeding rates of VLBW infants-influence of professional breastfeeding support.
Advances in Experimental Medicine and Biology 2000; 478:429–30.
- 35 CAKMAK H.
Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system.
International Journal of Nursing Studies 44 (2007) 1128–1137
- 36 DE LATHOUWER S.
Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 117 (2004) 169–173

37 MALLET et al.

Le peau à peau en médecine néonatale : connaissances et attentes des professionnels de santé dans deux unités de néonatalogie de niveau III.

Archives de pédiatrie 14 (2007) 881–886

38 SIMPSON et al.

Early introduction of oral feeding in preterm infants.

Pediatrics 2002; 110:517-22.

39 MEIER et Al

The Rush Mothers Milk Club”: Breastfeeding Interventions for Mothers with Very-Low-Birth-Weight Infants

Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, Volume 33, Issue 2 (p 164-174)

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	2
<i>Introduction</i>	4
<i>Partie 1 : Etat des lieux de l'allaitement maternel des ebfabts nés prématurément en France</i>	5
1. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE.	6
1.1. Population générale.....	6
1.1.1. Initiation de l'allaitement maternel.....	6
Définition de l'allaitement maternel ;.....	6
1.1.2. Durée de l'allaitement maternel.....	7
1.1.3. Les arrêts d'allaitement maternel.....	7
1.2. Les enfants nés prématurément.....	8
2. SPECIFICITES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'ENFANT NE PREMATUREMENT.	9
2.1. Les bienfaits de l'allaitement maternel pour le prématuré.	9
2.1.1. Un réel bénéfice physique.....	9
2.1.2. Qu'en est-il du bénéfice psycho-social ?	10
2.2. Les difficultés rencontrées par les mères.....	10
3. ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS D'ALLAITEMENT MATERNEL.	12
3.1. Qui accompagne les mères désireuses d'allaiter ?.....	12
3.2. Position de la sage-femme face au projet d'allaitement.	12
3.3. Importance du soutien aux mères allaitantes.	13
4. LA CONSTRUCTION DE L'ETUDE.	14
4.1. Démarche de recherche.....	14
4.2. Objectifs de l'étude.....	14
4.2.1. Objectif primaire.....	14
4.2.2. Objectifs secondaires.	15
4.3. La méthode.	15
4.3.1. Déroulement de l'étude.....	15
Pour les deux groupes :.....	15
Spécificités du groupe INTERVENTION :.....	16
4.3.2. Population.	16
4.3.3. Modalité de recueil des informations.....	17
Les facteurs à étudier :.....	17
4.3.4. Traitement des informations.	18
4.4. Points forts et points faibles de l'essai d'intervention.	18
4.4.1. Points faibles.....	18
4.4.2. Points forts.	18

*Partie 2 : Essai d'intervention à la Maternité Régionale Universitaire
de Nancy.*.....20

1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON......21

1.1.	Données générales socioprofessionnelles.	21
1.1.1.	Age.	21
1.1.2.	Catégorie socioprofessionnelle de la patiente.	21
1.1.3.	Eloignement.	21
1.2.	Données obstétricales.	22
1.2.1.	Parité.	22
1.2.2.	Mode de suivi de la grossesse.	22
1.2.3.	Mode d'accouchement.	22
1.2.4.	Analgésie pour la naissance.	23
1.3.	Données concernant le nouveau-né.	23
1.3.1.	Nombre de nouveau-né.	23
1.3.2.	Poids de naissance.	23
1.3.3.	Age gestationnel.	23

2. DONNEES INITIALES RELATIVES A L'ALLAITEMENT MATERNEL.25

2.1.	Expériences personnelles d'allaitement maternel.	25
2.1.1.	Antécédent d'allaitement.	25
2.1.2.	Antécédent d'allaitement d'enfant né prématurément.	25
2.1.3.	Patiente allaitée par sa mère.	25
2.1.4.	Moment du choix d'allaiter.	26
2.1.5.	Sentiment de soutien de la part de l'entourage.	26
2.2.	Information concernant l'allaitement maternel.	26
2.2.1.	Pendant le suivi de la grossesse.	26
2.2.2.	Information spécifique à l'allaitement d'un enfant prématuré.	27
2.2.3.	Information en post-natal direct sur les techniques d'expression du lait.	27
2.3.	Données relatives à la mise en route de la lactation.	27
2.3.1.	Temps de séparation.	27
2.3.2.	Durée entre la naissance et la première stimulation mamelonnaire.	28

3. DONNEES SUR LE SUIVI DU GROUPE INTERVENTION.29

3.1.	Indice de la bonne mise en route de la lactation.	29
	Quantité de lait à quinze jours :	29
3.2.	L'entretien de la lactation.	29
3.2.1.	Fréquences d'expressions.	29
	Sur une journée :	29
	Nocturne :	29
	Le contact peau à peau :	29
3.2.2.	L'âge de la première mise au sein.	29
3.2.3.	Difficultés rencontrées par les femmes.	30
3.2.4.	Conseils les plus apportés aux femmes.	30

4. LE POINT SUR LES TAUX D'ALLAITEMENT MATERNEL.31

4.1.	Groupe Témoin (n=9).	31
4.1.1.	Allaitement lors du retour à domicile de l'enfant (RAD).	31

Le point :	31
Les causes d'arrêt d'allaitement durant l'hospitalisation :	31
4.1.2. Allaitement un mois après le retour à domicile(RAD).	32
Le point :	32
Les causes d'arrêt d'allaitement au cours du premier mois à la maison :	32
4.2. Groupe intervention (n=10).	33
4.2.1. Allaitement lors du retour à domicile de l'enfant (RAD).	33
Le point :	33
Les causes d'arrêt d'allaitement durant l'hospitalisation :	33
4.2.2. Allaitement un mois après le retour à domicile.	34
Le point :	34
Les causes d'arrêt d'allaitement au cours du premier mois à la maison :	34
Partie 3 : Quelles solutions pouvons-nous proposer à ces familles ?.....	35
1. ANALYSE.	36
1.1. L'information.....	36
1.1.1. Information durant la grossesse.	36
1.1.2. Entretien spécifique sur l'allaitement maternel du prématuré.....	36
1.2. La mise en route de l'allaitement maternel.....	36
1.2.1. La première stimulation mamelonnaire.	36
1.2.2. Quantité de lait à quinze jours de post partum.....	37
1.3. Allaitement maternel au cours de l'hospitalisation de l'enfant.	37
1.3.1. Le point sur l'entretien de la lactation.	37
1.3.2. La pratique du peau à peau.	38
1.3.3. Les mises au sein précoces.	38
1.3.4. L'allaitement maternel lors de la sortie.	39
1.4. Allaitement maternel au cours du premier mois à domicile.	39
1.4.1. Allaitement un mois après le retour à domicile.	39
1.4.2. Professionnels ressources.	40
2. DISCUSSION.....	41
2.1. Amélioration de l'information.	41
2.2. Le suivi pendant l'hospitalisation.	41
2.2.1. Amélioration de la mise en route de la lactation.	41
2.2.2. Les mises aux seins et le peau à peau.	43
2.2.3. Suivre et accompagner de façon régulière les mères allaitantes.....	44
Mise en place d'un suivi par la personne qui a en charge l'enfant :	45
Mise en place d'une consultante en lactation ou référent en allaitement dans le service:	45
Un exemple de programme de soutien :	45
2.3. Comment améliorer le suivi une fois l'enfant de retour au domicile.	46
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	48
TABLE DES MATIERES.....	54
Annexes	57

ANNEXE

GRILLE DE RECUEILS DE DONNEES GENERALES

N° ID :

Aspects sociodémographiques	
Age de la mère :	
Profession de la mère :	
Profession du père :	
Nombres d'enfants à la maison	
Antécédents	
Pratique de l'allaitement pour accouchement précédent :	
Si oui combien de temps (mois) :	
Allaitement d'un enfant prématuré :	
Si oui Combien de temps : Par quels moyens :	
Patiente allaitée elle même par sa mère	
La grossesse et l'accouchement	
Grossesse suivie par :	
Préparation à la naissance où le thème de l'allaitement est abordé au cours de l'EPI :	
Hospitalisation du nouveau-né prévisible ou non :	
Entretien personnalisé avec un pédiatre sur	

l'allaitement maternel d'un nouveau-né hospitalisé	
Modalité d'accouchement :	
Anesthésie :	
Le nouveau né	
Nombre de nouveau-né :	
Poids de naissance :	
Age gestationnel :	
Distance domicile-service :	
Temps entre la naissance et la première rencontre mère enfant :	
L'allaitement	
Moment du choix de l'allaitement maternel :	
Influence et soutien :	
Avez-vous reçu les livrets d'informations :	
Les avez-vous lus ?	
Temps entre naissance et première stimulation mamelonnaire :	
Projet après sortie de la maternité :	

RECUEIL INTERVENTION

N°ID :

Date : .../.../... au .../.../...	Fréquences d'expressions sur 24 heures	Fréquences d'expressions nocturnes/ 24H	Quantité de lait exprimée (ml)/ 24heures	Séances de peau à peau / Semaine Durée en minutes / Semaine	Séance de mise au sein/ semaine	Conseils apportés	Durée de l'appel min	Rem
Sortie de secteur mère enfant : .../.../...								
Semaine1 : .../.../... au .../.../...								
Semaine2 : .../.../... au .../.../...								

FICHE DE RECUEIL

N°ID :

Date : / /

Quelle quantité de lait avez vous exprimé sur 24 heures ?

Combien de fois avez vous exprimé votre lait sur 24 heures ?

Combien de fois tirez vous votre lait la nuit ?

Combien de séances de peau à peau avec votre enfant, cette semaine ?

Combien de temps de peau à peau (en minutes), cette semaine ?

Votre enfant a-t-il tété au sein, cette semaine ?

Avez-vous des remarques ?

Retour de l'enfant à domicile : oui / n



proje!

MATERNITÉ RÉGIONALE « A. PINARD » - NANCY

1, rue du Docteur Heydenreich - B.P 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code :	Version 1	GUIDE DE SOINS EN NEONATOLOGIE	Date d'application :	Page 1
--------	--------------	--------------------------------	-------------------------------	--------

Accompagnement des parents en Néonatalogie ou comment les aider à garder leur place de parents dans le service

VISITES

1 - Conditions d'accueil

Les visites :

Pour les mamans hospitalisées à la MRAP ou accueilliées en chambre accompagnant, le service reste ouvert 24 H/24, à l'exception des périodes de soins particuliers et des visites médicales (8 h 30 - 9 h, 11 h 30 - 12 h 30 et fin d'après-midi). Lorsque les mamans ne sont plus hospitalisées, le service est ouvert aux parents de 9 h à 21 h (sauf cas particulier avec autorisation écrite du Chef de Service ou du responsable de l'UF), tout en respectant les exceptions ci-dessus.

Les autres membres de la famille peuvent voir l'enfant à partir des galeries vitrées.

Les grand-parents, les frères et sœurs, peuvent être autorisés à entrer de façon exceptionnelle après décision collégiale de l'équipe ; la visite s'effectue en présence d'un des parents. Dans le secteur de Néonatalogie, ces rencontres s'organisent sur rendez-vous dans un lieu particulier.

L'hébergement :

Trois chambres sont disponibles pour les parents (voir en annexe "accueil dans les chambres").

L'accès au dossier médical :

Le dossier médical et le dossier de soins sont des documents médicaux que les parents ne peuvent consulter seuls. Par contre les médecins et le personnel d'encadrement peuvent leur en communiquer le contenu.

2 - Première visite des parents

A l'arrivée dans le SAS d'entrée

La soignante :

- se présente
- explique les modalités d'entrée (vestiaire, lavage des mains, surblouse, conditions de visite).



projet

MATERNITÉ RÉGIONALE « A. PINARD » - NANCY

1, rue du Docteur Heydenreich - B.P 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code :	Version 1	GUIDE DE SOINS EN NEONATOLOGIE	Date d'application :	Page 2
--------	--------------	---------------------------------------	-------------------------------	--------

Auprès du bébé

La soignante :

- décrit l'environnement du bébé,
- propose un entretien avec le médecin référent et la soignante d'encadrement
- invite à un premier contact adapté à l'état de santé de l'enfant (caresses, portage)
- permet un moment d'intimité en les laissant seuls avec leur bébé
- explique le fonctionnement du service :
 - o rotation du personnel
 - o coordonnées du secteur
 - o visites et appels téléphoniques sans limite
- propose au papa une photo du bébé si la maman ne peut se déplacer
- se renseigne sur l'éventualité d'un allaitement maternel.

3 - Visites ultérieures

La soignante :

- se rend disponible auprès des parents
- les informe de l'état de santé et du comportement de l'enfant dans l'attente d'un entretien avec le médecin référent ou la soignante d'encadrement
- favorise les échanges (leurs caresses sécurisent, rassurent, réconfortent l'enfant)
- valorise les compétences du nouveau-né (reconnaissance de la voix)
- propose d'apporter des objets personnels en nombre limité : peluche (petite et lavable), boîte à musique, mouchoir imprégné de l'odeur des parents, images, photos, dessins
- donne les renseignements nécessaires à un allaitement maternel (cf protocole).

PARTICIPATION AUX SOINS

L'implication des parents dans les soins simples va leur permettre de remplir effectivement leur rôle de parents.

L'équipe doit être disponible pour les guider et les informer, mais reste dans tous les cas responsable des soins donnés aux bébés (certains gestes ne doivent jamais être effectués par les parents : arrêter ou mettre en marche le moniteur, sortir l'enfant de l'incubateur, prendre du matériel dans les placards ...).

1 - L'enfant en réanimation

La participation des parents est très limitée, ils peuvent accompagner la soignante durant les soins en parlant et en caressant leur bébé.

Si l'état de santé de l'enfant le permet, les parents peuvent effectuer certains gestes en présence de la soignante (change, application d'huile ou de crème).



proje!

MATERNITÉ RÉGIONALE « A. PINARD » - NANCY

1, rue du Docteur Heydenreich - B.P 4213 - 54042 NANCY Cedex - Tél. : 03.83.34.44.44. - Télécopie : 03.83.34.44.10

Code :	Version 1	GUIDE DE SOINS EN NEONATOLOGIE	Date d'application :	Page 3
--------	--------------	---------------------------------------	-------------------------------	--------

Lorsque le bébé est suffisamment stable, il peut être porté par ses parents en prenant certaines précautions :

- le papa ou la maman doivent être confortablement installés
- le bébé est chaudement enveloppé dans une couette (maintien de la température)
- le rythme et la durée du portage varient également en fonction du poids, voici quelques repères maximum :

- . < 1000 g, 1 fois/jour environ 1/2 h
- . entre 1000 et 1300 g, 2 fois/jour environ 1/2 h
- . > 1300 g, 3 fois/jour environ 1/2 h.

2 - L'enfant convalescent

Le temps de portage peut être prolongé, il est évalué en fonction de l'état de l'enfant.
Les parents participent de façon plus active aux soins : changes, bain, biberons.

Le bain

Lors des premiers bains, la soignante doit s'assurer que les parents maîtrisent parfaitement les gestes.

Si le bébé pèse moins de 1500 g, les parents accompagnent la soignante qui effectue le bain.
Lorsqu'il pèse plus de 1500 g et a un âge corrigé de 34 semaines les parents réalisent seuls le bain.
Aucun horaire n'étant fixé pour ce soin, les parents peuvent venir en fonction de leurs possibilités après discussion avec l'équipe soignante.

L'alimentation

La prise du premier biberon est réservée de préférence aux parents, entourés de la soignante.
La mise au sein est proposée dès que l'enfant a la force de téter. Préserver l'intimité de la maman.

Les médicaments

Les parents apprennent progressivement à préparer et à administrer les médicaments simples par voie orale au cours de la tétée.

3 - Le nourrisson sous oxygène

L'objectif est de rendre les parents autonomes en prévision d'une sortie avec oxygène (manipulation des lunettes et de la cloche lors des soins).

SORTIE

L'accompagnement attentif des parents au cours de l'hospitalisation organise et facilite l'arrivée de l'enfant à domicile.

Il est nécessaire d'avoir la certitude de la date de sortie avant de la communiquer aux parents. Le jour de la sortie doit être réservé aux ultimes conseils.

Il n'est plus obligatoire qu'un membre du personnel accompagne les parents et leur bébé du service à leur voiture, sauf si une aide est utile pour installer le bébé.

Alimentation Orale Enfant à terme < 37 SA

Allaitement maternel

→ Tétée d'apprivoisement autorisée à partir de 34 SA et poids > 1700g.

⚠ si résultat bactériologique lait maternel pasteurisé négatif, augmentation sur prescription médicale.

→ Nécessité d'une surveillance pondérale avant et après chaque tétée.

→ Le lait maternel tiré ne peut pas être donné. Car même s'il est tiré dans l'unité de néonatalogie, il doit obligatoirement être pasteurisé.

→ Les compléments sont autorisés :

- lait maternel (voir bactério) ou lait pasteurisé.
- Lait pour prématuré ou hydrolysate de protéine.

Mode d'administration : Privilégier le biberon. Si refus, attendre 1/4h maximum et alimentation pas sonde oro-gastrique.

interne

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
SAGE-FEMME
PRESENTE ET SOUTENU PAR SAGNET CHARLOTTE

TITRE : Accompagnement de l'allaitement maternel des mères d'enfant grand prématuré.
Essai d'intervention à la Maternité Régionale Adolphe Pinard.

RESUME :

Contexte : En France, l'allaitement maternel progresse, mais reste inférieur aux recommandations de l'OMS. Ces observations n'épargnent pas les nouveau-nés prématurés, pour qui les bénéfices du lait maternel sont si importants.

Méthode : L'étude réside en un essai d'intervention randomisé prospectif, réalisé dans une maternité de niveau III. Elle consiste au suivi hebdomadaire de l'allaitement maternel sur la base d'entretiens téléphoniques.

Résultats : L'étude a montré que les femmes ayant bénéficié de l'intervention allaitent plus longtemps et cela de manière significative lors de la sortie de l'enfant (90% vs 44,4%, $p=0,04$), et un mois après (70% vs 22,2%, $p=0,04$).

Conclusion : A la vue de ces résultats, il semble donc primordial de suivre spécifiquement les femmes qui souhaitent allaiter leur enfant grand prématuré. De nombreux efforts sur l'information des patientes et la formation du personnel doivent être entrepris.

Mots clés : prématurité, allaitement maternel, accompagnement, sage-femme

ABSTRACT:

Context: In France breastfeeding habits are increasing, but remain lower than the recommendations of the World Health Organization. This study doesn't avoid premature babies, for whom the benefits of maternal milk are so important.

Methods: The analysis consists on an attempt of a prospective and random intervention, accomplished in a "Level III" maternity hospital.

Results: The study proved that women having benefited from the intervention do breastfeed longer and in a significant way right after the birth (90 % vs. 44, 4 %, $p=0, 04$), and one month afterwards (70 % vs. 22, 2 %, $p=0, 04$).

Conclusion: By looking at these results, it seems therefore essential to support specifically the women who wish to breastfeed their premature baby. More efforts on informing the patients and training the staff must be undertaken.

Keywords: premature baby, breastfeeding, support, midwife