



HAL
open science

L'accompagnement de l'allaitement maternel au retour à domicile en Moselle

Maud Heitzmann

► **To cite this version:**

Maud Heitzmann. L'accompagnement de l'allaitement maternel au retour à domicile en Moselle. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887810

HAL Id: hal-01887810

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887810>

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 de Metz

*L'accompagnement de l'allaitement maternel au
retour à domicile en Moselle*

Mémoire présenté et soutenu par
Melle HEITZMANN Maud

Née le 24 Janvier 1985

Promotion [2005-2009]

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-Femmes de Metz

*L'accompagnement de l'allaitement maternel au
retour à domicile en Moselle*

Mémoire présenté et soutenu par
Melle HEITZMANN Maud

Née le 24 Janvier 1985

Promotion [2005-2009]

**Cet écrit n'engage que la responsabilité de son
auteur.**

SOMMAIRE

Sommaire	5
Introduction	8
Partie 1	10
1. Pourquoi accompagner l'AM.....	11
1.1. Bref rappel sur les bienfaits de l'AM.....	11
1.2. Intérêt de l'AM d'un point de vue psychologique	12
1.3. Statistiques de l'AM en France	13
2. Comment accompagner l'AM.....	15
2.1. Psychologie de l'accompagnement	15
2.2. Mieux se former pour mieux accompagner	16
3. Textes de lois sur la promotion et le soutien de l'AM.....	17
3.1. La déclaration d'Innocenti	17
3.2. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.	18
3.3. La déclaration conjointe et l'IHAB.....	18
3.4. L'OMS a, en 2003, énoncé une « stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ».	18
3.5. La CoFAM	19
3.6. Le PNNS	19
3.7. La HAS	19
3.8. L'ANAES.....	20
4. Raisons d'échecs et principaux problèmes liés à l'AM.....	21
5. Les sources de soutien à l'AM.....	23
5.1. L'entourage	23
5.2. Les professionnels de santé et l'AM	24
5.3. Les groupes de soutien	30
5.4. Autres sources d'informations possibles.....	31
6. Etat des lieux de l'accompagnement de l'AM en Moselle	32
6.1. Les organisations de soutien	32
6.2. Les professionnels du département	33
6.3. Les groupes de soutien à l'AM	33
7. L'allaitement maternel dans les pays nordiques.....	35
7.1. Les chiffres de l'allaitement maternel.....	35
7.2. L'accompagnement de l'allaitement maternel	36
7.3. La politique de l'allaitement maternel	36
Partie 2	38
1. Méthodologie	39
1.1. Enoncé de la problématique	39
1.2. Enoncé des hypothèses.....	39
1.3. Détermination des objectifs.....	39
1.4. Stratégie de recherche	40

1.4.1.	Le type d'étude.....	40
1.4.2.	La population concernée	40
1.4.3.	Les lieux d'enquête	40
1.4.4.	Description de la méthode.....	41
1.4.5.	Période de l'étude.....	41
1.4.6.	Description des outils.....	42
1.4.7.	Le type d'analyse	42
2.	Présentation des résultats	43
2.1.	Résultats de l'entretien semi directif en maternité.....	43
2.2.	Résultats de l'entretien téléphonique	51
Partie 3	57
1.	Les trois maternités de l'enquête	58
1.1.	Les points communs des trois maternités.....	58
1.2.	Les spécificités de chaque site	58
2.	Analyse et discussion des résultats de l'enquête.....	62
2.1.	L'accompagnement de l'allaitement maternel : pour qui ?.....	62
2.2.	Quel accompagnement en amont de l'accouchement ?	62
2.3.	Quel accompagnement en séjour de suites de couches ?	64
2.4.	Quel projet d'allaitement maternel pour les femmes ?	65
2.5.	Quelle évolution de l'allaitement maternel à 6 semaines de mon intervention en suites de couches ?	67
3.	Mes propositions	71
3.1.	Pistes pour rendre à l'allaitement maternel son caractère naturel.....	71
3.2.	Propositions à l'égard du gouvernement.....	72
3.3.	Propositions à l'égard de tous les professionnels concernés.....	73
3.4.	Propositions à l'égard des maternités.....	75
3.5.	Propositions à l'égard des sages-femmes.....	76
Conclusion.....	78
Bibliographie	79
Glossaire.....	I
Annexe I : Tableau des taux d'allaitement à la naissance selon les années	II
Annexe II : Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (extrait)	III
Annexe III : Les dix conditions du label IHAB	VI
Annexe IV : Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.....	VII
Annexe V : Le programme national nutrition-santé (extrait)	XI
Annexe VI : Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant	15
Annexe VII : Mise en place des séances de suivi postnatal	20

Annexe VIII : Taux d'allaitement dans cinq pays industrialisés en fonction de l'âge des nourrissons	21
Annexe IX : Je m'interroge au sujet de mon allaitement maternel : qui puis-je appeler ?	22
Annexe X : Entretien semi directif en maternité	23
Annexe XI : Appel téléphonique à J45 de l'accouchement	25
Annexe XII : Tableau d'étude expérimentale concernant l'allaitement maternel et la formation des professionnels.....	26
Annexe XIII : Tableau d'étude expérimentale concernant l'allaitement maternel et la préparation à la naissance.....	27

Introduction

Allaiter est un acte anthropologique. Le lait maternel est le plus adapté aux besoins d'un nourrisson, et il comporte de nombreux avantages jamais égalés par un lait artificiel.

Malgré cela, la France se situe aujourd'hui parmi les pays européens ayant le plus faible taux d'allaitement à la naissance. Faire augmenter de ce taux est d'ailleurs devenu un enjeu de santé publique dans notre pays.

Il est vrai qu'allaiter son enfant n'est pas toujours chose facile dans nos cultures : les premiers jours d'allaitement constituent pour la mère et son nourrisson une intense période d'apprentissage, et au retour à domicile les mères se sentent parfois perdues.

Une étude réalisée en 2004 à l'occasion d'un mémoire de sage-femme montre que sur 85 femmes allaitantes interrogées en Moselle, 47 (soient 55.3%) auraient souhaité d'avantage de soutien, dont 39 (soient 45.9%) par un professionnel de santé.

[1]

C'est à la lecture de ces résultats que j'ai décidé de réaliser mon mémoire sur l'accompagnement de l'allaitement maternel au retour à domicile en Moselle.

Ce sujet m'a d'autant plus interpellé que la sage-femme, par sa présence auprès des femmes tout au long de la grossesse et dans les semaines qui suivent l'accouchement, y tient une place certaine : ceci fait d'elle une interlocutrice à privilégier.

Ma problématique est la suivante : Pourquoi les femmes qui allaitent se retrouvent-elles souvent seules face à leurs difficultés lors de leur retour à domicile ? Comment expliquer qu'elles ne sachent pas qui consulter ?

En premier lieu, nous allons voir pourquoi il faut accompagner l'allaitement maternel (AM) et comment on peut l'accompagner. Puis nous allons faire un état des

lieux des données actuelles de l'allaitement maternel en France, ainsi que des différents soutiens qui existent.

Après cela nous ferons un exposé de la situation en Moselle, et nous comparerons les données françaises aux données des pays nordiques.

Ensuite seront abordés la méthodologie et les résultats de l'enquête, qui portera sur un entretien semi directif auprès des femmes allaitantes en maternité, suivi d'un entretien téléphonique à six semaines de l'accouchement.

Enfin, les résultats de l'enquête seront analysés, discutés, et je proposerai des solutions pour un meilleur accompagnement de l'allaitement maternel après la sortie de la maternité.

Partie 1

Cadre de la recherche

1. POURQUOI ACCOMPAGNER L'AM

Ce mémoire a pour sujet l'accompagnement de l'allaitement maternel après la sortie de la maternité. Il est donc important dans un premier temps d'expliquer pourquoi l'allaitement maternel est un acte à soutenir, en rappelant ses bienfaits physiologiques et psychologiques.

1.1. Bref rappel sur les bienfaits de l'AM

Le lait humain est spécifique à notre espèce, parfaitement adapté aux besoins du bébé. De ce fait l'allaitement maternel constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant. Voici les avantages qu'il comporte [2] [3] [4] [5] :

Pour l'enfant :

- Il assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance physique optimale et leur bon développement
- Il abaisse la prévalence des allergies alimentaires
- Sur le plan immunologique, il fait baisser la morbidité et la mortalité infantiles en réduisant l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, aiguës ou chroniques (digestives, respiratoires, cutanées, auditives : otites)
- Il assure une protection contre l'obésité infantile qui est dose dépendante : par exemple l'obésité touche 4.5% des enfants non allaités, 3.8% des enfants allaités deux mois, et 0.8% des enfants allaités 12 mois.
- Un allaitement exclusif de six mois réduit de moitié le risque de survenue d'un cancer infantile.
- Il a des effets sur le plan neurologique : il y aurait une corrélation positive entre la durée de l'allaitement maternel et le développement intellectuel

Pour le couple mère-enfant :

- Il favorise le lien mère-enfant, ainsi que le développement psycho-affectif de l'enfant en lui apportant un attachement sécurisé

Pour la mère :

- Il contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire, en réduisant le risque d'ostéoporose, et en augmentant l'intervalle entre les grossesses

Il est important de préciser que, selon l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), ces avantages sont pour la plupart dose dépendants. [3]

Après avoir montré les intérêts physiologiques de l'allaitement maternel, nous allons voir qu'il comporte également de nombreux intérêts sur le versant psychologique.

1.2. Intérêt de l'AM d'un point de vue psychologique

L'allaitement maternel est un acte qui se trouve dans la continuité de l'expérience physique et émotive de la grossesse et de l'accouchement. Allaiter permet à la mère de garder ce rôle privilégié, de s'impliquer psychiquement et corporellement dans sa relation avec son bébé : il apporte la proximité, le partage, la découverte, la protection. L'allaitement procure de la fierté et consolide les liens affectifs entre la mère et son bébé.

D'un point de vue sociologique, l'allaitement maternel est un acte qui permet à la mère de prouver sa capacité maternelle : en choisissant d'allaiter, la mère fait le choix non seulement de donner la meilleure alimentation à son enfant, mais aussi de donner à son bébé le meilleur d'elle-même. Ceci est d'autant plus important dans notre société où la relation à la nourriture revêt une grande importance, et où l'image de la bonne mère est constituée avant tout par l'image d'une mère nourricière.

De plus, pendant les deux premiers mois qui suivent l'accouchement, la mère est dans un état de « préoccupation maternelle primaire » : elle est hypersensible et fragile. Cet état induit une baisse de ses défenses psychologiques et la rend vulnérable aux agressions et aux situations de stress. C'est pourquoi la mère a besoin qu'on s'occupe d'elle, qu'on l'écoute, qu'on la soutienne : elle a besoin d'être accompagnée.

L'AM a donc des intérêts évidents qui méritent notre attention. En s'attachant à son accompagnement, on peut espérer augmenter le taux et les durées de ce mode d'alimentation. Voyons donc quels sont les chiffres actuels concernant l'AM en France.

1.3. Statistiques de l'AM en France

Avant de donner des chiffres concernant l'allaitement en France, il est important de préciser que les données collectées sont souvent incohérentes, quelquefois inexactes et souvent incomplètes. L'interprétation des statistiques disponibles est donc difficile. Cependant une chose est sûre : nous sommes loin d'atteindre les 6 mois d'allaitement maternel exclusif recommandés par l'OMS et l'UNICEF ! [6]

Moment du choix d'allaitement : [7]

49% des femmes ont fait le choix d'allaiter avant la grossesse, 40% le font durant la grossesse, et 8% au moment de la naissance.

Taux d'allaitement à la naissance : (voir annexe I : tableau des taux d'allaitement à la naissance selon les années)

En **2002**, le taux d'allaitement à la naissance calculé d'après les certificats de santé du huitième jour était de **56.3%**. Ce taux est en constante augmentation ces dernières années (il présente une évolution de +1.8% par rapport à 2001 et de +10.7% par rapport à 1995). [1] [8]

Il faut toutefois noter des **variabilités inter régions** du taux d'allaitement maternel à la naissance : il est par exemple de 29% dans le Nord et de 58% à Paris (selon une enquête de 2001 de la DREES – Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation des Statistiques) [1].

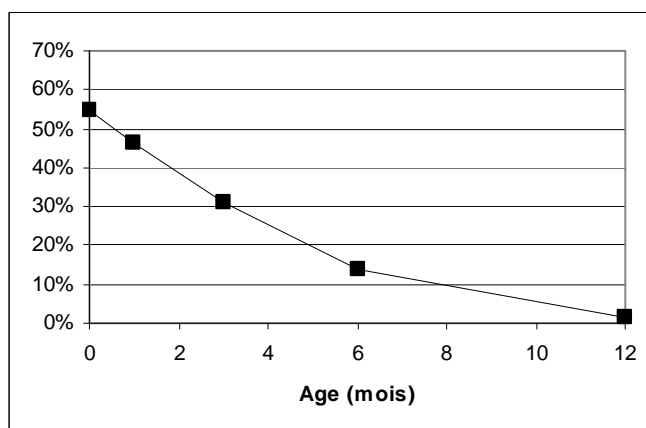
D'autres éléments peuvent faire varier ce chiffre, comme les séances de préparation à la naissance. En effet, en 2005, le taux d'allaitement maternel en Moselle était de 56.5% sans ces séances, et de 72.2% avec ces séances. [9] Il faut toutefois considérer le biais de ce chiffre : les populations favorisées assistent plus fréquemment aux séances de préparations à la naissance. Or nous savons que ces mêmes populations allaitent plus souvent.

Durée d'allaitement :

Selon l'INSERM, en 1998, 50% des bébés allaités sont sevrés à 8 semaines, et 70% sont sevrés à 12 semaines. [10]

La durée médiane d'allaitement maternel est estimée à **10 semaines**. [11]

Un sondage plus optimiste réalisé par l'institut des mamans auprès de 1117 mères en 2002 donne la courbe suivante :



Sevrages prématurés :

Il est à noter que, selon un sondage de l'institut des mamans de 2001, **plus de 69% des sevrages arrivent plus tôt que la mère ne l'avait prévu.** [12]

En Moselle : [9]

En 2005, le taux d'allaitement maternel à la naissance est de 60%, et la durée médiane d'allaitement est de 12 semaines.

Cette médiane reste insuffisante aux vues des recommandations de la déclaration d'Innocenti qui vise 6 mois d'AM exclusif (cf. titre 3.1.).

Je rappelle ici le but de ce mémoire qui est d'augmenter les durées d'AM par l'accompagnement au retour à domicile.

A présent, nous allons aborder quelques points de psychologie de l'accompagnement, puis nous verrons quelles sont les possibilités de formations complémentaires.

2. COMMENT ACCOMPAGNER L'AM

2.1. Psychologie de l'accompagnement [2] [5] [7] [13] [14] [15] [16] [17] [18]

Selon la définition du dictionnaire Larousse, accompagner, c'est « aller quelque part avec quelqu'un, aller avec, être joint à ». L'accompagnement demande donc une présence, un guide, et il inclut une notion de cheminement.

Pour accompagner un allaitement, il faut être soi-même convaincu des avantages et des bienfaits de l'allaitement maternel, œuvrer à sa promotion et se former de façon continue.

Pour le soignant, accompagner demande un investissement dans le « savoir être ». En ce sens, il devrait observer, maintenir une écoute active, et préserver un temps à l'expression du ressenti. Il est important d'arriver à faire verbaliser les souhaits, les émotions et les craintes de la femme. L'accompagnant ne devrait apporter une information ou un conseil pratique qu'à bon escient, de façon à être au plus près des besoins réels de la personne accompagnée.

Accompagner un allaitement signifie aussi aider la mère allaitante à être confiante en ses capacités à allaiter. Il est important de reconnaître, respecter et valoriser les ressources, les émotions, les initiatives et les décisions de l'autre. Accompagner signifie aussi éliminer des influences comme l'environnement humain et les idées reçues qui agissent sur les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel.

Enfin, l'accompagnement c'est savoir accepter que la mère dise « stop » à son allaitement. Car il faut accepter que parfois, malgré les efforts conjoints de tous et particulièrement de la mère, l'allaitement reste ou devienne source de contrainte, d'angoisse, voire de conflit : il est alors important de mettre l'accent sur les compétences de la mère et non sur ses échecs, et de lui dire que même si cet allaitement s'arrête, il n'est pas le gage d'un échec pour un autre allaitement avec un autre enfant.

2.2. Mieux se former pour mieux accompagner

Voyons donc quelles solutions existent pour les professionnels qui sont désireux d'avoir une formation complémentaire à leur formation initiale dans le domaine de l'allaitement et de son accompagnement. [4] [19] [20] [21] [22]

- **Les formations diplômantes :**

- Le DIULHAM (Diplôme Inter Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel »).

Ce diplôme de troisième cycle se prépare en un an. Il est réservé aux médecins, sages-femmes et puéricultrices. Il leur permet d'être formateurs des autres professionnels de santé au sujet de l'allaitement maternel.

- Le diplôme de consultant(e)s en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant).

Il s'agit d'un diplôme international, valable dans le monde entier, validant une expérience professionnelle et une formation théorique et pratique sur l'allaitement. La qualification est renouvelée tous les cinq ans, et pour conserver le titre d'IBCLC, il faut passer un nouvel examen tous les dix ans. Ceci est un gage de qualité, et assure une mise à jour des connaissances.

- **Les formations non diplômantes :**

- Formation Co-Naître – Institut Prévention Santé en Néonatalogie (IPSN)
- La Leche League (LLL) France Formation
- Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel (SESAM)

- **Pour les professionnels qui veulent se rassembler :**

- La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel :

Elle organise la SMAM (Semaine Mondiale pour l'Allaitement Maternel), les JRA (Journées Régionales pour l'Allaitement), et les JNA (Journées Nationales pour l'Allaitement). C'est l'organisatrice de l'IHAB, et elle rassemble une centaine d'associations et d'individuels

- Autres conférences et colloques

3. TEXTES DE LOIS SUR LA PROMOTION ET LE SOUTIEN DE L'AM

Nous allons voir, par nombre de textes de lois et de recommandations officielles, qu'au niveau gouvernemental aussi la promotion et le soutien de l'AM sont des enjeux de santé publique.

3.1. La déclaration d'Innocenti

C'est en constatant le déclin de l'allaitement maternel dans le monde que l'OMS et l'UNICEF ont déclaré en 1990, lors de la déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, que « Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que **chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de quatre à six mois**. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate, jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait **sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié** afin que les femmes nourrissent leur enfant de cette manière. » [2].

Cette déclaration contient également quatre objectifs applicables à tous les gouvernements, contribuant à soutenir l'allaitement maternel : [2] [3] [6] [11]

- Créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel
- Faire en sorte que chaque établissement respecte les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel (voir en annexe III)
- Respecter les principes et les objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- Promulguer des lois protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant, et adopter des mesures pour assurer leur application.

3.2. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. (Voir texte en annexe II)

Ce code, intégré à la déclaration d'Innocenti, est destiné aux industries concernées et aux gouvernements, dans le but de réglementer la promotion et la vente de tout substitut de lait maternel mais aussi des tétines et des biberons, et pour protéger les mères et leurs bébés des pratiques commerciales inappropriées.

3.3. La déclaration conjointe et l'IHAB

L'OMS et l'UNICEF ont mis en place en 1989 une « Déclaration conjointe », ayant pour but de donner des repères aux agents de santé de maternité pour éviter une baisse des nombres de bébés allaités au sein. Ces repères consistent en 10 conditions qui, lorsqu'elles sont appliquées, permettent d'assurer un environnement favorable aux mères qui allaitent leur bébé.

En 1991, l'OMS et l'UNICEF lancèrent l'« Initiative Hôpital Amis des Bébé », pour encourager les services de maternité du monde entier à mettre en application les 10 conditions énoncées dans la « Déclaration conjointe ». (Voir ces 10 conditions en annexe III) [23]

Voici deux des dix conditions qui se rattachent directement au sujet de ce mémoire :

- « Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique. »
- « Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. »

3.4. L'OMS a, en 2003, énoncé une « stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ». (Voir sélection du texte en annexe IV)

L'OMS a énoncé cette stratégie en 2003. Elle **encourage la pratique de l'allaitement maternel**, et donne des pistes aux gouvernements pour en promouvoir la bonne pratique. [24]

3.5. La CoFAM [25]

La CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel), prône également le soutien de l'allaitement maternel, comme elle l'a fait récemment lors de la journée nationale pour l'allaitement de 2005-2006, intitulée : « accompagner la naissance, accompagner l'allaitement ». La Cofam est soutenue par le Ministère de la Santé et des Solidarités.

Elle nous indique que « pour favoriser l'allaitement maternel, la mère a besoin d'un soutien actif dans son entourage, qu'il soit familial, associatif ou professionnel ». Elle précise également qu'un travail en réseau entre tous ces partenaires est nécessaire.

3.6. Le PNNS (voir annexe V)

Le PNNS (Programme National Nutrition Santé) est un plan de santé publique qui a été mis en place par la France en prévention du surpoids et de l'obésité en 2001, et qui a été reconduit par un deuxième PNNS en 2006.

Ainsi, on retrouve parmi les neuf objectifs spécifiques du PNNS la **promotion de l'allaitement maternel, afin d'augmenter la prévalence de l'allaitement maternel – 70% d'allaitement maternel exclusif à la naissance en 2010- ainsi que sa durée.** [26]

3.7. La HAS

La HAS (Haute Autorité de Santé) a publié en juin 2006 un processus et une évaluation dans le but de **favoriser l'allaitement maternel.** [4]

Elle indique que la meilleure façon de promouvoir l'allaitement maternel est d'associer :

- Des campagnes d'information
- Une formation des professionnels adaptée
- Le recours aux consultants en lactation
- Le recours aux groupes de soutien de mères allaitantes
- L'aménagement du monde du travail

3.8. L'ANAES

L'ANAES (Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé) a publié en 2002 une recommandation pour la pratique clinique sur « la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel ». (Voir extraits en annexe VI)

Ces recommandations énoncent les règles de « bonne pratique » de l'allaitement maternel : elles concernent notamment les **pratiques qui encouragent l'allaitement maternel en amont et en aval de l'accouchement**. [3]

Nous avons jusqu'ici démontré l'intérêt de promouvoir et d'accompagner l'allaitement maternel à long terme. A présent abordons les faits qui peuvent amener à mettre un terme à l'allaitement maternel.

4. RAISONS D'ECHECS ET PRINCIPAUX PROBLEMES LIES A L'AM

Les principales causes d'échec de l'allaitement maternel sont les suivantes [1] [3] [4] [13] [26] [15]

- Les douleurs, gerçures ou crevasses : Ceci est regrettable vu que dans la plupart des cas il s'agit simplement d'un problème de position du bébé au sein dès la maternité.
- La stagnation ou perte de poids du nourrisson
- Le manque de lait : Il s'agit le plus souvent d'une sensation due à un manque de repères plutôt qu'à un manque réel.
- L'hospitalisation du nourrisson ou de la mère
- L'incohérence de l'accompagnement des professionnels : Selon un sondage de l'IPA, plus d'un tiers des femmes allaitantes ne sont pas satisfaites des conseils prodigués à la maternité : les discours sont souvent discordants, et les conseils sont donnés sans explications.
- La sortie précoce de la maternité : Surtout chez les femmes les plus fragiles, ou lorsque la sortie est précipitée pour désengorger les maternités.
- Les poussées de croissance : Pendant ces périodes les nourrissons ont besoin de plus de lait et ils tètent plus souvent. De ce fait la mère a la sensation de ne plus avoir assez de lait, ou que celui-ci n'est plus assez nourrissant : elle sèvre donc son enfant. On retrouve là le problème du manque de repères.
- La maladie de la mère ou la nécessité d'un traitement médical : Le médecin ne recherchera pas forcément un médicament compatible avec l'allaitement maternel ailleurs que dans le Vidal, et lui imposera de sevrer son enfant, ce qui est dans la majorité des cas évitable.
- La reprise du travail : Les femmes ne savent souvent pas qu'elles peuvent concilier activité professionnelle et allaitement, ni comment.
- Une pression négative de la part de l'entourage

Il est à noter que la catégorie socioprofessionnelle apparaît comme un facteur déterminant sur la durée d'allaitement : l'IPA a constaté en 2001 que 22% des mères au

foyer et des professions supérieures et indépendantes allaitent plus de six mois contre 9% des employées et ouvrières. [12]

Enfin, il semble important de préciser que l'allaitement ne présente que très rarement des complications insurmontables ne pouvant être résolues auprès de professionnels formés.[26]

A présent, il est temps d'aborder les différents soutiens accessibles aux femmes allaitantes.

5. LES SOURCES DE SOUTIEN A L'AM

La femme allaitante peut être accompagnée de différentes façons : il s'agira de son entourage, des professionnels de santé, des groupes de soutien, ou encore par ses lectures.

5.1. L'entourage

5.1.1. L'entourage en général

L'entourage peut influencer un allaitement maternel tant de façon positive que de façon négative, comme l'a montré une étude de l'IPA réalisée en 2002 auprès de 1177 mères [1]. Ainsi la HAS, dans ses recommandations pour favoriser l'allaitement maternel, préconise une éducation à l'allaitement maternel de l'entourage de la femme enceinte lors des séances de préparation à la naissance. Dans ces conditions, le soutien de la mère par son entourage augmente la durée de l'allaitement. [4]

Voyons ce qu'il en est du conjoint.

5.1.2. Le conjoint

Le conjoint, lorsqu'il est favorable à l'allaitement maternel de sa femme, va la soutenir et la valoriser ; ceci via la fierté qu'il aura de voir sa femme allaiter son enfant, et via le regard admiratif et approbateur qu'il lui portera.

Ainsi, pour le côté nutritif, le rôle du père est de nourrir la mère qui nourrit l'enfant. [26] [27] [28]

L'étude de l'IPA citée ci-dessus le confirme en montrant que 82% des femmes ayant rencontré une difficulté avec leur allaitement ont en réponse reçu un soutien efficace de la part de leur conjoint. [1]

5.1.3. La mère de la femme allaitante

Elle pourra, en fonction de son propre vécu, influencer sa fille sur le choix du mode d'alimentation de son enfant. C'est pourquoi il est important de connaître son histoire.

Ce qui entre ici en jeu est également la capacité de cette mère à faire passer une expérience, mais aussi la capacité pour la fille d'accepter les conseils de sa mère, et de savoir s'en démarquer lorsque cela est nécessaire. [27] [29]

5.1.4. Les autres membres de la famille

Le soutien du reste de l'environnement familial (fratrie, cousins, oncles, tantes...) dépendra essentiellement de leur propre vécu : une femme ayant un vécu positif de son allaitement sera plus propice à aider une personne de sa famille. [27]

5.1.5. L'environnement social

Il comprend les amis, les voisins, les collègues, les employeurs, ainsi que toutes les personnes qui cottoient la femme.

Là encore, l'histoire de chacun conditionne sa propre capacité à soutenir ou non une femme qui allaite. [27]

Nous avons donc vu que l'entourage de la femme allaitante pourra soit être d'une grande aide, soit l'influencer vers un sevrage prématuré de son allaitement. En effet, il est difficile de rester objectif sur un sujet qui nous touche personnellement.

Voyons à présent quel accompagnement une femme peut trouver auprès des différents professionnels de santé.

5.2. Les professionnels de santé et l'AM

5.2.1. Généralités

Les professionnels sensibilisés à la question de l'allaitement maternel s'avèrent être de par leur formation continue tout à fait aptes à accompagner une femme allaitante en difficulté.

Par contre, il semble que la formation initiale des professionnels de santé sur l'allaitement soit très insuffisante. [14]

La conférence européenne de 2004 sur la promotion de l'allaitement maternel en Europe indique que « les programmes d'études pour la formation initiale des professionnels de santé semblent généralement incapables d'assurer la compétence nécessaire dans les savoir-faire indispensables au soutien de l'allaitement. Les enseignants qui donnent les cours théoriques de connaissances et de savoir faire sur l'allaitement en formation initiale ont besoin d'être eux-mêmes formés de façon adéquate ». [6]

La HAS également indique que « les professionnels sont peu formés à la physiologie de l'allaitement maternel et à son soutien ». [4]

Et les professionnels interrogés en sont bien conscients : lorsqu'on leur demande s'ils estiment leurs formations initiales suffisantes pour un bon accompagnement de l'allaitement maternel, ils répondent par la négative. [20] [21] [30] [31] [32]

Voyons quels sont ces professionnels acteurs de l'accompagnement de l'allaitement maternel au retour à domicile.

5.2.2. La sage-femme

La sage-femme trouve toute sa place dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. C'est une professionnelle privilégiée puisque spécialiste de la physiologie de la grossesse et du post partum. Par conséquent, elle peut assurer un suivi régulier et personnalisé de la femme, de la réflexion sur le choix d'alimentation de son enfant jusqu'au sevrage de celui-ci.

La sage-femme libérale

La sage-femme libérale peut accompagner les femmes dans leur décision à allaiter ou non, et elle peut leur dispenser de nombreuses informations. En amont de l'accouchement, la sage-femme libérale intervient soit par le biais des suivis de grossesse, soit par le biais des EPI (Entretien Prénatal Individuel) et des séances de préparation à la naissance qu'elle dispense (l'une de ces séances est d'ailleurs dédiée à l'allaitement maternel), soit par les deux.

En aval de l'accouchement, la sage-femme libérale est disponible au moindre problème concernant l'AM : les femmes suivies en amont n'hésitent d'ailleurs pas à rappeler leur sage-femme libérale. Aussi, cette professionnelle profite souvent du

moment de la rééducation périnéale pour aborder le sujet, et déceler les patientes qui ont besoin d'un soutien plus particulier. L'accompagnement de la sage-femme libérale se fait également lors des visites à domiciles prévues pour toute femme à sa sortie de maternité. En effet, la sécurité sociale rembourse une visite à domicile par une sage-femme libérale pour toute femme le désirant jusqu'à J7 de son accouchement (J1 étant le jour de l'accouchement), et sans limitation dans le temps pour une femme qui allaite.

La convention nationale des sages-femmes du 11 octobre 2007 prévoit également d'intégrer à l'activité des sages-femmes libérales des séances de suivi post-natal (au maximum 2), ce qui a été approuvé par l'arrêté du 10 décembre 2007. Ces séances permettront de « rompre l'isolement de la jeune mère, de s'assurer de l'existence de liens mère-enfant satisfaisants et du bon développement de la parentalité, de soutenir l'allaitement et de rechercher notamment des signes de dépression du post-partum chez la mère. » Ces séances se dérouleront « au domicile de la patiente ou au cabinet de la sage-femme, dans une période allant de huit jours après la naissance jusqu'à la consultation post-natale prévue entre la sixième et la huitième semaine suivant l'accouchement. »

Cette convention sera appliquée dès qu'elle paraîtra dans le JO (Journal Officiel), ce qui est prévu courant 2008.

(Voir annexe VII : mise en place des séances de suivi post-natal) [33]

NB : La convention est parue au JO le 22 Avril 2008, texte 22 sur 113. [59]

La sage-femme de PMI

Le rôle de la sage-femme de PMI dans l'accompagnement de l'allaitement maternel se situe essentiellement en prénatal.

Tout d'abord, dès réception des déclarations de grossesses, la sage-femme de PMI envoie à toutes les femmes enceintes un courrier informant de l'aide qu'elle peut leur apporter (ce courrier est donc envoyé plus ou moins précocement en fonction du moment de déclaration de grossesse). Il est intégré à ce courrier une plaquette d'information sur l'allaitement maternel : il y est précisé que les sages-femmes de PMI sont disponibles pour toute information.

Par le biais de visites à domicile et des séances d'EPI qu'elle dispense, la sage-femme de PMI va proposer une réflexion à la femme enceinte dans le domaine de l'allaitement maternel, de façon à ce que celle-ci se projette dans sa volonté ou non d'allaiter.

Mais la sage-femme de PMI est également compétente pour répondre aux questions des femmes. Elle va souvent illustrer son information par des plaquettes d'information sur l'allaitement maternel, par des livrets tels « L'allaitement maternel : pour vous futurs parents. » du RPL (Réseau Périnatal Lorrain), ou encore par le DVD norvégien « Breast is best ».

Après l'accouchement, la position des sages-femmes de PMI est de deux ordres. Lorsque la femme a déjà été vue pendant sa grossesse par la sage-femme de PMI, celle-ci peut la revoir dans le post-partum afin de l'accompagner dans son allaitement maternel. Ceci permet à la femme d'avoir une seule personne référente dans l'allaitement maternel.

D'autres sages-femmes de PMI vont faire le lien avec la puéricultrice de PMI qui accompagnera l'allaitement maternel. Mais ce relais n'empêche pas la sage-femme de PMI de faire le point avec la femme sur son allaitement maternel lors des visites post-natales. [30] [34] [35] [36]

La sage-femme de maternité

Elle ne sera que citée ici ; c'est une professionnelle dont le travail est axé prioritairement sur les patientes présentes au sein du service.

5.2.3. Le consultant en lactation (IBCLC)

Les sages-femmes dont nous venons de parler, ainsi que les professionnels que nous allons citer, peuvent choisir de se perfectionner sur le sujet de l'AM en devenant consultant en lactation.

Les consultants en lactation sont formés pour prévenir, reconnaître et surmonter les problèmes durant l'allaitement maternel. Ils sont spécialistes de l'allaitement et de la lactation, et travaillent en collaboration avec les autres professionnels. [19] [22] [37]

La consultante en lactation exerce au sein de différentes structures : maternités publiques et privées, néonatalogie, pédiatrie, cabinet libéral, services de PMI, et à domicile. Elle a les rôles suivants : [22] [26]

- Informer les femmes enceintes :
 - En séance de préparation à la naissance
 - En consultation individuelle
- Accompagner et conseiller les femmes ayant des problèmes concernant l'allaitement, durant leur séjour en maternité et après leur retour à domicile, par :
 - Des consultations individuelles par écoute téléphonique et/ou entretien
 - Des rencontres post-natales entre mères allaitantes
- Apporter de l'aide aux mères de prématurés, d'enfants malades ou porteurs d'un handicap.
- Aider les mères à concilier allaitement et travail.
- Accompagner les mères au moment du sevrage.
- Proposer des formations aux professionnels de santé de la périnatalité
- Travailler à l'élaboration d'une politique de soutien à l'allaitement au cœur de la maternité
- Conduire ou participer à des projets dans le domaine de l'allaitement maternel avec les instances nationales, régionales ou locales, publiques ou privées.

5.2.4. La puéricultrice de PMI

Elle intervient à l'occasion des visites de naissances qui constituent environ 1/5 de son activité. La puéricultrice va systématiquement proposer une visite aux primipares, ainsi qu'aux femmes signalées par la maternité au motif, par exemple, de petit poids de naissance, de prématurité, d'allaitement difficile, ou de conditions socio-économiques défavorisées (familles nombreuses, mères célibataires, mères mineures...). Le signalement peut également venir de la sage-femme de PMI ou de la sage-femme libérale ayant suivi la femme en prénatal. [31]

5.2.5. Le pédiatre [38] [39] [40] [58]

Le pédiatre peut s'impliquer très activement dans la promotion et le soutien de l'allaitement comme le souhaite l'AAP (Académie Américaine de Pédiatrie). La

quatrième rencontre de pédiatrie pratique s'étant déroulée au palais des congrès de Paris le 21 janvier 2000 va dans le même sens.

Pour ce faire, il est recommandé au pédiatre :

- De s'informer de façon à être compétent en matière de physiologie de l'allaitement, et dans sa conduite pratique (car il existe d'énormes carences dans les études médicales, en particulier sur la pratique [39])
- De collaborer avec les obstétriciens, en période prénatale, afin de s'assurer que les femmes puissent faire un choix réellement éclairé
- De promouvoir les pratiques qui facilitent la bonne mise en route de l'allaitement
- de prévenir les arrêts abusifs de l'allaitement en s'assurant des réelles contre-indications liées aux médicaments, et en accompagnant la poursuite de l'allaitement, notamment en cas de fièvre ou de mastite
- D'apporter une aide personnalisée à chaque mère
- De promouvoir l'allaitement comme faisant partie intégrante de la vie quotidienne, d'encourager les familles et la société à privilégier l'allaitement maternel, d'inciter les médias à donner une image positive de l'allaitement, et de refuser toute forme de promotion pour laits artificiels.
- De connaître toutes les ressources locales en matière d'allaitement (professionnels relais après la sortie de maternité), et de développer et de maintenir avec ces professionnels une communication et une collaboration efficaces

5.2.6. Le gynécologue obstétricien

Le gynécologue obstétricien, compétent dans le domaine médico-chirurgical, se sent néanmoins souvent peu investi dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. En effet, une étude réalisée en Seine-Maritime en 2000 a montré que 60% des obstétriciens pensent que leur rôle dans le domaine de l'allaitement maternel est faible ou nul. Cette étude montre également que moins de 25% des femmes interrogées ont eu l'occasion de parler de leur allaitement avec leur obstétricien. [11]

5.2.7. Le médecin généraliste [39] [57]

Le médecin généraliste est pleinement concerné par l'allaitement maternel. Une thèse soutenue en 2006 montre que sur 84 médecins généralistes de Moselle interrogés, 81% pensent qu'ils ont un rôle à jouer au cours de l'allaitement, et ce plutôt après la naissance. Ils ont d'ailleurs bien raison de se sentir concernés, sachant que de nombreuses femmes les consulteront pour un problème d'allaitement maternel.

Par contre, ce qui fait le plus souvent défaut au médecin généraliste est le manque de connaissances sur le sujet de l'allaitement maternel.

Après avoir parlé des différents professionnels concernés par l'accompagnement de l'allaitement maternel au retour à domicile, nous allons aborder une autre forme d'accompagnement.

5.3. Les groupes de soutien

L'accompagnement de l'allaitement maternel par les groupes de soutien est complémentaire de celui des professionnels. Il s'avère bénéfique pour les femmes allaitantes, tout comme le soulignent la HAS et la CoFAM. [4] [25]

Les femmes qui allaitent trouvent dans ces groupes l'expérience d'autres femmes ayant vécu une histoire qui ressemble à la leur : les groupes peuvent offrir des informations basées sur l'expérience de très nombreuses personnes, et donc proposer aux femmes des modèles différents parmi lesquels elles auront la latitude de choisir celui qui lui semblera le plus approprié. Les femmes y sont écoutées sans être jugées : elles vont ainsi aborder des domaines très variés, dont elles n'oseraient peut-être pas parler avec un professionnel de santé. Ajoutées à cela, la variété des femmes présentes et la diversité des âges des bébés va faire que chacune va être amenée à se poser des questions auxquelles elle n'avait jamais songé auparavant.

Quant à l'animatrice de ces groupes de soutien, son rôle est bien sûr de donner des informations théoriques et pratiques, mais aussi de lancer la discussion, et de veiller à ce que toutes les mères qui souhaitent parler puissent le faire.

Il est à noter que la plupart de ces associations ont mis en place une permanence téléphonique. [14] [26] [27] [40]

Nous avons pu voir que de nombreuses personnes peuvent intervenir dans l'accompagnement d'un allaitement maternel. Mais n'oublions pas qu'en dehors des personnes, d'autres sources d'informations sont disponibles pour les femmes, et peuvent également les aider à trouver des réponses à leurs questions.

5.4. Autres sources d'informations possibles

Ces sources ne seront que citées ici.

Internet :

- Solidarilait
- La Leche League (LLL) [4]
- Forum sur l'allaitement maternel

Livres

CD interactif : [41]

Médialactée Amiens distribue, en partenariat avec le Réseau Périnatal Lorrain, un guide d'information sur l'allaitement maternel pour les parents et les professionnels sous forme d'un CD interactif : « l'allaitement maternel : neuf mois et plus, une complicité prolongée... ».

Ce CD a pour objectif d'apporter des informations, un conseil et un soutien à l'allaitement maternel.

Nous avons démontré l'intérêt d'un bon accompagnement de l'allaitement maternel, et nous avons énoncé les différents acteurs de cet accompagnement. Il est temps à présent d'aborder concrètement la situation du département mosellan : car c'est en Moselle que l'enquête de ce mémoire a été réalisée.

6. ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT DE L'AM EN MOSELLE

6.1. Les organisations de soutien

6.1.1. Le RPL

Il existe en Lorraine un Réseau Périnatal Lorrain (RPL). [42]

Il a été agréé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Lorraine en juin 2001.

Il regroupe :

- Les professionnels de santé impliqués dans la périnatalité
- Des représentants d'usagers
- Les services de Protection Maternelle et Infantile
- Les maternités privées et publiques de la région Lorraine

Ses membres s'engagent à assurer une prise en charge et un accompagnement global de la grossesse et de la naissance – et donc de l'allaitement maternel - selon une organisation coordonnée et graduée de soins.

6.1.2. Allaiter en Moselle Est [20]

Cette organisation mosellane existe officiellement depuis 2006, mais elle agit en réseau informel depuis 2002. Elle est composée de sages-femmes, de gynécologues obstétriciens, de pédiatres, de médecins généralistes, de pharmaciens, de personnels de PMI, de personnels de néonatalogie et de maternités.

L'objectif de cette association est d'augmenter les taux et les durées de l'allaitement maternel. Dans ce but elle diffuse des informations pratiques sur l'allaitement maternel aux patientes, et elle forme les professionnels à l'accompagnement de l'allaitement maternel. L'organisation intervient également lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel.

Allaiter en Moselle Est organise également trois soirs par an une réunion permettant une discussion autour de cas cliniques sur l'allaitement maternel. Tous les

professionnels de santé le désirant y sont conviés, y compris les étudiants. On y trouve principalement des sages-femmes, des puéricultrices, du personnel de PMI, et quelques médecins généralistes.

L'organisation travaille également à l'élaboration d'outils pratiques :

- Un passeport pour l'allaitement : il est destiné aux professionnels de santé qui côtoient l'allaitement. Il se compose de 50 fiches pratiques sur l'allaitement maternel.
- Un livret du médicament de la femme qui allaite : ce livret est destiné à classer les médicaments, via un code couleur, en fonction de leur risque en cas d'allaitement maternel. Il est destiné à être distribué dans les écoles de sage-femme et de puériculture, dans les services de maternité, de pédiatrie, et de néonatalogie, dans les bureaux de PMI, ainsi qu'aux libéraux qui le souhaiteront.

Après avoir parlé des organisations mosellanes agissant dans l'accompagnement de l'allaitement maternel, voyons la répartition sur le territoire des professionnels de santé les plus concernés.

6.2. Les professionnels du département

Quarante-deux sages-femmes libérales, douze unités territoriales de PMI comprenant quatorze sages-femmes, et trois consultantes en lactation sont en activité dans le département.

6.3. Les groupes de soutien à l'AM

6.3.1. Allaitement information [43] [44]

C'est une organisation purement départementale de soutien à l'allaitement maternel, membre de la CoFAM

Elle propose :

- Des rencontres et des séances de portages
- Une documentation complète via son site Internet
- Une permanence téléphonique (7j/7, de 8h à 22h)
- Un courriel, pour les demandes moins urgentes

6.3.2. La Leche League [45]

LLL (La Leche League), créée en 1956, est arrivée en France il y a 25 ans. LLL a été admise aux relations officielles avec l’OMS en Janvier 1993. Elle fait partie du Comité des Organisations Non Gouvernementales auprès de l’UNICEF.

LLL propose des séances de soutien accessibles à toute femme qui le demande. Entre les séances les animatrices restent joignables par téléphone.

LLL publie semestriellement une revue : « Les cahiers de l’allaitement », et trimestriellement « Les Dossiers de l’Allaitement ».

Nous avons vu les organisations, les professionnels, et les associations présents sur le terrain mosellan.

A présent, il me semble intéressant d’aller voir ce qui se fait en matière d’accompagnement de l’allaitement maternel dans d’autres pays comme les pays nordiques, où les taux d’allaitement maternel à la naissance sont excellents.

7. L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LES PAYS NORDIQUES

7.1. Les chiffres de l'allaitement maternel

En terme de pourcentages, en 1999, les taux d'allaitement en Norvège étaient de 98% à la naissance et de 90% à trois mois. [46] [47]

D'un autre côté, on constate qu'en mars 1999, plus de 90% des maternités de Suède sont « Amis des Bébé » (la France n'a obtenu qu'en décembre 2000 son premier Hôpital Ami des Bébé !). [23]

Comparativement, lorsqu'on fait une étude longitudinale sur les taux d'allaitement en fonction de l'âge des nourrissons dans cinq pays industrialisés (France, U.S.A., Grande Bretagne, Québec, et Norvège), on se rend compte que la Norvège présente les meilleurs taux d'allaitement, alors que la France se retrouve dernière. (Voir tableau en annexe VIII : Taux d'allaitement dans cinq pays industrialisés en fonction de l'âge des nourrissons)

Tous ces chiffres nous montrent bien à quel point les pays nordiques, tels la Norvège et la Suède, sont des exemples à suivre en matière d'allaitement maternel. Ce type d'alimentation fait référence dans ces pays où les femmes, non seulement ne se posent plus la question d'un allaitement maternel ou artificiel tellement le fait de donner le sein leur paraît naturel, mais se demandent comment une femme peut donner un biberon à son enfant alors qu'elle produit elle-même le meilleur lait qui soit pour son enfant.

Devant ces chiffres évocateurs, voyons ce qui est mis en place dans ces pays pour accompagner l'allaitement maternel.

7.2. L'accompagnement de l'allaitement maternel

Dans les pays scandinaves, l'évolution positive du taux d'allaitement est la récompense d'un mouvement important de citoyens regroupés à l'intérieur d'associations très actives qui a participé à l'élaboration de mesures gouvernementales. Ces pays ont également su présenter l'allaitement non pas comme un devoir des femmes, mais comme un droit que les mères ont. Ainsi les pays nordiques ont rendu son caractère naturel à l'allaitement. [46] [48]

Voyons à présent quelles sont les mesures gouvernementales qui ont été élaborées.

7.3. La politique de l'allaitement maternel

C'est un fait, en Norvège, le gouvernement est manifestement en faveur de l'allaitement maternel (il faut dire que 10 des 19 postes ministériels sont tenus par des femmes).

C'est ainsi que, par exemple, les congés de maternités sont bien indemnisés : 10 mois à 100% du salaire, 12 mois à 85% du salaire. En plus, il est accordé deux heures de réduction horaire par jour pour les femmes qui travaillent. [39] [46]

A côté de cela, le gouvernement a déjà lancé des campagnes en faveur de l'allaitement, ce qui a contribué à rendre à l'allaitement maternel son caractère inné. [47]

Mais aussi l'intérêt que porte le gouvernement à l'allaitement maternel a pu se faire sentir à plusieurs reprises. En effet, lorsqu'en 1981, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, non seulement les pays nordiques ont tout de suite négocié une entente avec les compagnies qui produisent et distribuent des substituts du lait maternel en vue du respect du Code, mais ces ententes ont été renouvelées et renforcées à la fin des années '90. De plus les autorités de santé ont négocié une entente avec les professionnels de la santé concernant leur propre responsabilité face au respect du Code. [49]

De la même façon, lorsqu'en 1991, l'OMS et l'UNICEF ont lancé l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), les autorités nationales de santé en Norvège ont immédiatement financé une campagne nationale pour l'IHAB, incluant des formations

pour les professionnels de santé. Il en est découlé une généralisation des maternités certifiées IHAB (aujourd'hui 35 hôpitaux sont certifiés en Norvège).

En ce qui concerne la Suède, un comité national de pédiatres, de sages-femmes, d'infirmières, et de représentantes des associations féminines et de femmes allaitantes a été formé pour mettre en œuvre l'IHAB. Ce comité est appuyé par un comité avisé constitué d'experts en allaitement, en santé maternelle et infantile. De ce fait, 90% des maternités de Suède sont aujourd'hui certifiées IHAB, soit 68 hôpitaux).

Plus encore, dans ces deux pays, l'IHAB a évolué de façon à étendre le concept « Amis des Bébé » au niveau communautaire et à tous les services post-natals : l'état assure ainsi de plus en plus une culture de l'allaitement maternel en s'assurant que tous les environnements des jeunes familles le facilitent. [49]

Voilà comment, en associant une forte énergie en faveur de la promotion et de l'accompagnement maternel, les citoyens et les gouvernements Norvégiens et Suédois ont abouti à un allaitement maternel quasiment exclusif à la naissance et pendant plusieurs semaines.

Ainsi nous avons pu voir que l'allaitement maternel est à privilégier et à soutenir pour le bien des nourrissons, des mères et des familles. Nous avons vu qu'il existait des moyens d'apprendre à accompagner un allaitement maternel, et que de nombreuses personnes étaient impliquées dans ce rôle. Enfin nous avons vu ce qui était mis en place en Moselle ainsi que dans les pays nordiques qui sont des modèles remarquables en matière d'allaitement maternel.

A présent que le cadre de ce mémoire est posé, nous allons pouvoir aborder la méthode et les résultats de l'enquête.

Partie 2

Méthode et résultats

1. METHODOLOGIE

Rappelons que le thème de ce mémoire est l'accompagnement de l'allaitement maternel au retour à domicile en Moselle : quelles options, quels besoins ?

1.1. Enoncé de la problématique

La problématique est la suivante : Pourquoi les femmes qui allaitent se retrouvent-elles souvent seules face à leurs difficultés lors de leur retour à domicile ? Comment expliquer qu'elles ne sachent pas qui consulter ?

1.2. Enoncé des hypothèses

Mes hypothèses sont les suivantes :

- Les informations données lors de la visite de sortie en maternité sont insuffisantes concernant les professionnels et les organisations qui sont compétents pour accompagner l'allaitement maternel
- Les femmes se retrouvent trop souvent désemparées face aux problèmes qu'elles peuvent rencontrer dans leur allaitement maternel

1.3. Détermination des objectifs

Mes objectifs sont les suivants :

- Dans un premier temps permettre un accompagnement de l'allaitement maternel adapté aux besoins des femmes
- Dans un second temps réduire le nombre d'arrêts prématurés de l'allaitement maternel

1.4. Stratégie de recherche

1.4.1. Le type d'étude

L'étude, prospective, s'est déroulée en deux temps :

- Un entretien semi directif a été réalisé auprès des femmes allaitantes lors de leur séjour en suites de couches
- Un entretien téléphonique a été réalisé auprès de ces mêmes femmes six semaines après le premier entretien

1.4.2. La population concernée

L'étude a porté sur des femmes allaitant en suite de couches.

J'ai choisi de ne pas exclure les multipares ayant un antécédent d'allaitement maternel car celles-ci peuvent également avoir besoin d'être accompagnées, d'autant plus si leur première expérience a été vécue comme un échec.

J'ai choisi de ne pas intégrer de critères tels que l'âge, la situation familiale, ou la catégorie professionnelle, car l'allaitement maternel est un sujet universel qui nous concerne tous.

1.4.3. Les lieux d'enquête

Ce mémoire concerne le département de la Moselle, dans lequel j'ai sélectionné trois maternités. J'ai multiplié les terrains d'enquête de façon à ce que les résultats ne soient pas biaisés par des pratiques spécifiques de maternité, et de façon à refléter au mieux la situation du département. Les maternités choisies sont donc les suivantes :

- Le site de Bon Secours à Metz
- Le site de Sainte Croix à Metz
- La maternité Hospitalor à Saint-Avold, choisie pour les actions qu'elle mène sur le thème ici traité

NB : Les sites de Bon Secours et de Sainte Croix se sont réunis en l'Hôpital Maternité de Metz en septembre 2008. Je les ai toutefois séparés car ils étaient distincts lors de la réalisation de l'enquête.

1.4.4. Description de la méthode

Mon enquête est de type qualitative et prospective.

J'ai réalisé 50 entretiens semi directifs : 12 sur le site de Bon Secours, 21 sur le site de Sainte Croix, et 17 sur la maternité d'Hospitalor.

Après avoir rempli la grille d'entretien avec les patientes, j'ai remis à chacune d'entre elles une feuille intitulée « Je m'interroge au sujet de mon allaitement maternel : qui puis-je appeler ? » (voir annexe IX). J'ai complété cette feuille pour chaque patiente en fonction de sa situation géographique. J'ai ainsi pu, grâce aux cartographies des sages-femmes libérales et des centre de PMI de Moselle, laisser aux patientes les coordonnées du cabinet de sage-femme libérale le plus proche, ainsi que les coordonnées du centre de PMI couvrant son domicile.

J'ai également remis à chaque patiente le livret du Réseau Périnatal Lorrain intitulé « L'allaitement maternel : pour vous futurs parents ». [56]

A l'issue de chaque entretien, j'ai fait compléter à la patiente un coupon me permettant d'avoir son numéro de téléphone, ainsi que son autorisation à ce que je la rappelle six semaines plus tard. J'ai choisi ce délai de six semaines car statistiquement, la plupart des échecs d'allaitement maternel arrivent lors du premier mois. Je peux ainsi couvrir la majorité des échecs qui auront lieu.

Donc, six semaines après les entretiens semi directifs, j'ai réalisé 41 entretiens téléphoniques. Neuf des patientes n'ont pas pu être jointes pour l'une des raisons suivantes :

- Le numéro composé n'existait pas
- Le téléphone était toujours sur répondeur
- La femme est restée injoignable dans les délais requis

Les résultats des entretiens semi directifs ne comprendront donc pas les neuf femmes que je n'ai pas pu joindre par téléphone.

1.4.5. Période de l'étude

Les entretiens semi directifs ont été réalisés du 09 Juin 2008 au 02 Juillet 2008.

Les entretiens téléphoniques ont été réalisés du 21 Juillet 2008 au 12 Août 2008.

1.4.6. Description des outils

Voici les sujets abordés lors des entretiens.

L'entretien semi directif : (voir annexe X)

- Antécédents d'allaitement maternel
- Sources d'informations concernant l'allaitement maternel pendant la grossesse
- Démarrage de l'allaitement en maternité
- Etat actuel de l'allaitement maternel de la patiente

L'entretien téléphonique : (voir annexe XI)

- Evolution de l'allaitement maternel de la patiente
- Ressources utilisées par la patiente au sujet de son allaitement maternel

1.4.7. Le type d'analyse

Il s'agit ici d'une analyse de contenu.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

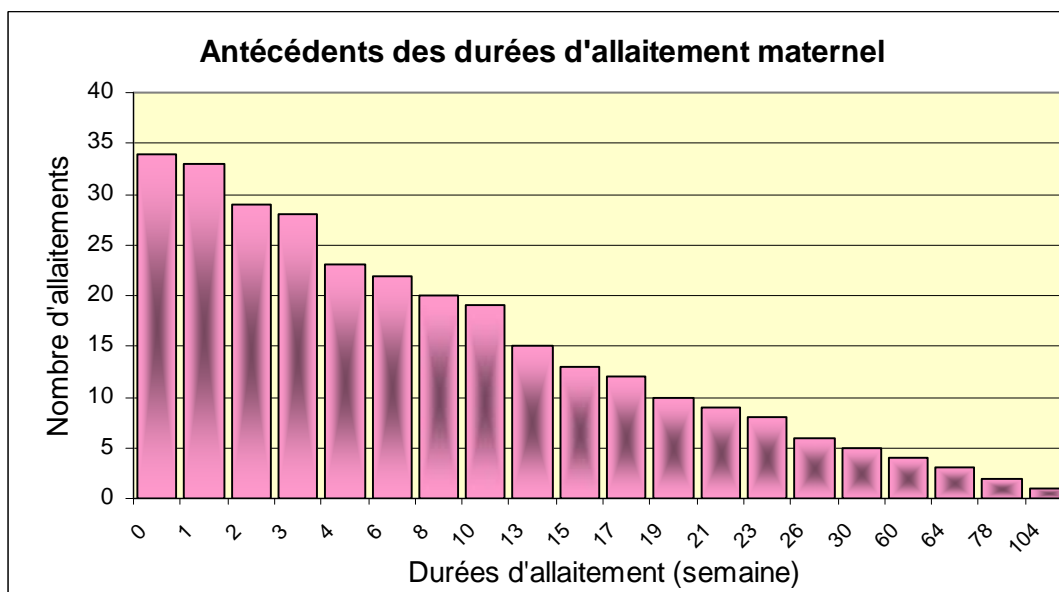
2.1. Résultats de l'entretien semi directif en maternité

2.1.1. Les antécédents d'allaitement maternel

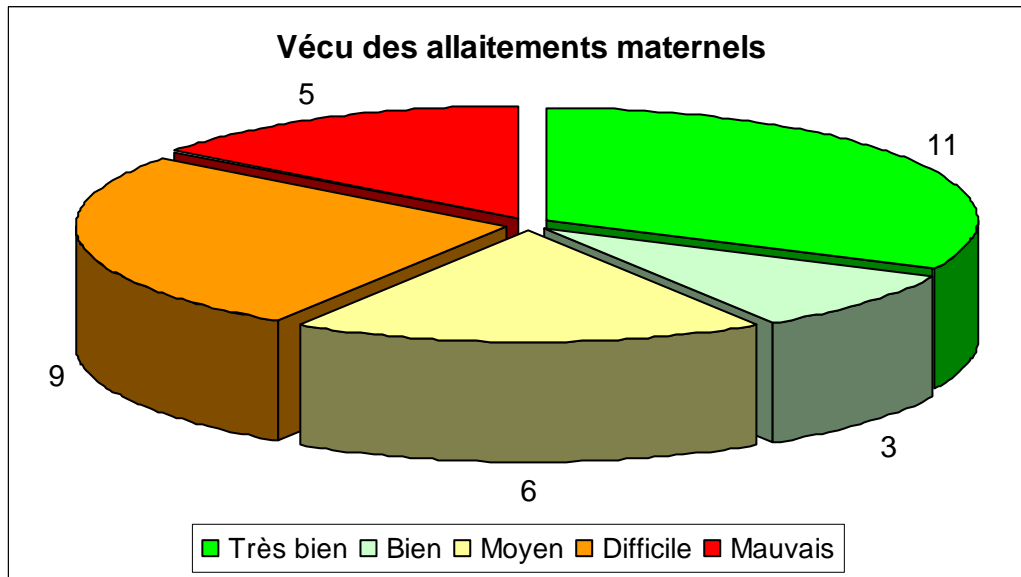
Ma population comprend 18 primipares et 23 multipares, toutes ayant un ou plusieurs antécédents d'allaitement maternel.

Ces résultats ne concernent que les multipares : certaines ayant allaité plusieurs de leurs enfants, les résultats concernent un nombre d'allaitement maternel, et non un nombre de personnes.

- Antécédents des durées d'allaitements maternels

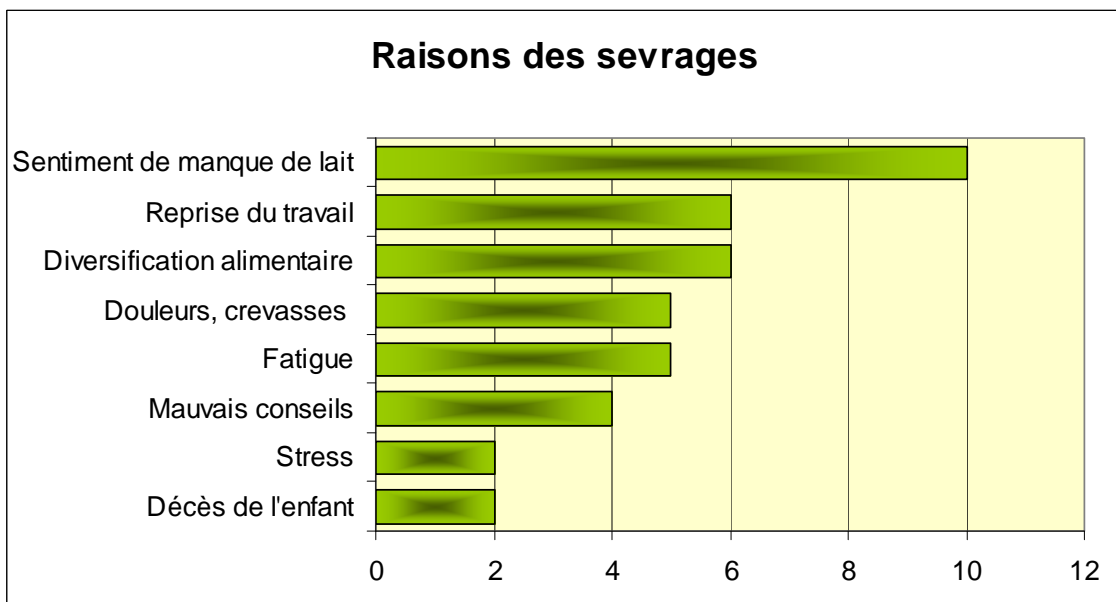


- Le vécu de ces allaitements maternels



Nous voyons donc que 14 (3 + 11) des allaitements ont été bien voire très bien vécus par les femmes, contre 20 (6 + 9 + 5) qui ont été vécus comme moyens, difficiles, ou mauvais.

- Raisons des sevrages



Le sentiment de manque de lait est fréquemment une cause de sevrage. Ensuite viennent les moments de la reprise du travail et de la diversification alimentaire.

2.1.2. Sources d'informations concernant l'allaitement maternel pendant la grossesse

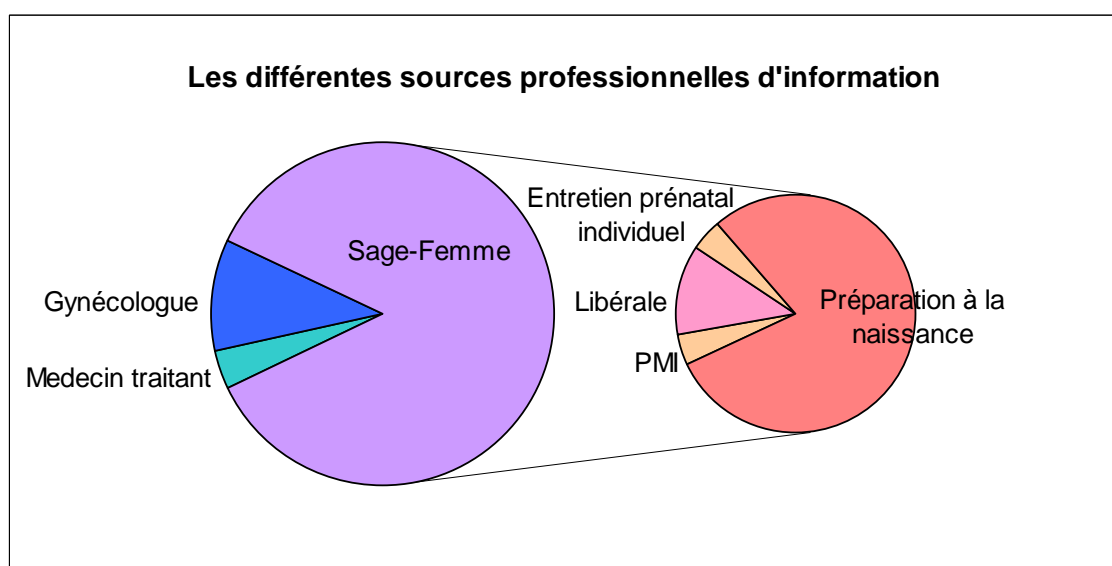
Les résultats suivants concernent toute ma population, à savoir 41 femmes.

- Informations reçues de la part des professionnels de santé

Oui	Non
20	21

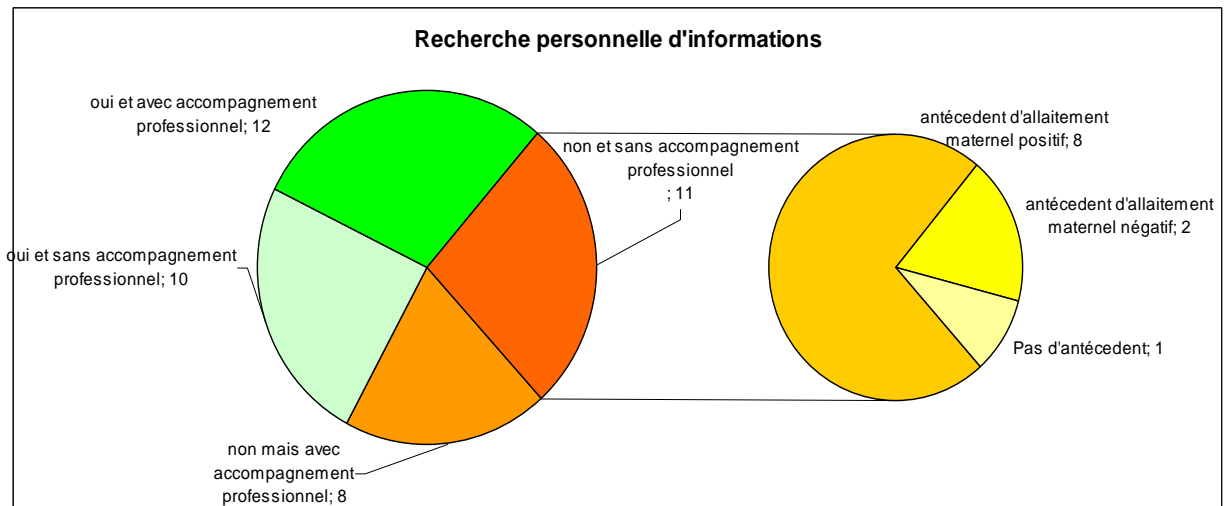
Nous remarquons que seule la moitié des femmes a reçu des informations concernant l'allaitement maternel durant leur grossesse.

- Répartition des réponses « Oui »



Nous constatons ici que les sages-femmes prennent une place prépondérante dans l'information des femmes enceintes concernant l'allaitement maternel.

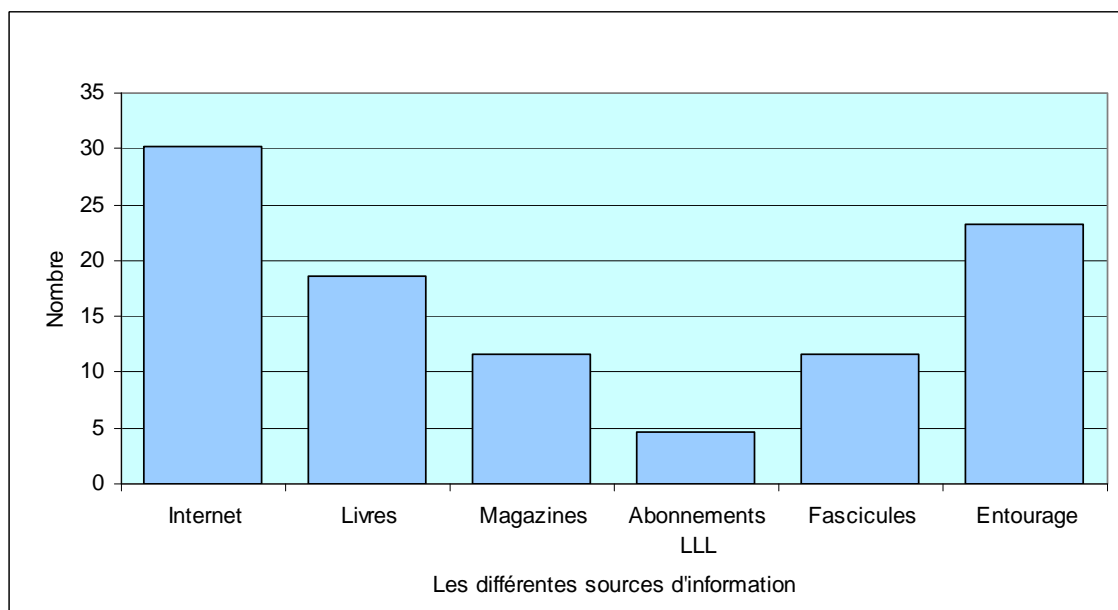
- Recherche personnelle d'informations



Nous apercevons ici que 22 femmes sur 41 ont effectué des recherches personnelles sur le sujet de l'allaitement maternel pendant leurs grossesses.

La moitié d'entre elles n'avaient pas reçu d'informations de la part des professionnels, dont 2 ayant un antécédent d'allaitement maternel négatif, et 1 n'ayant jamais allaité.

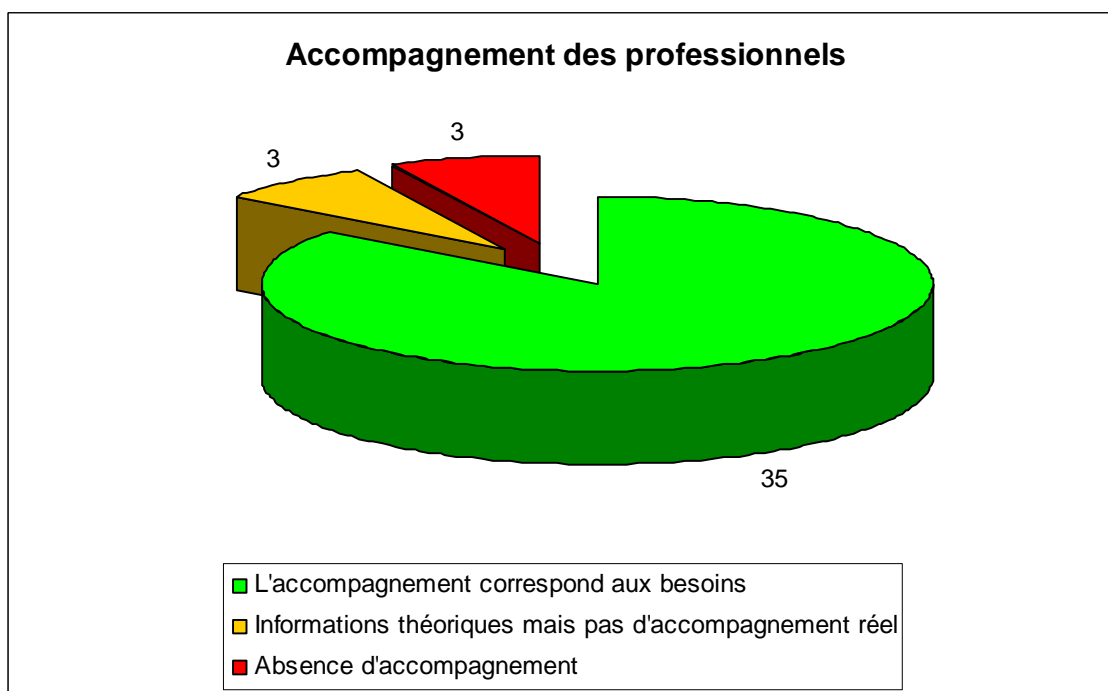
- Sources utilisées



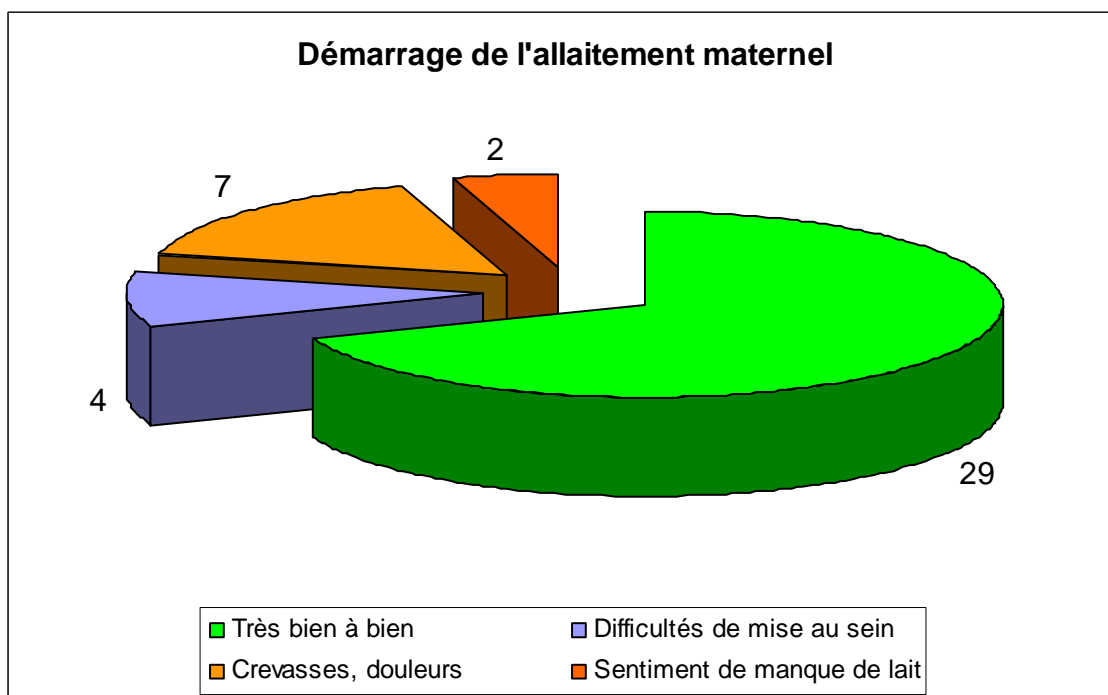
Nous voyons ici que les sources les plus utilisées sont Internet et l'entourage.

2.1.3. Démarrage de l'allaitement maternel en maternité

- Accompagnement des professionnels



- Démarrage de l'allaitement maternel



Nous saisissons ici que dans 29 cas l'allaitement maternel démarre bien voire très bien, et que dans 13 cas des difficultés sont apparues.

- La femme garde son enfant avec elle, la nuit

Oui	Non
39	2

Nous remarquons que dans la majorité des cas (39/41), cette recommandation de l’OMS/UNICEF est appliquée dans les maternités.

- L’enfant a eu des biberons de lait artificiel en complément

Oui	Non
19	22

Nous notons ici que la recommandation de l’OMS/UNICEF de ne pas donner de complément avec une tétine à un enfant nourri au sein n’a été appliqué que pour 19 des femmes ici interrogées, soit moins de la moitié des femmes.

NB : Précisons que dans les cas où le complément est médicalement nécessaire, celui-ci doit être donné à la tasse ou à la seringue.

- La femme a connaissance des dix conditions pour le succès de l’allaitement maternel énoncées par l’OMS / UNICEF

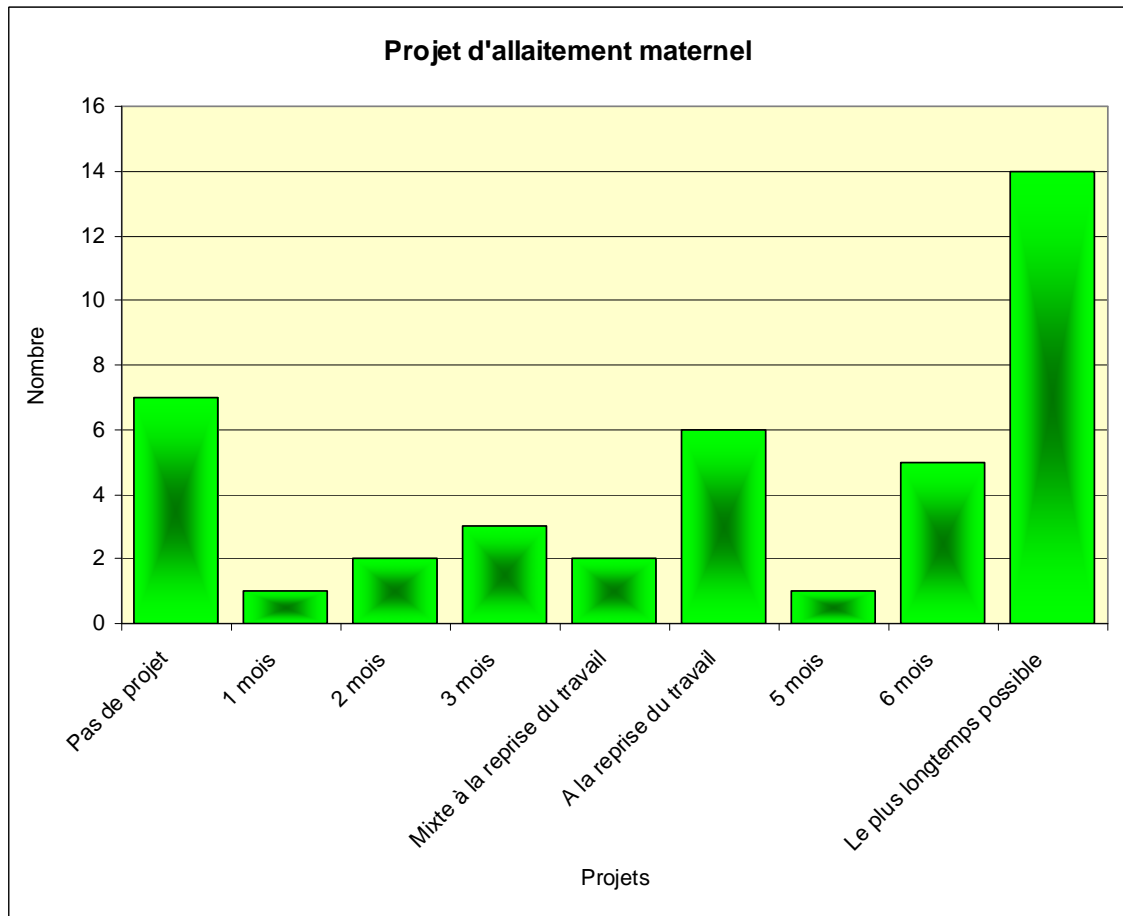
Oui	Non
2	39

2.1.4. Etat actuel de l’allaitement maternel de la patiente

- Type d’allaitement

Allaitement exclusif	Allaitement mixte
32	9

- Projet d'allaitement



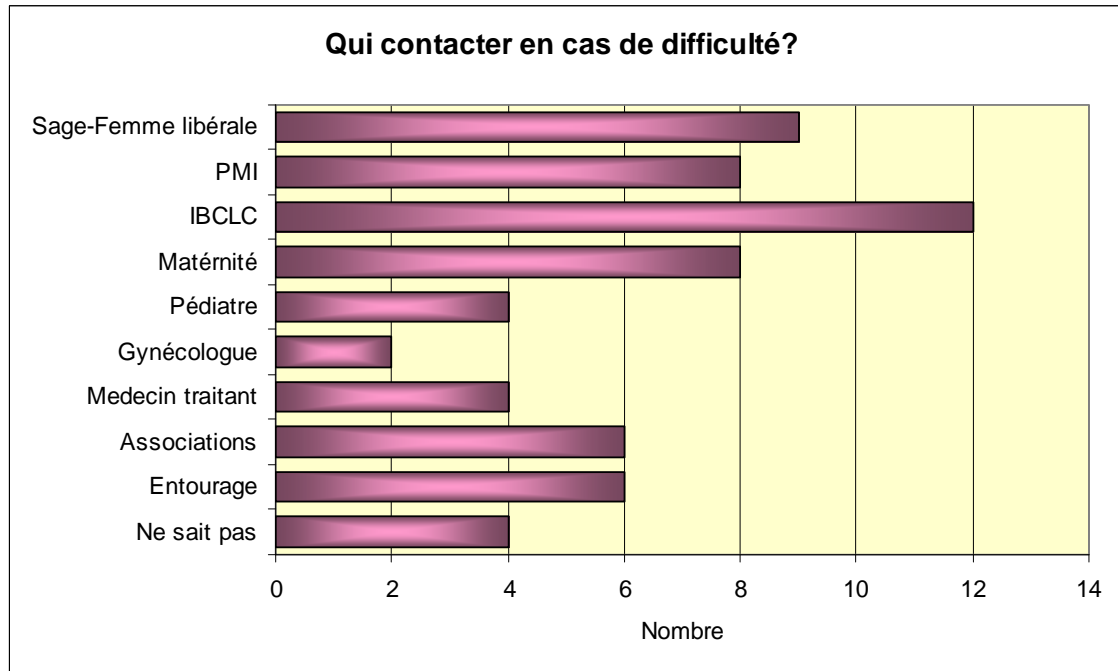
Nous pouvons constater ici que 7 femmes n'avaient pas de projet d'allaitement maternel.

Nous pouvons constater également que pour 6 femmes, la reprise du travail est un frein à la poursuite de l'allaitement maternel.

- La femme a confiance en ses capacités à allaiter

Oui	Non
33	8

- Quel professionnel contacter en cas de problème ?



Nous apercevons ici que 4 femmes n'ont aucune idée des personnes qu'elles peuvent appeler en cas de difficulté.

NB : Les femmes ayant cité les IBCLC sont toutes des femmes ayant accouché à Hospitalor, seule maternité employant des IBCLC.

2.2. Résultats de l'entretien téléphonique

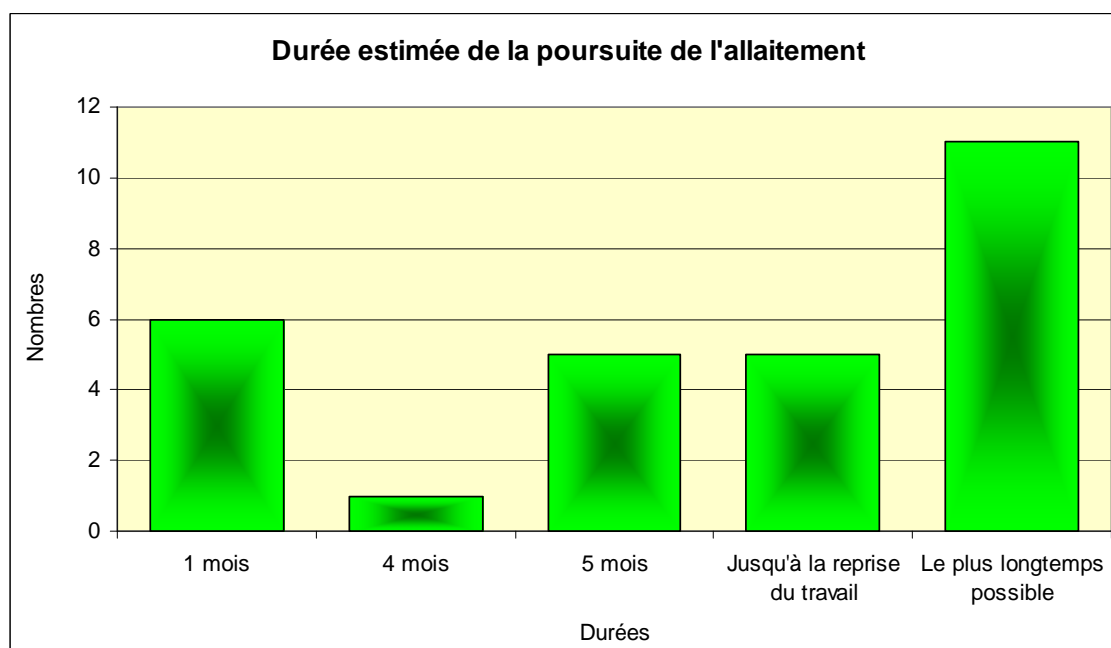
2.2.1. Evolution de l'allaitement maternel de la patiente

Six semaines après leur retour à domicile, 68.3% des femmes (28/41) allaitaient toujours.

- Type d'allaitement

Allaitement exclusif	Allaitement mixte
18	10

- Encore combien de temps



- Les sevrages

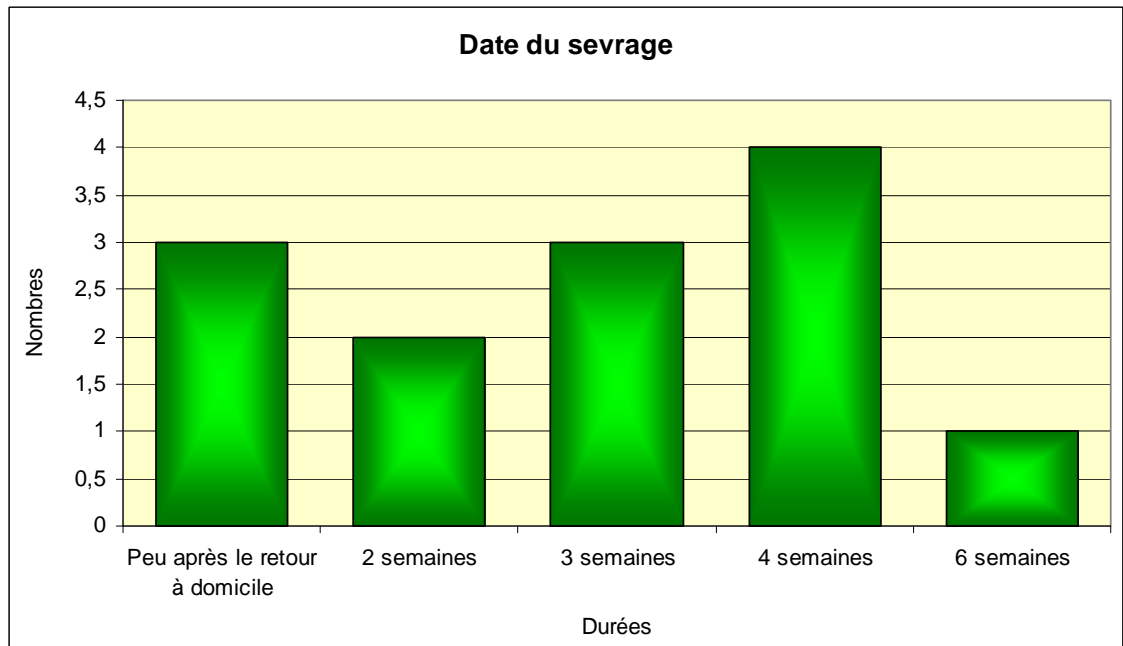
Le sevrage concerne 13/41 des femmes interrogées.

- Corrélations

En mettant en corrélation les sevrages avec les projets d'allaitement, je me rends compte que sur les 7 femmes n'ayant pas de projet d'allaitement, 4, donc plus de la moitié, ont sevré leur enfant.

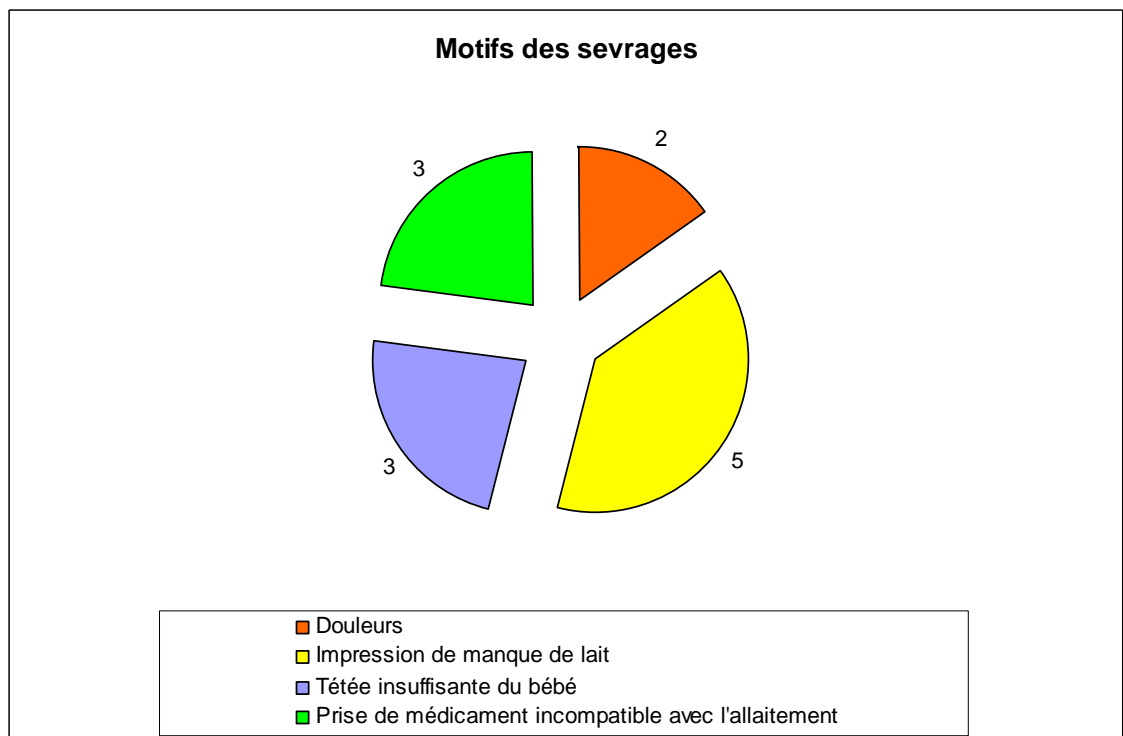
Mis en corrélation avec la confiance en soi, je constate que sur les 8 femmes qui n'avaient pas confiance en elles, 3 ont sevré leur enfant.

○ Quand ?



Nous voyons ici que 3/13 sevrages ont eu lieu peu après le retour à domicile. Nous voyons également que la plupart des sevrages (12/13) ont eu lieu le premier mois du retour à domicile.

○ Motif du sevrage



A nouveau le sevrage pour impression de manque de lait prédomine.

2.2.2. Ressources utilisées par les mamans au sujet de leurs allaitements maternels

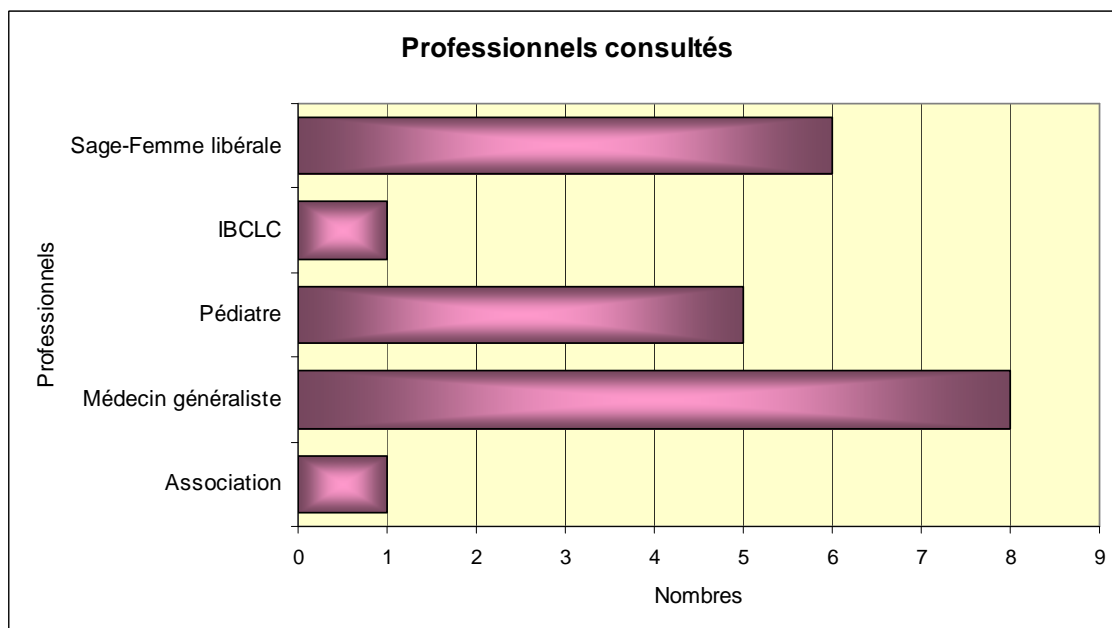
		La maman allaite toujours	La maman n'allait plus	Total
La maman a eu un accompagnement	Actif par un professionnel	7	9	
	Passif par un IBCLC	9	4	
	Passif par la puéricultrice de PMI	10	7	
	Total	16	11	27
La maman n'a pas eu d'accompagnement		12	2	14
Total		28	13	41

Explications : Les femmes ayant eu un accompagnement ont parfois consulté plusieurs personnes : le tableau bleu indique le nombre total de personnes consultées, alors que le tableau jaune indique le nombre de femmes ayant consulté.

Nous remarquons ici que :

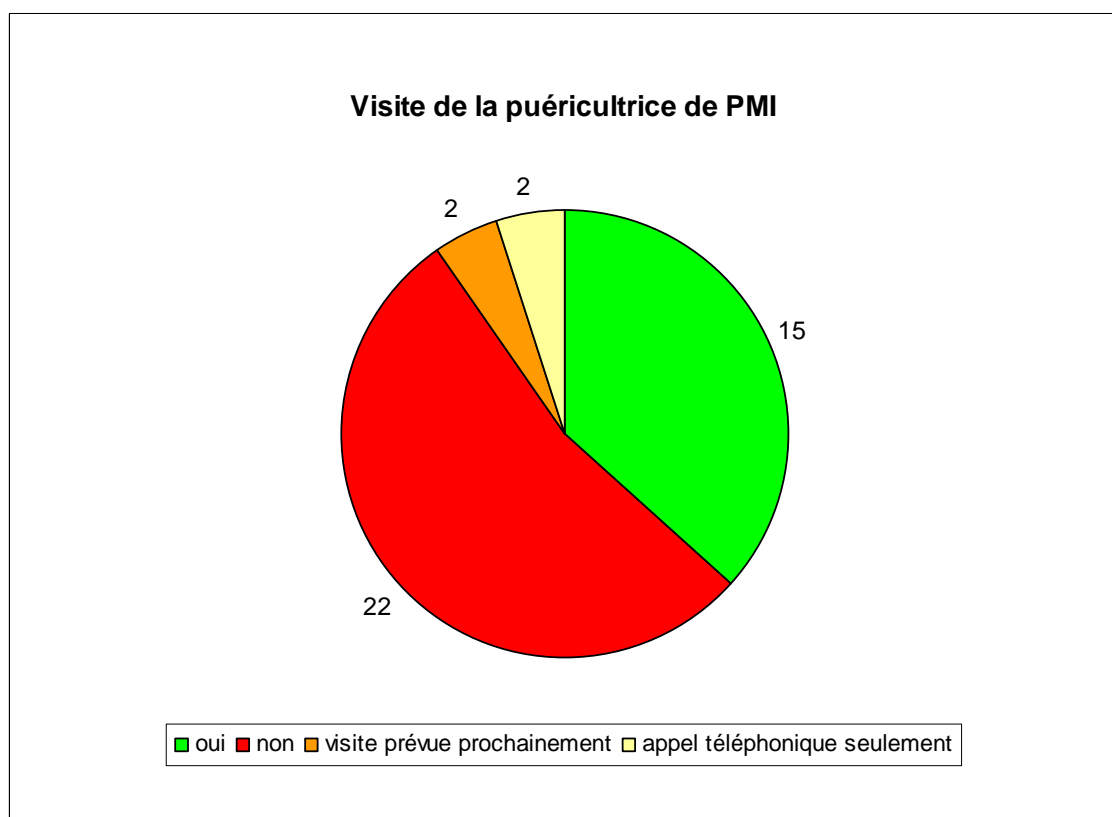
- Sur 28 femmes qui allaitent toujours, 16 ont eu un accompagnement
- Sur 13 femmes qui n'allaitent plus, 11 ont eu un accompagnement, dont 9 par leur propre initiative
- Sur 41 femmes, 14 n'ont pas eu d'accompagnement

- Professionnels consultés par les mamans



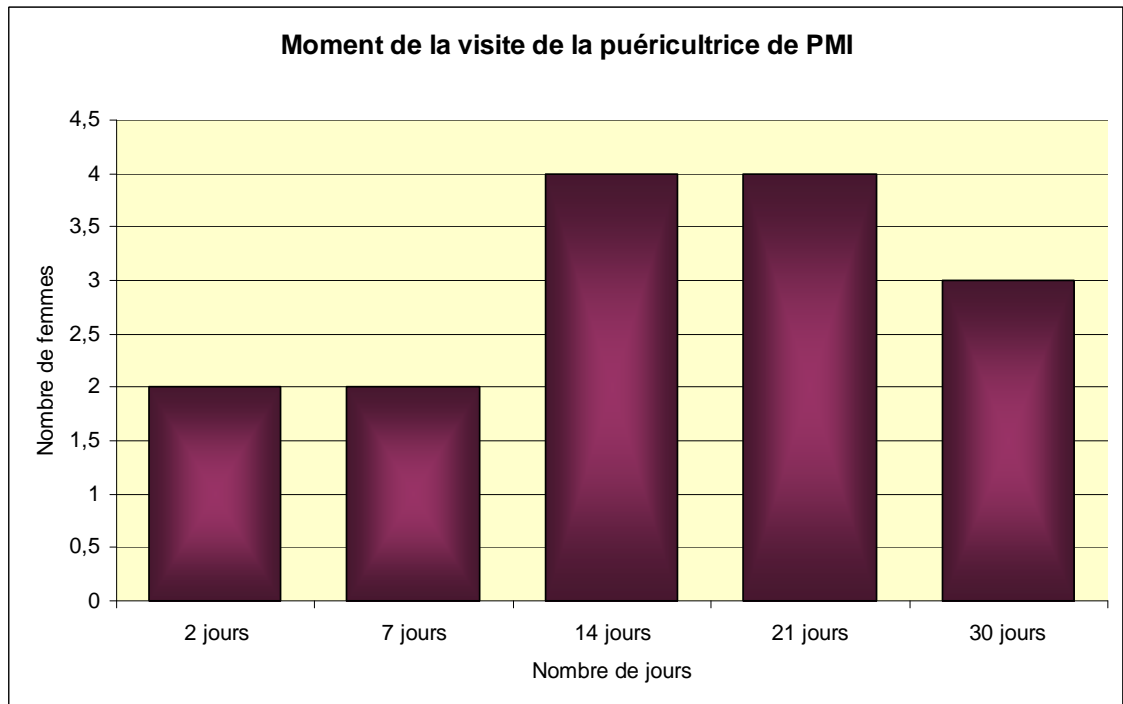
Je précise ici que les 6 femmes qui ont consulté une sage-femme libérale avaient toutes été suivies par cette dernière pendant leur grossesse.

- Visite de la PMI



Nous constatons ici que seules 15/41 femmes ont été vues par la puéricultrice de PMI 6 semaines après leur retour à domicile.

- Moment de la visite



Nous voyons ici que seules 4 des 15 femmes ayant eu la visite de la puéricultrice de PMI l'ont vue lors de leur première semaine de retour à domicile.

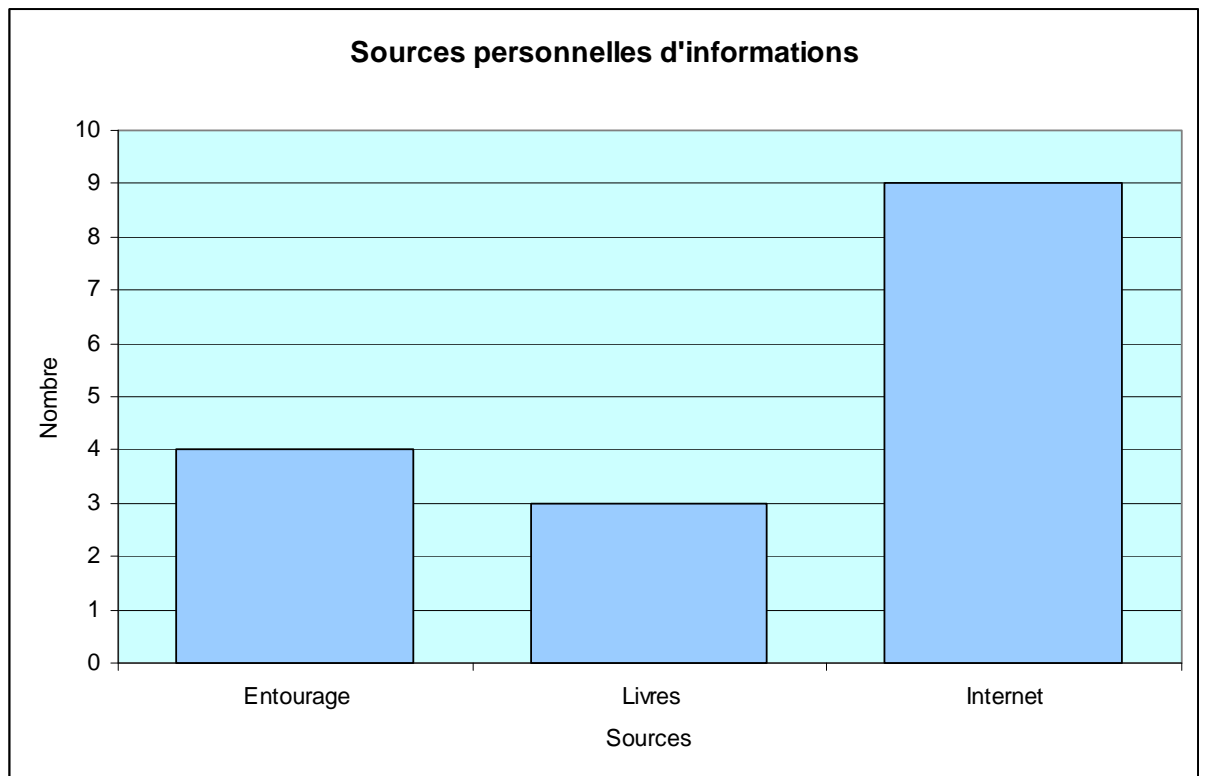
- La maman a assisté à un groupe de parole

Oui	Non
0	41

- Recherches personnelles d'informations sur l'allaitement maternel

Oui	Non
15	26

- Sources d'information



Nous notons ici que les femmes choisissent souvent Internet comme source d'informations sur l'allaitement maternel.

A présent que la méthodologie et les résultats de l'enquête ont été exposés, la troisième partie va aborder les pratiques propres aux trois maternités dans lesquelles j'ai réalisé mon enquête. Ensuite j'analyserai et je discuterai ces résultats, pour enfin apporter des propositions répondant à la problématique de ce mémoire.

Partie 3

Analyse, discussion, et propositions

1. LES TROIS MATERNITES DE L'ENQUETE [20] [21] [43] [50] [51] [52] [53] [54]

Je réprécise qu'il s'agit de la maternité de Saint Avold, Hospitalor, ainsi que des deux sites du SIH de Metz : Bon Secours et Sainte Croix.

1.1. Les points communs des trois maternités

1.1.1. En amont de l'accouchement

- Les séances de préparation à la naissance : chaque maternité organise des séances de préparation à la naissance, dont une réservée exclusivement à l'accompagnement prénatal de l'allaitement maternel.
- Le suivi des gynécologues : la grande majorité des gynécologues des trois maternités interroge simplement les femmes en consultation prénatale sur leur désir ou non d'allaiter après l'accouchement.

1.1.2. En secteur de suites de couches

L'accompagnement des femmes allaitantes par les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture des maternités se fait au cas par cas. Le personnel est globalement présent pour répondre aux questions des femmes et pour les guider dans leurs allaitements.

1.2. Les spécificités de chaque site

1.2.1. Les taux d'allaitement maternel à la naissance

- Hospitalor : c'est une maternité très active dans l'accompagnement de l'allaitement maternel, en cours de labellisation IHAB. Ses efforts ont fait passer les taux d'allaitements maternels à la naissance de 45.9% en 2000 à 66.9% en 2008.

- Sainte Croix : l'allaitement maternel fait partie d'un projet de service du site : l'objectif étant de diminuer les échecs. En 2007, le taux d'AM à la naissance était de 62.35%.
- Bon Secours : le site n'a pas réalisé d'enquête concernant l'allaitement ces dernières années.

1.2.2. Les qualifications du personnel

- Hospitalor : le personnel comprend une pédiatre diplômée DIULHAM, ainsi que deux IBCLC.
- Sainte Croix : la totalité des sages-femmes et des auxiliaires de puériculture a eu une formation continue sur le sujet de l'allaitement maternel.
- Bon Secours : le personnel comprend une sage-femme diplômée DUILHAM.

1.2.3. En amont de l'accouchement

- Hospitalor emploie une sage-femme pour assurer les séances d'EPI (Entretien Prénatal Individuel), qui sont les premières occasions d'aborder l'AM lors des grossesses.

Les séances de préparations à la naissance permettent d'informer les patientes de l'existence d'une pédiatre spécialisée dans l'allaitement maternel et de deux IBCLC sur la maternité.

- Sainte Croix : deux sages-femmes assurent des suivis de grossesses. Elles répondent aux femmes sur les questions d'allaitement, et leurs distribuent les prospectus du RPL.
- Bon Secours : pas de particularités.

1.2.4. En salles de naissances

Lors des deux heures de surveillance du post-partum immédiat, le peau à peau et la mise au sein sont réalisés quand cela est possible sur les sites de Sainte Croix et de Bon Secours, et systématiquement à Hospitalor.

1.2.5. En secteur de suites de couches

- Hospitalor : les sages-femmes et les auxiliaires de puéricultures font appel aux IBCLC lorsqu'elles se sentent dépassées par une situation. Ces dernières se présentent tous les matins auprès des nouvelles accouchées, et leur proposent un rendez-vous huit jours après leur retour à domicile.
A leurs sorties, les femmes reçoivent par écrit les heures de consultations de la pédiatre DIULHAM, ainsi que les coordonnées du centre de PMI duquel elles dépendent.
- Sainte Croix : à leurs sorties, les femmes reçoivent le guide d'AM du RPL. Les sages-femmes conseillent aux femmes de consulter leurs gynécologues ou leurs sages-femmes à l'apparition de symptômes tels une rougeur/douleur au sein, ou lors d'un syndrome grippal. Lorsque la mise en route de l'allaitement maternel est difficile, les femmes se voient remettre les coordonnées d'une sage-femme libérale proche de chez elles.
- Bon Secours : comme à Sainte Croix, les sages-femmes conseillent aux femmes lors de leurs sorties de consulter à l'apparition de symptômes. Cependant certaines sages-femmes les incitent à consulter une sage-femme libérale après le retour à domicile, de façon à ce qu'elles soient accompagnées dans leur allaitement.

1.2.6. En aval du séjour

- Hospitalor : Les consultantes en lactation accueillent chaque jour les femmes qui le désirent en consultation entre 8h et 15h30, et elles assurent des consultations téléphoniques au quotidien (elles reçoivent environ 10 appels par semaine). En 2007, ces deux consultantes en lactation ont assuré 180 consultations directes, 180 consultations en maternité, et elles ont répondu à 250 appels téléphoniques. La pédiatre diplômée DIULHAM a mis en place au sein de la maternité des consultations post-natales d'allaitement. Elles se déroulent sur une demi matinée par semaine. Les patientes peuvent également la consulter par téléphone à tout moment de la journée. Rien que sur l'année 2007, elle a assuré 117 consultations et a répondu à 250 appels téléphoniques au sujet de l'allaitement maternel.
- Sainte Croix : En lien avec le projet de service, une séance dédiée à l'allaitement maternel se déroule une fois tous les deux mois au sein du site de Sainte Croix.

Ces séances d'une heure et demie s'adressent aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes. Le but de ces séances est de répondre par la physiologie aux questions des femmes sur l'allaitement. Le film « La goutte de lait » de l'institut Co-Naître y est diffusé.

Les femmes sont informées de ces séances par des affiches disposées dans l'établissement.

- Bon Secours : Bon Secours accueille dans ses locaux l'association Allaitement Information, qui organise une séance dédiée à l'allaitement maternel tous les premiers samedis du mois, ouverte aux femmes allaitantes/couples qui le désirent.

Nous avons pu voir à travers ces trois sites que l'accompagnement de l'allaitement maternel pouvait être appréhendé et investi de différentes façons, que ce soit dans les spécificités du personnel, ou dans la prise en charge effective des patientes pendant leurs grossesses, en salles de naissances, en séjour de suites de couches, et après leurs retours à domiciles.

2. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ENQUETE

2.1. L'accompagnement de l'allaitement maternel : pour qui ?

Il concerne toutes les femmes qui allaitent, y compris les multipares.

Lors de l'enquête, j'ai constaté que sur 34 des allaitements antérieurs, 20 avaient été vécus comme moyens, mauvais ou difficiles par les femmes.

De plus, 16 de ces femmes ont sevré pour cause de douleurs, de stress, de fatigue, ou après avoir reçu des conseils inadaptés par les professionnels. De la même façon, 10 d'entre elles ont sevré car elles avaient la sensation de ne pas avoir assez de lait.

L'accompagnement des multipares est donc aussi important que celui des primipares : ces femmes ayant des antécédents d'allaitement maternel moyens ou négatifs sont anxieuses, elles appréhendent le déroulement de ce futur allaitement, et c'est pourquoi elles vont avoir besoin d'être entourées.

2.2. Quel accompagnement en amont de l'accouchement ?

J'ai eu le regret de constater que la moitié des femmes que j'ai rencontrées n'avaient jamais parlé d'allaitement avec quelque professionnel que ce soit en amont de leur accouchement.

Or un allaitement maternel ne s'improvise pas le jour de l'accouchement, il se prépare. Une femme convaincue, préparée et motivée, aura d'autant plus de chances de mener son projet d'allaitement maternel comme elle le souhaite. De plus, en abordant le sujet et en le préparant avant l'accouchement, on augmente le nombre de femmes allaitant à la naissance, comme nous l'avons vu en première partie. [9]

2.2.1. Quels sont les professionnels concernés ?

24 fois sur 28, ce sont les sages-femmes qui ont réalisé l'accompagnement des gestantes concernant l'allaitement maternel. Cet accompagnement s'est fait par le biais de l'EPI, des séances de préparation à la naissance, ou par les suivis de grossesses. On voit bien ici la place prépondérante qu'occupent les sages-femmes dans ce rôle d'accompagnatrice.

Pour les 4 fois restantes, l'information a été donnée par des gynécologues ou des médecins traitants. Cela montre qu'eux aussi ont un rôle à jouer, et qu'ils se doivent d'être accompagnants pour les femmes.

2.2.2. Le besoin des femmes est-il satisfait ?

Lors de l'enquête, j'ai constaté que sur les 41 femmes interrogées, 22 avaient fait des recherches personnelles concernant l'allaitement maternel avant leur accouchement. Cela m'amène à plusieurs hypothèses :

- Peut-être que les professionnels n'ont pas su répondre suffisamment aux besoins des femmes concernant l'allaitement maternel, notamment pour les 21 d'entre elles n'ayant pas abordé le sujet pendant leur grossesse.
- On peut supposer que les femmes se posent des questions sur le sujet de l'allaitement maternel, qui n'est pas ou plus considéré par elles comme un geste naturel, inné. Cette hypothèse semble d'ailleurs confirmée par le fait que sur les 11 femmes n'ayant reçu aucune information des professionnels et n'ayant pas eu le besoin d'en rechercher, 8 présentent un antécédent positif d'allaitement maternel. Ces 8 femmes savent de quoi elles parlent, elles sont confiantes. Elles n'ont donc pas d'interrogations face à un acte qu'elles connaissent et qui leur paraît naturel.
- Cela peut montrer que les femmes ont le désir de prendre elles-mêmes leur allaitement en main. Elles veulent peut-être se sentir autonomes face à un sujet intime qui ne concerne qu'elles et leurs bébés ! Et là encore, quelle meilleure solution pour les rendre autonomes que de rendre à l'allaitement son caractère inné.

2.3. Quel accompagnement en séjour de suites de couches ?

2.3.1. L'accompagnement des professionnels

Il est encourageant de voir que sur les 41 des femmes interrogées, 35 sont satisfaites de l'accompagnement qu'elles trouvent en maternité.

Par contre, 3 femmes le disent, les soignants, aussi compétents soient-ils pour diffuser de l'information, ne sont pas suffisants dans l'accompagnement à proprement parler.

Trois autres femmes estiment n'avoir reçu aucun accompagnement.

2.3.2. Le démarrage de l'allaitement maternel

Pour 29 femmes, le démarrage de l'allaitement se passe bien voire très bien, ce qui est positif.

2.3.3. Les 10 recommandations de l'OMS/UNICEF

En ce qui concerne le respect de ces recommandations par la maternité, j'ai pu constater que 39 femmes gardaient leur enfant auprès d'elles la nuit, ce qui est positif. Par contre ce qui est regrettable, c'est qu'il y ait encore 19 des 41 nouveaux-nés concernés par l'enquête qui aient reçu des compléments au biberon, alors que cette pratique, pas toujours médicalement justifiée, est néfaste pour l'allaitement maternel. Ce chiffre témoigne d'un manque de connaissances des professionnels travaillant en maternité sur la physiologie de l'allaitement maternel. Il est donc très important pour ces professionnels d'accéder à une formation continue sur le sujet, afin qu'ils adaptent leurs pratiques aux recommandations actuelles, et qu'ils soient de véritables accompagnants des femmes qui allaitent. Attention toutefois à ne pas tomber dans l'excès et à ne pas bannir toutes formes de compléments : les compléments à la tasse ou à la seringue restent parfois nécessaires. De même, il faut parfois savoir rester souple, et ne pas refuser de donner de complément à une femme qui est fermement décidée à en donner un à son enfant. Par contre, il aura fallu au préalable informer la femme des conséquences possibles sur l'allaitement maternel, ainsi que des alternatives envisageables.

J'ai également constaté qu'un nombre infime de femmes connaissent ces recommandations. En effet, seules 2 d'entre elles en avaient connaissance. Et sans en avoir connaissance, comment peuvent-elles appliquer les points les concernant ?

2.4. Quel projet d'allaitement maternel pour les femmes ?

2.4.1. Se projettent-elles dans l'avenir ?

Il est positif de voir que la plupart des femmes (33/41) se projettent dans l'avenir, et réfléchissent à la durée qu'elles veulent accorder à leur allaitement. En effet avoir un objectif est une source de motivation qui peut aider la femme à surmonter ses éventuelles difficultés. Cette projection dans l'avenir est nécessaire pour les femmes qui veulent prendre en main leur allaitement.

Par contre, 7 femmes n'ont pas eu cette réflexion. On retrouve là un défaut d'accompagnement des professionnels qui devraient aider les femmes à se projeter dans l'avenir, afin de leur permettre d'être en accord avec leurs désirs.

2.4.2. Ont-elles confiance en elles ?

Huit des femmes interrogées manquent de confiance en leur capacité à allaiter leur enfant. Cela montre bien l'angoisse des femmes face à un geste qui ne leur paraît plus naturel. Or une femme qui n'a pas confiance en elle risque d'avoir plus de difficultés à allaiter son enfant, et risque d'abandonner précocement.

On voit bien là encore combien il est important de rendre à l'allaitement maternel son caractère naturel. Ainsi l'allaitement ne serait plus une capacité, et toutes les femmes auraient confiance en elles.

2.4.3. Savent-elles quels professionnels appeler en cas de difficulté ?

Sur les 41 femmes que j'ai interrogées, 4 n'avaient aucune idée des professionnels qu'elles pouvaient appeler en cas de difficulté.

Huit des femmes ont pensé aux sages-femmes de maternités. Il faudrait préciser aux femmes que ces professionnelles sont compétentes pour accompagner un allaitement maternel, mais que leur activité est centrée sur les patientes hospitalisées. Par contre les sages-femmes libérales ou de PMI seront des interlocutrices à privilégier.

A propos des sages-femmes libérales, on remarque que seulement 9 femmes sur les 41 concernées par l'enquête ont été suivies par ces professionnelles pendant leur grossesse. Par contre, on constate que ces 9 mères ont toutes cité les sages-femmes libérales comme professionnelles à contacter en cas de difficultés : d'où l'intérêt des femmes à être suivies par des sages-femmes.

En ce qui concerne les consultants (es) en lactation, seules les femmes suivies à Hospitalor me les ont cités.

Dix femmes ont pensé aux gynécologues, pédiatres, et médecins traitants, ce qui montre là encore qu'ils sont tous concernés par l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Seules 6 femmes m'ont parlé des associations. Les bénéfices apportés par les groupes de paroles ayant été démontrés, ce type d'activité gagnerait à se faire connaître.

Tous ces résultats montrent que les femmes n'ont pas connaissance de toutes les ressources qu'elles peuvent utiliser en cas de difficultés, ce qui les limite dans leurs possibilités d'accompagnement. Il me paraît donc important de faire un rappel exhaustif complet de ces professionnels à toutes les femmes lors des conseils de sortie prodigués en maternité.

J'ai noté que 6 femmes m'ont cité leur entourage. Celui-ci peut effectivement être d'un très bon soutien. Et meilleures seront les connaissances de la population en physiologie de l'allaitement maternel, meilleur sera l'accompagnement d'une femme par son entourage.

2.5. Quelle évolution de l'allaitement maternel à 6 semaines de mon intervention en suites de couches ?

2.5.1. Taux d'allaitements et de sevrages

Six semaines après leur accouchement, seules 28 des femmes que j'ai rencontrées allaitent toujours, avec seulement 18 allaitements maternels exclusifs...et aucun sevrage n'a été désiré.

Ma question est alors de savoir si ces femmes ont bénéficié ou non d'un accompagnement après leur retour à domicile.

2.5.2. Quel accompagnement ?

Pour les 13 femmes qui ont sevré leur enfant, 11 ont eu un accompagnement, dont 9 par leur propre initiative (elles ont elles-mêmes fait appel à un professionnel). Par contre, malgré l'information que j'ai donnée en maternité, 2 des 13 femmes qui ont sevré n'ont consulté aucun professionnel de santé. Ces femmes n'ont pas non plus reçu d'accompagnement professionnel : elles n'ont pas eu la visite de la puéricultrice de PMI. Or ce genre de situation est à éviter : toutes les femmes devraient avoir rencontré un professionnel avant d'en arriver à sevrer leur enfant.

Sur la population de mon étude, nous constatons que malgré l'information que j'ai faite en maternité, seules 16 femmes sur 41 ont consulté d'elles-mêmes un professionnel de santé afin de bénéficier d'un accompagnement de leur allaitement maternel.

Deux suppositions viennent à moi pour expliquer ce chiffre.

La première est qu'une information ponctuelle en suites de couches sur les professionnels compétents pour accompagner un allaitement maternel est insuffisante. Une information entendue n'est pas forcément intégrée, c'est pourquoi il faudrait donner cette information bien avant l'accouchement, voire même avant la grossesse.

La deuxième est que les femmes veulent rester maîtresses de leur allaitement maternel : elles veulent pouvoir utiliser leurs propres ressources. Cette supposition paraît se vérifier lorsqu'on constate que 15 femmes sur 41 ont recherché un soutien

auprès de leur entourage, ou par des recherches personnelles. Il y a donc autant de femmes qui ont utilisé leurs propres ressources que de femmes qui ont consulté un professionnel de santé.

Répondre à ces deux suppositions me ramène une fois encore à vouloir rendre à l'allaitement maternel son caractère inné.

2.5.3. Quels professionnels les femmes ont-elles contactés ?

Seize femmes ont contacté un ou plusieurs professionnels dans le cadre de l'accompagnement de leur allaitement maternel.

Huit femmes ont fait appel à leur médecin généraliste, ce qui confirme à quel point ils sont concernés par l'allaitement maternel. Cela démontre l'intérêt qu'il y aurait à approfondir leur formation initiale sur le sujet, et à les sensibiliser sur le rôle qu'ils sont amenés à jouer auprès de leurs patientes.

En ce qui concerne les sages-femmes, seules six femmes les ont contactées.

Les pédiatres ont été sollicités par cinq femmes. Cela montre qu'eux aussi sont impliqués dans l'accompagnement de l'allaitement maternel, ce dont ils doivent avoir conscience.

En ce qui concerne les IBCLC, une femme seulement y a fait appel (j'exclue l'accompagnement systématique des patientes d'Hospitalor).

2.5.4. Accompagnement des IBCLC à Hospitalor

Lors de cette enquête, j'ai rencontré 13 femmes allaitant et ayant accouché à Hospitalor. Ces femmes ont toutes bénéficié d'un accompagnement par les IBCLC qui les ont revues une semaine après leur accouchement.

Cet échantillon de 13 femmes est trop restreint pour être significatif, mais les chiffres évoqués en première partie de ce mémoire montrent que cet accompagnement en systématique contribue à diminuer les sevrages prématurés des femmes qui allaitent. C'est donc une pratique à encourager.

2.5.5. Accompagnement des puéricultrices de PMI

Les puéricultrices, après réception des certificats de santé du 8^{ème} jour, ont comme mission de contacter par téléphone toutes les femmes qui allaitent, voire de les rencontrer à domicile.

Or, sur les 41 femmes que j'ai rencontrées, 22 n'ont eu aucun contact avec une puéricultrice de PMI six semaines après leur accouchement.

De plus, pour les femmes ayant été contactées, seules quatre ont été vues lors de la première semaine de leur retour à domicile (dont deux ayant été signalées à la PMI par la maternité).

Neuf femmes ont été vues à plus de trois semaines de leur retour à domicile, et deux femmes ont un rendez-vous prévu ultérieurement (alors qu'on était à six semaines de leur accouchement).

Ces chiffres montrent un dysfonctionnement concernant les transmissions faites aux puéricultrices de PMI : les certificats de santé du 8^{ème} jour sont reçus bien trop tardivement pour permettre à ces professionnelles d'accompagner suffisamment précocement les femmes qui allaitent à leur domicile.

2.5.6. Accompagnement par les groupes de parole

Malgré l'intérêt démontré des participations aux groupes de parole, aucune femme pourtant informée n'y a eu recours. Cela montre que c'est une activité non reconnue par la population générale, qui demanderait peut-être plus de soutien de la part des professionnels de santé.

2.5.7. Accompagnement global

Finalement, on peut constater que 14 femmes sur 41 n'ont pas eu d'accompagnement professionnel après leur retour à domicile.

Après l'analyse et la discussion de mon enquête, je peux affirmer que mes hypothèses, sans être fausses, sont incomplètes.

Oui, informer les femmes en suites de couches sur les différents professionnels de santé compétents à accompagner un allaitement maternel permet d'améliorer cet accompagnement au retour à domicile (16/41 femmes ont contacté l'un de ces professionnels), mais cela pris isolément n'a un impact que très modéré, et est insuffisant pour réduire le nombre de sevrages prématurés des femmes. Nous l'avons vu, accompagner s'inscrit dans le temps et dans la durée. Et cet accompagnement nous concerne tous, professionnel ou faisant partie de l'entourage d'une femme qui allaite ou qui allaitera.

Ainsi, dans le but d'améliorer l'accompagnement des femmes qui allaitent à leur retour à domicile, mais aussi dans celui de faire progresser l'accompagnement global de l'allaitement maternel, voici mes propositions.

3. MES PROPOSITIONS

3.1. Pistes pour rendre à l'allaitement maternel son caractère naturel

Comme nous avons pu le voir lors de l'analyse des résultats de l'enquête, l'allaitement maternel gagnerait beaucoup à retrouver son caractère inné, comme cela pouvait l'être avant l'avènement des biberons et des laits artificiels. Il semble en effet nécessaire que l'allaitement soit considéré par les femmes comme la façon la plus naturelle qui soit de nourrir son enfant, afin qu'elles puissent allaiter sans trop se poser de questions, et sans douter de leurs capacités.

Pour cela, il paraît nécessaire de sensibiliser toute la population. Tout le monde est concerné par l'allaitement : les hommes comme les femmes, les enfants comme les grands-parents. Car même si seules les femmes allaitent, tout le monde côtoie à un moment de sa vie une femme qui allaite, et chacun peut se retrouver accompagnant d'un allaitement maternel.

Or, nous l'avons vu, l'entourage peut être un atout important pour une femme qui allaite, mais il peut à contrario avoir une influence négative.

Ainsi, si tout le monde a connaissance des règles de base d'un allaitement maternel, chaque femme pourra trouver un soutien approprié dans son entourage. Afin d'atteindre cet objectif, une solution serait d'organiser des séances d'information sur l'allaitement maternel au sein des collèges et des lycées, à l'image des séances qui se font sur la sexualité et la contraception. Ces séances devraient s'inscrire dans un programme national d'AM, ou être intégrées dans le programme d'éducation à la vie. C'est une façon efficace de toucher toute la population, à un âge où les idées reçues ne sont pas encore intégrées. On pourrait ainsi faire passer des messages importants, et contribuer à ce que chaque petite fille d'aujourd'hui soit une future mère allaitant son enfant, à ce que chaque futur papa puisse soutenir sa femme qui allaite, et à ce que chacun puisse être le futur accompagnant d'une amie, d'une cousine, ou de toute femme qui allaite.

On pourrait imaginer que ces séances soient animées par les sages-femmes ou les puéricultrices de PMI, par les professionnels ayant le diplôme d'IBCLC ou le DIULHAM, ou par les animatrices des associations d'allaitement maternel. Bien sûr l'impact de ces séances ne serait pas immédiat, mais il semble la meilleure solution pour sensibiliser toute la population.

Afin de retrouver une culture d'allaitement maternel, il faudrait que l'information prénatale faite aux femmes entame avec elles un questionnement sur l'allaitement, mais aussi sur le maternage et les besoins physiologiques d'un bébé. L'initiation au portage peut également être bénéfique : elle peut sauver des AM, rendre des bébés sereins et des parents confiants.

3.2. Propositions à l'égard du gouvernement

Pour ces propositions je me suis entre autre inspirée des actions gouvernementales menées dans les pays nordiques, où les taux d'allaitement maternels sont excellents.

Ainsi, il serait souhaitable que le gouvernement atteigne les objectifs fixés par la déclaration d'Innocenti de l'OMS/UNICEF de 1990.

En effet il pourrait, par la création d'un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, tendre à renforcer la qualité des formations et des formateurs, tant sur le plan des formations initiales que des formations continues. Cet aspect du code me paraît indispensable à l'amélioration de l'accompagnement de l'allaitement maternel en France.

De même, tout en s'assurant que chaque établissement respecte les 10 conditions de cette dite déclaration (voir annexe III), le gouvernement pourrait encourager ces établissements à obtenir la labellisation IHAB.

Ensuite, cela impliquerait l'application réelle des principes et des objectifs du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Rappelons qu'en France, le décret d'application de la loi visant à respecter ce code voté par l'OMS en 1981, n'est arrivé qu'en 1998 ! Malgré cela on constate encore en Juillet 2006 que

les deux premiers articles du code (pas de publicité ni d'échantillons pour les substituts du lait maternel, les biberons et les tétines) ne sont pas du tout respectés. Il est en effet regrettable de constater le nombre de publicités encore présentes, que ce soit sur les pages des magazines, ou par le biais de cadeaux estampillés des marques de laits artificiels utilisés en maternité.

De la même façon, il serait nécessaire de limiter le conditionnement des petites filles par la société : que penser des poupées accompagnées de biberons qu'on peut leur offrir ?

Enfin, cela permettrait la promulgation des lois protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant, et l'adoption des mesures pour assurer leur application.

Dans le même ordre d'idée, il serait intéressant que le gouvernement augmente les congés maternités des femmes.

La mise en place de campagnes médiatiques de promotion de l'allaitement maternel serait également bénéfique. Il a été démontré que cette médiatisation engendrait une amélioration des taux d'allaitement maternel à la naissance et de sa poursuite, ainsi qu'une amélioration des connaissances de la population sur le sujet. [55]

Ces campagnes pourraient également modifier la vision de la société, et permettre une banalisation de l'allaitement maternel. Ainsi, le sein ne serait plus, aux yeux de la société, qu'un simple attribut sexuel : il retrouverait également son rôle nourricier.

3.3. Propositions à l'égard de tous les professionnels concernés

Tous les professionnels devraient se sentir concernés par ce sujet si important qu'est l'allaitement maternel. Nous l'avons constaté lors de l'enquête : ils sont fréquemment consultés sur le sujet.

Ils devraient donc s'attacher à suivre des formations continues, tant sur l'allaitement maternel que sur les qualités d'un accompagnant qui, comme nous l'avons vu en première partie, nécessitent un apprentissage.

Ainsi les professionnels seraient par exemple plus sensibilisés à l'intérêt d'aborder le sujet de l'allaitement maternel pendant la grossesse. De même ces formations seraient l'occasion d'aborder les motifs médicalement justifiés pour donner des compléments en maternité, ainsi que la façon de les administrer. Ces formations pourraient également informer sur les besoins de base d'un nouveau-né.

L'expérience actuelle de l'IHAB semble confirmer l'intérêt des formations continues. Avec une formation de 18 heures au minimum intégrant des séances cliniques, on peut générer un recours plus fréquent à l'allaitement exclusif, une adoption plus large des « 10 conditions », une amélioration significative et durable des connaissances, des techniques « écouter et apprendre », et des techniques « renforcer la confiance ». Le tableau récapitulatif est en annexe XII.

Tous les professionnels devraient également encourager les femmes enceintes à suivre les séances de préparation à la naissance qui incluent la séance d'EPI. Ces séances permettent en effet aux femmes d'envisager l'allaitement maternel dans sa globalité, mais aussi elles permettent aux femmes de se consolider dans leur volonté et leur confiance à vouloir allaiter leur enfant. Enfin ces séances sont l'occasion pour les femmes de se projeter dans l'avenir, et de concevoir leur projet d'allaitement maternel. Ces faits ont été démontrés lors d'études expérimentales de l'OMS, et sont exposés dans un tableau en annexe XIII.

Ils devraient également informer les femmes précocement qu'elles ne sont pas seules, et que de nombreux professionnels sont là pour les accompagner et les guider dans leur volonté d'allaiter leur enfant.

Ensuite, j'ai pu constater lors de l'enquête que les femmes utilisaient fréquemment Internet pour rechercher des informations. On en trouve beaucoup : et toutes ne sont pas bonnes à prendre. Il peut donc être judicieux d'indiquer aux patientes les sites officiels sur le sujet pendant leur grossesse (par exemple en leur remettant le livret « L'allaitement pour vous futurs parents » du Conseil Général et du RPL qui contient les références de ces sites [56]). Nous pourrions aussi imaginer intégrer ces informations sur le site du Conseil de l'Ordre des Sages-femmes.

Si toutefois un professionnel ne se sentait pas intéressé par le sujet, il devrait le reconnaître auprès de la patiente, et la diriger vers un professionnel spécialiste de l'allaitement maternel.

3.4. Propositions à l'égard des maternités

L'idéal pour les maternités serait d'obtenir la labellisation IHAB. Toutefois, il serait souhaitable dans un premier temps qu'elles respectent au mieux les recommandations de l'OMS/UNICEF, et qu'elles les affichent aux vues des patientes dans leurs locaux. Ainsi, les femmes informées de ces recommandations pourraient aider à leur application, notamment en demandant moins de compléments pour leur enfant.

Il serait également bénéfique pour les maternités d'avoir dans leurs personnels des personnes qualifiées par l'IBCLC ou le DIULHAM : celles-ci pourraient devenir référentes en AM au sein des services.

Les maternités pourraient peut-être instaurer un suivi systématique des femmes allaitant une semaine après leur retour à domicile.

A défaut, on pourrait imaginer ce suivi systématique, organisé par le personnel de maternité qui prendrait rendez-vous pour les patientes chez une sage-femme libérale. Ce personnel qualifié pourrait également contribuer à la formation continue de l'ensemble du personnel des maternités sur l'allaitement maternel et l'accompagnement.

Notons que ces formations continues devraient dans tous les cas être encouragées par les maternités, ne serait-ce que pour homogénéiser les discours des professionnels.

Il serait également souhaitable que, lors des visites de sorties faites en maternités, des informations étayées soient systématiquement données aux femmes afin qu'elles sachent toujours qui appeler en cas de difficulté.

Enfin, à l'heure d'Internet, on pourrait imaginer instaurer une liaison informatisée avec les services de PMI pour toutes les femmes qui allaitent. Ainsi, les puéricultrices de PMI n'attendraient plus les certificats de santé du huitième jour de vie des nouveaux-nés pour contacter ces femmes, et on ne verrait plus de femmes non contactées par la PMI 6 semaines après leur retour à domicile.

3.5. Propositions à l'égard des sages-femmes

La sage-femme a une place prépondérante dans ce domaine de l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Nous l'avons constaté lors de cette enquête, les sages-femmes sont à l'origine d'une part conséquente (86%) de l'accompagnement fait aux femmes sur ce sujet de l'allaitement, et ce quelques soient leurs modes d'exercices.

De plus, comme nous l'avons vu en première partie, les femmes assistant aux séances de préparation à la naissance sont plus nombreuses à allaiter. Egalement, le suivi de grossesse par une sage-femme est bénéfique : toutes les femmes ayant été suivies par des sages-femmes savent qu'elles peuvent les contacter à leur retour à domicile en cas de difficultés (d'ailleurs l'enquête montre que toutes les femmes ayant consulté une sage-femme libérale avaient été suivies par cette dernière pendant leur grossesse). Les sages-femmes ont donc un rôle prépondérant à jouer, tant en amont qu'en aval de l'accouchement.

C'est pourquoi les sages-femmes devraient investir toute la place qui leur appartient dans le domaine de l'allaitement maternel.

Il faudrait mettre un point d'honneur à proposer aux étudiants sages-femmes une formation initiale complète, notamment en ce qui concerne les rythmes physiologiques des premiers jours de vie d'un nouveau-né, ou encore sur les différentes étapes psychologiques par lesquelles passent les femmes dans la période du post-partum. Le bénéfice rendu par des formations exhaustives concernerait tous les bébés, qu'ils soient ou non allaités.

Dans le même ordre d'idée, il faudrait que les sages-femmes se forment à la réalisation des EPI, et qu'elles généralisent cette pratique. Il serait aussi intéressant qu'elles passent des diplômes tels que l'IBCLC et le DIULHAM. Ainsi, ces professionnelles doublement qualifiées pourraient participer à la formation continue des autres sages-femmes, mais aussi de tout professionnel qui le souhaiterait, via des interventions ponctuelles dans les maternités, mais aussi dans les colloques, les séminaires et autres rencontres professionnelles.

Enfin j'ajouterais une réflexion personnelle quant à l'importance de la place de la sage-femme au sujet de l'accompagnement de l'allaitement maternel.

A une époque où le nombre de gynécologues diminue et où l'on tend à voir nos compétences de sage-femme s'accroître, nous avons grand intérêt à nous affirmer dès aujourd'hui en tant que professionnelles de la physiologie et de la relation mère-bébé que nous sommes. Et quoi de plus physiologique et de plus naturel que l'allaitement maternel ? Alors à nous toutes de nous sentir concernées et de nous investir pleinement dans son accompagnement.

Conclusion

Ce mémoire a été réalisé dans le but de réfléchir à un accompagnement adapté de l'allaitement maternel au retour à domicile des femmes en Moselle, pour permettre la réduction des sevrages prématurés des bébés allaités.

Ainsi ont été exploré les possibilités d'accompagnement de l'allaitement maternel des femmes à leur retour à domicile : les différentes ressources qui étaient à leurs dispositions ont été citées, ainsi que la façon dont les femmes les utilisaient.

L'étude de ce mémoire a permis de constater qu'une information donnée en secteur de suites de couches sur les différents professionnels compétents à cet accompagnement était utile mais insuffisante : cet accompagnement doit se situer bien en amont de l'accouchement, et même en amont de la grossesse.

Ce mémoire a également montré que de nombreux professionnels étaient impliqués dans cet accompagnement, et comment ils pouvaient s'y former. La sage-femme tient une place prépondérante dans ce domaine : elle est à l'origine de la majorité de l'accompagnement fait auprès des femmes.

Mais aussi l'étude fait apparaître une volonté des femmes d'être autonomes face à leur allaitement. Il est donc nécessaire de rendre à cet acte son caractère naturel. Des propositions ont été faites dans ce sens.

Enfin cet écrit a permis l'élaboration d'autres propositions concernant les professionnels concernés par l'allaitement maternel, dont les sages-femmes, ainsi que des propositions adressées aux maternités et au gouvernement.

Pour conclure, je dirais que l'allaitement maternel est un acte nourrissant pour le corps et pour l'esprit ; il apporte beaucoup au couple mère-enfant, et il se justifie des efforts de chacun, professionnel ou citoyen.

BIBLIOGRAPHIE

Entretien :

- [20] Entretien avec Mme ZIX, Pédiatre diplômée DIULHAM de la maternité Hospitalor. Saint-Avold, le 05.03.2008
- [21] Entretien avec Mme ARNAULT, Auxiliaire de Puériculture diplômée IBCLC de la maternité Hospitalor. Saint-Avold, le 05.03.2008
- [30] Entretien avec Mme NIDERCORN, Sage-Femme diplômée IBCLC du CMS de Bouzonville. Metz, le 11.03.2008
- [31] Entretien avec Mme STARCK, Puéricultrice du CMS de Marly. Marly, le 06.03.2008
- [32] Entretien avec Mme GRIMONT, Sage-Femme libérale de Montigny-les-metz. Montigny-les-metz, le 28.02.2008.
- [34] Entretien avec Mme GLASSER, Sage-Femme de la PMI de Marly. Marly, le 28.02.2008
- [35] Entretien avec Mme NIDERCORN, Sage-Femme de l'unité territoriale de la PMI de Woippy. Metz, le 07.07.2008
- [36] Entretien avec Mme CAYEUX, Sage-Femme de l'unité territoriale de la PMI de Metz-Est. Metz, le 07.07.2008.
- [43] Entretien avec Mme VAROQUI, Cadre du service de maternité de Bon Secours, Metz, et Mme SEIDEL, Sage-Femme diplômée DIULHAM de la maternité de Bon Secours. Metz, le 31.03.2008
- [45] Groupe de parole LLL, salle Jean Jaurès à Woippy. Woippy, le 30.03.2007.
- [50] Entretien avec Mme VERONA, Cadre du service de maternité de Sainte-Croix. Metz, le 03.04.2008
- [51] Entretien avec Mme BUDNIK, Sage-Femme de préparation à la naissance de la maternité de Sainte-Croix. Metz, le 14.04.2008
- [52] Entretien avec Mme LOONEY, Sage-Femme de consultation de la maternité de Sainte-Croix. Metz, le 14.04.2008
- [53] Entretien avec Mme OUDIN, Sage-Femme de préparation à la naissance de la maternité de Bon Secours. Metz, le 22.04.2008

Ouvrage, guides :

- [5] Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Guide de la Société Française de Pédiatrie et du Ministère de la Santé et des Solidarités.
- [26] BRABANT Isabelle. Vivre sa grossesse et son accouchement, une naissance heureuse, pp.393-398, ISBN 2-85008-510-3
- [56] L'allaitement maternel pour vous, futurs parents. Guide du RPL et du Conseil Général

Article périodique :

- [10] *Allaitement maternel en France : des départements en action*. Les dossiers de l'obstétrique, Juin 2001, n°295, pp. 37-40. ISSN 0767-82.93
- [11] *La situation de l'allaitement maternel en France : les raisons d'espérer et le chemin qui reste à parcourir*. Les dossiers de l'obstétrique, Décembre 2001, n°300, pp. 33-41. ISSN 0767-8293.
- [14] *Promouvoir l'allaitement maternel*. La Santé de l'Homme, Janvier 1999, n°339, pp. 28-33.
- [15] *Réseau de soutien à l'allaitement maternel*. Les Cahiers de la Puer, 1999, n°143, pp. 62-69.
- [16] *Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes*. Archives de Pédiatrie, Mai 1998, vol. 5, n°5, pp. 489-496.
- [22] *Consultant en Lactation IBCLC*. Les Cahiers de la Puer, Octobre 2004, n°180, pp. 36-36.
- [38] American Academy of Pediatrics. *Le rôle des pédiatres dans la promotion et la protection de l'allaitement*. Pediatrics, décembre 1997, vol.100, number 6, pp. 1035-1039.
- [40] *La promotion de l'allaitement maternel, c'est aussi l'affaire des pédiatres*. Archives de Pédiatrie, Novembre 2000, vol.7, n°11, pp. 1149-1253.

Thèse, mémoire, écrit :

- [1] KARPP-PFORDT C. *L'enfant au sein de sa mère : une complicité prolongée*. Mémoire sage-femme. Metz : Ecole de sage-femme de Metz, 2004.
- [7] NIDERCORN C. *Se préparer à allaiter : quels messages à faire passer dans l'EPI ?* 2^{ème} session de formation continue des IBCLC du Cercle Noé, Mai 2008.
- [9] BRUNCHER P. *L'allaitement maternel en Moselle : données épidémiologiques issues des certificats de santé du 8^{ème} jour et du 9^{ème} mois de 2000 à 2005*. Mémoire de DU de Santé Publique. Nancy, 2008.
- [17] NIDERCORN C. *Comment limiter l'administration de complément de lait artificiel non médicalement justifié durant le séjour à la maternité*. Mémoire IBCLC, 2006.
- [19] KONDRATUK E. *Une consultante en lactation dans l'intérêt des femmes et d'une maternité*. Mémoire sage-femme. Nancy : Ecole de sage-femme de Nancy, 2004.
- [26] FLORION S. *Allaiter, la mère à boire*. Mémoire sage-femme. Nancy : Ecole de sage-femme de Nancy, 2002.
- [27] HEITZMANN M. *Le stress, l'allaitement et les groupes de parole*. Port-folio de sage-femme. Metz : Ecole de sage-femme de Metz, 2007.
- [29] LEPAGE v. *Quand les liens du lait se dénouent...l'allaitement durant le mois qui suit la naissance*. Mémoire sage-femme. Metz : Ecole de sage-femme de Metz, 1994.
- [39] KURTH-AVILES L. *Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel*. Thèse de doctorat de médecine. Nancy : Université Henry-Poincaré Nancy, 2006.
- [57] MARCHAND-LUCAS L. *Le généraliste face aux déterminants de la conduite de l'allaitement*. Thèse de doctorat de médecine. Nancy : Université Henry-Poincaré Nancy, 1998.

Rapport technique papier :

- [4] HAS, *Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation*, Juin 2006.
- [6] EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe, *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : a blueprint for action*, Conférence Européenne du 18 Juin 2004 en Irlande, pp.15-41.

[13] ANAES, *Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. Recommandations 1989. 32p.

[25] Cofam, *Accompagner la naissance, accompagner l'allaitement*, Journée régionale pour l'allaitement 2005-2006, pp.55-68.

[54] Sainte-Croix, *Taux d'allaitement maternel à la naissance en 2007*, Statistiques, 2008.

[55] ANAES, *Allaitement maternel : mise ne œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*, Service recommandation et références professionnelles, Mai 2002.

[58] HAS, *Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie – Allaitement maternel suivi par le pédiatre*, Juillet 2005.

Conférence, congrès :

[18] 3^{ème} Journée Nationale de l'Allaitement, *Entre sens et culture : l'allaitement maternel*, 19 Mai 2006, Brest.

[28] Dr BENOIT A., *Accompagnement de l'allaitement maternel par le père : enjeux et actualité*, 17 Avril 2007, Haute-Savoie.

[39] Dr LORAS-DUCLAUX I., *La promotion de l'allaitement maternel : des déclarations d'intention à la bonne pratique*, 21 Janvier 2000, Palais des Congrès de Paris.

Site Internet :

[2] Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel [en ligne]. Disponible sur <http://assoc.ipa.free.fr/international/Innocenti.html> (consulté le 01.03.2008)

[3] Allaitement [en ligne]. Disponible sur ><http://maternage.free.fr/allaitement.htm>> (consulté le 01.03.2008)

[8] France : initiation à l'allaitement [en ligne]. Disponible sur http://assoc.ipa.free.fr/CHIFFRES/france_chiffres_htm (consulté le 01.03.2008)

[23] L'Initiative Hôpital Ami des Bébé [en ligne]. Disponible sur : <http://maternage.free.fr/iHab.htm> (consulté le 01.03.2008)

- [24] Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [en ligne]. Disponible sur www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_fre.pdf (consulté le 26.04.2008)
- [33] La convention nationale des sages-femmes du 11 Octobre 2007 [en ligne]. Disponible sur www.ameli.fr (consulté le 26.04.2008)
- [37] Site de l'Association Française des Consultants en Lactation (AFCL) [en ligne]. Disponible sur www.consultants-lactation.org/quid.php (consulté le 27.03.2008)
- [42] Le réseau RPL [en ligne]. Disponible sur www.reseautperinatallorain.org (consulté le 26.04.2008)
- [44] Info Allaitement 57 [en ligne]. Disponible sur www.allaitement-informations.org (consulté le 26.04.2008)
- [46] Les pays scandinaves [en ligne]. Disponible sur <http://assoc.ipa.free.fr/CHIFFRES/nord.htm> (consulté le 01.03.2008)
- [47] Norvège-France : les raisons d'une différence [en ligne]. Disponible sur www.mangerbio-eatingorganic.net/dossier.allaitement (consulté le 01.03.2008)
- [48] La Norvège : un exemple à suivre pour l'allaitement [en ligne]. Disponible sur www.pediatres.online.fr/allaitement2.htm#Norvège (consulté le 01.03.2008)
- [49] Recréer une culture d'allaitement maternel : le rôle potentiel des politiques publiques [en ligne]. Disponible sur http://www.aspq.org/view_bulletins.php (consulté le 01.03.2008)
- [59] Journal officiel de la république française du 22 Avril 2008 [en ligne]. Disponible sur <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html> (consulté le 13/03/2009)

Cédérom :

- [41] *L'allaitement maternel : 9 mois et plus, une complicité prolongée...* [CD-ROM]. Médialacté, partenariat avec le RPL.

GLOSSAIRE

AAP : Académie Américaine de Pédiatrie

AM : Allaitement maternel

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

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

DIULHAM : Diplôme Inter-Universitaire «Lactation Humaine et Allaitement maternel

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation des Statistiques

EPI : Entretien Périnatal Individuel

HAS : Haute Autorité de Santé

IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant

IHAB : Initiative Hôpitaux des Bébé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IPA : Information Pour l'Allaitement

LLL : La Leche League

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

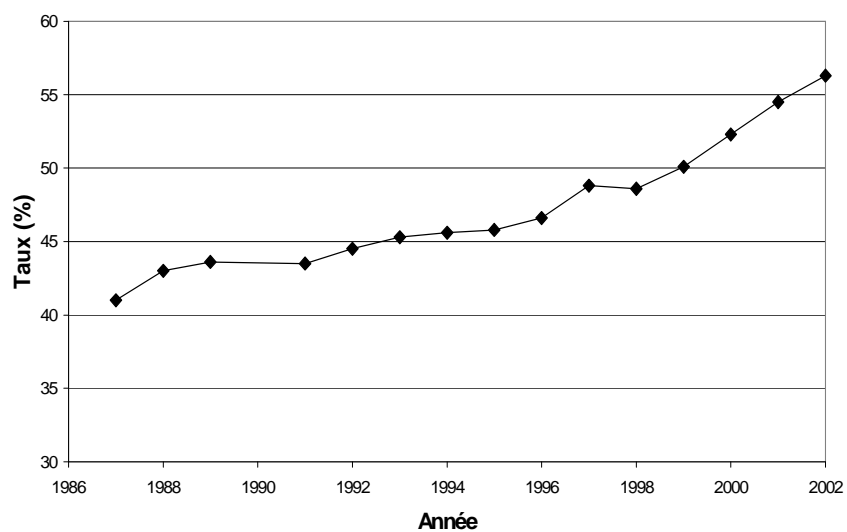
PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

UNICEF : United Nation International Children's Emergency Fund

ANNEXE I : TABLEAU DES TAUX D'ALLAITEMENT A LA NAISSANCE SELON LES ANNEES



Source : IPA (Information Pour l'Allaitement)

ANNEXE II : CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL (EXTRAIT)

Les Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé s'accordent par les présentes sur les articles ci-après, qui sont recommandés en tant que base d'action.

Article 1. But du Code

Le but du présent Code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moment d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.

Article 2. Champ d'application du Code

Le présent Code s'applique à la commercialisation et aux pratiques y relatives des produits suivants: substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons; autres produits lactés, aliments et boissons, y compris les aliments de complément donnés au biberon, quand ils sont commercialisés ou présentés de toute autre manière comme appropriés, avec ou sans modification, pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel; biberons et tétines. Il s'applique aussi à la qualité et à la disponibilité de ces produits et à l'information concernant leur utilisation.

Article 4. Information et éducation

4.1 Les gouvernements devraient assumer la responsabilité de veiller à ce qu'une information objective et cohérente sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant soit fournie aux familles et à tous ceux qui jouent un rôle dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant.[...]

4.2 Les matériels à but d'information et d'éducation [...] devraient comporter des renseignements clairs.[...]

4.3 Il ne devraient y avoir de dons d'équipement ou de matériels à but d'information ou d'éducation qu'à la demande et avec l'approbation écrite de l'autorité publique compétente [...].

Article 5. Grand public et mères

5.1 Il ne devrait y avoir ni publicité, ni aucune autre forme de promotion auprès du grand public de produits visés par le présent Code.
[...]

Article 6. Systèmes de soins de santé

6.1 Les autorités sanitaires des Etats Membres devraient prendre des mesures appropriées pour encourager et protéger l'allaitement au sein et promouvoir les principes du présent Code. [...]

6.2 Aucune installation d'un système de soins de santé ne devrait être utilisée pour la promotion de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code.

6.4 Il ne devrait pas être permis aux systèmes de soins de santé d'employer des "représentants de services professionnels", des "puéricultrices" ou des personnels similaires fournis ou rémunérés par les fabricants ou les distributeurs.

6.6 Le don ou la vente à bas prix à des institutions ou organisations de stocks de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code [...] n'est autorisé qu'en faveur des nourrissons qu'on est obligé d'alimenter au moyen de substituts du lait maternel [...]

Article 7. Agents de santé

7.1 Les agents de santé devraient encourager et protéger l'allaitement au sein. [...]

7.2 Les informations fournies aux professionnels de la santé par les fabricants et les distributeurs au sujet de produits visés par le présent Code devraient se borner aux données scientifiques et aux faits [...].

7.3 Les fabricants ou distributeurs ne devraient pas offrir d'avantages en espèces ou en nature aux agents de santé ou aux membres de leurs familles pour promouvoir des produits visés par le présent Code, et de tels avantages ne devraient être acceptés ni par les agents de santé, ni par les membres de leurs familles.

7.4 [...] Les agents de santé ne devraient pas donner d'échantillons de préparations pour nourrissons aux femmes enceintes, aux mères de nourrissons et de jeunes enfants ni aux membres de leurs familles.
[...]

Article 8. Personnel des fabricants et distributeurs

8.1 Dans les systèmes où le personnel de commercialisation reçoit des primes à la vente, le volume des ventes de produits visés par le présent Code ne devrait pas entrer en ligne de compte pour le calcul des primes, et il ne devrait pas être fixé de quota de vente pour ces produits. [...]

8.2 Le personnel employé à la commercialisation de produits visés par le présent Code ne devrait pas, dans le cadre de son travail, remplir de fonctions éducationnelles en relation avec des femmes enceintes ou des mères de nourrissons et de jeunes enfants [...].

Article 9. Etiquetage

9.1 Les étiquettes devraient être conçues de manière à fournir les renseignements nécessaires pour une utilisation appropriée du produit, et à ne pas décourager l'allaitement au sein. [...]

Article 10. Qualité

10.1 Comme la qualité des produits est un élément essentiel de la protection de la santé des nourrissons, cette qualité devrait être d'un haut niveau reconnu.

10.2 Les produits alimentaires visés par le présent Code devraient répondre, quand ils seront vendus ou distribués de toute autre manière, aux normes applicables en la matière recommandées par la Commission du Codex Alimentarius ainsi qu'aux dispositions du Code d'usages du Codex en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge.

Article 11. Mise en œuvre et contrôle

11.1 Les gouvernements devraient prendre des mesures pour donner effet aux principes et au but du présent Code [...].

11.3 [...] Les fabricants et distributeurs de produits visés par le présent Code devraient se considérer comme tenus de surveiller leurs pratiques de commercialisation conformément aux principes et au but du présent Code, et de faire en sorte que leur conduite à tous les niveaux soit conforme à ces principes et à ce but.

11.6 Conformément à l'article 62 de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, les Etats Membres informeront annuellement le Directeur général des mesures prises pour donner effet aux principes et au but du présent Code.

11.7 Le Directeur général fera rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé, les années paires, sur la situation en ce qui concerne la mise en œuvre du Code; sur demande, il fournira un appui technique aux Etats Membres préparant une législation ou une réglementation nationales, ou prenant d'autres mesures appropriées pour la mise en œuvre et la promotion des principes et du but du présent Code.

Source : Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. 1^{er} Août 1990, Florence (Italie).

ANNEXE III : LES DIX CONDITIONS DU LABEL IHAB

Pour être reconnue « Ami des Bébés » par l'UNICEF et l'OMS, une maternité doit satisfaire aux dix conditions suivantes:

- 1.** Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.
- 2.** Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
- 3.** Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.
- 4.** Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- 5.** Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein.
- 6.** Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- 7.** Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.
- 8.** Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- 9.** Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 10.** Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Enfin la maternité ne doit pas recevoir de fonds de la part de l'industrie alimentaire infantile.

Source : L'Initiative Hôpital Ami des Bébés. Disponible sur :
<http://maternage.free.fr/ihab.htm>

ANNEXE IV : STRATEGIE MONDIALE POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

(texte sélectionné)

Organisation mondiale de la Santé
Genève, 2003

Avant-propos

L'OMS et l'UNICEF ont élaboré conjointement la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de rappeler au monde les effets des pratiques d'alimentation sur l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et, ainsi, la survie même du nourrisson et du jeune enfant.

Un nouveau cadre politique

D'emblée, il a été convenu que la stratégie mondiale devrait se fonder sur les réalisations antérieures et en cours – en particulier l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » (1991), le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) et la Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel (1990) – dans le contexte global des politiques et programmes nationaux de nutrition et de santé de l'enfant et en harmonie avec la Déclaration mondiale et le plan d'action pour la nutrition.

But de la stratégie

Le but de la stratégie est d'améliorer – par une alimentation optimale – l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et, ainsi, la survie du nourrisson et du jeune enfant.

Promotion de l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant

L'allaitement maternel est le meilleur moyen de fournir une alimentation idéale pour la croissance et le développement du nourrisson en bonne santé ; il fait aussi partie intégrante de la maternité et il a des répercussions importantes pour la santé de la mère. Pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie : c'est là une recommandation générale de santé publique. Bien qu'il s'agisse d'un acte naturel, l'allaitement suppose également des compétences déterminées. La quasi-totalité des mères peuvent allaiter leur enfant à condition de disposer d'informations exactes ainsi que d'un soutien dans le cadre familial et communautaire, et de la part du système de santé. La femme doit également avoir accès au soutien pratique, par exemple d'agents de santé qualifiés, de non-spécialistes, d'autres femmes qualifiées et compétentes et de consultants certifiés en matière d'allaitement, capables de lui donner confiance, d'améliorer la technique d'alimentation et d'éviter ou de résoudre les problèmes concernant l'allaitement.

On peut aider la femme qui occupe un emploi rémunéré à continuer à allaiter son enfant en lui offrant des conditions minimales, par exemple un congé de maternité rémunéré, des formules de travail à temps partiel, des crèches sur le lieu de travail, des moyens d'expression et de stockage du lait maternel, et des pauses pour allaiter.

Application de mesures prioritaires

Une politique nationale d'ensemble fondée sur une évaluation approfondie des besoins doit conduire à un environnement propre à protéger, encourager et soutenir des pratiques d'alimentation appropriées du nourrisson et du jeune enfant. Une politique efficace compatible avec les efforts visant à promouvoir la sécurité alimentaire d'ensemble des ménages suppose les interventions critiques suivantes :

En ce qui concerne la protection

- adopter une politique de droits en matière de maternité compatible avec la Convention et la Recommandation de l'OIT sur la Protection de la Maternité, et en surveiller l'application, afin de faciliter l'allaitement lorsque la mère exerce un emploi rémunéré, y compris lorsque d'après les normes elle exerce une forme atypique de travail dépendant, par exemple l'emploi à temps partiel, intermittent ou en tant que domestique

- veiller à ce que des aliments complémentaires transformés soient commercialisés pour être utilisés à un âge approprié

- appliquer et surveiller les mesures existantes visant à donner effet au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

En ce qui concerne l'encouragement

- veiller à ce que tous les responsables de la communication avec le grand Public apportent des informations fiables et complètes sur les pratiques alimentaires appropriées du nourrisson et du jeune enfant, compte tenu des conditions sociales, culturelles et environnementales.

En ce qui concerne le soutien apporté par le système de santé

- fournir des conseils de qualité et un appui à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

- veiller à ce que les règles et procédures hospitalières continuent d'appuyer pleinement l'introduction et l'établissement de l'allaitement par l'application de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », suivre et réévaluer les établissements déjà désignés et élargir l'initiative aux dispensaires, centres de santé et hôpitaux pédiatriques ;

- améliorer l'accès aux soins prénatals et à la formation concernant l'allaitement, aux pratiques obstétricales favorables à l'allaitement, ainsi qu'aux soins de suivi propres à en assurer la poursuite ;

- promouvoir une bonne nutrition de la femme enceinte et allaitante ;

- permettre à la mère de rester auprès d'un enfant hospitalisé pour continuer à allaiter et lui donner une alimentation complémentaire adéquate et, si possible, permettre à l'enfant allaité de séjourner auprès d'une mère hospitalisée ;

- assurer une alimentation thérapeutique efficace de l'enfant malade et malnutri, y compris, le cas échéant, un appui à l'allaitement fourni par une personne qualifiée ;

En ce qui concerne le soutien dans la communauté

- promouvoir la mise sur pied de réseaux de soutien à base communautaire pour contribuer à assurer l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant, par exemple des groupes d'entraide entre mères et des conseillers non spécialistes auxquels les hôpitaux et les centres peuvent renvoyer les mères à la sortie de l'établissement ;

- veiller à ce que les réseaux de soutien à base communautaire soient non seulement bienvenus dans le cadre du système de soins de santé, mais participent aussi activement à la planification et à la fourniture de services.

Obligations et responsabilités des gouvernements

L'obligation première des gouvernements est de formuler, mettre en oeuvre, suivre et évaluer une *politique nationale* complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En plus d'un engagement politique au niveau le plus élevé, le succès de la politique dépend d'une coordination nationale efficace pour assurer la pleine collaboration de tous les organismes publics, organisations internationales concernés et autres parties intéressées.

Un *plan d'action* détaillé doit accompagner la politique complète ; il comprendra des buts et objectifs bien définis, un calendrier pour les atteindre, la répartition des responsabilités concernant l'application du plan et des indicateurs mesurables pour la surveillance et l'évaluation

Autres parties intéressées

39. La définition de responsabilités spécifiques dans le cadre de la société pour la protection, l'encouragement et le soutien de pratiques alimentaires appropriées représente en quelque sorte un nouveau point de départ. Des groupes qui ont un rôle important à jouer pour promouvoir les droits de la femme et de l'enfant et créer un environnement qui leur est favorable peuvent travailler chacun de leur côté, ensemble et avec les gouvernements et les organisations internationales pour améliorer la situation en contribuant à supprimer les obstacles tant culturels que concrets à des pratiques alimentaires appropriées pour le nourrisson et le jeune enfant.

Associations de professionnels de la santé

Les associations de professionnels de la santé, notamment les médecins, les écoles de santé publique, les établissements publics et privés de formation des agents de santé (y compris les sages-femmes, les infirmières, les nutritionnistes et les diététiciens), et les associations professionnelles doivent assumer les responsabilités principales suivantes envers leurs étudiants

ou leurs membres :

- veiller à ce que l'éducation de base et la formation de tous les agents de santé couvrent la physiologie de l'allaitement, l'allaitement exclusif et la poursuite de l'allaitement, l'alimentation complémentaire, l'alimentation dans les situations difficiles, la satisfaction des besoins nutritionnels de l'enfant qu'il faut nourrir avec des substituts du lait maternel, ainsi que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les lois et autres mesures adoptées pour donner effet au Code et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée de la Santé ;

- apporter une formation sur les moyens de fournir un appui de qualité à l'allaitement exclusif et à la poursuite de l'allaitement ainsi qu'à une alimentation complémentaire appropriée dans tous les services néonataux, pédiatriques, de santé génésique, nutritionnels et de santé communautaire ;

- promouvoir l'importance de l'obtention et du maintien du label « amis des bébés » par les services de maternité dans les hôpitaux et dispensaires,

- encourager la création et la reconnaissance de groupes d'appui communautaire et orienter les mères vers ces groupes.

Organisations non gouvernementales (groupes d'appui à base communautaire compris) :

Les buts et objectifs d'un large éventail d'organisations non gouvernementales intervenant aux niveaux local, national et international consistent notamment à promouvoir les besoins alimentaires et nutritionnels adéquats du jeune enfant et de la

famille. Ainsi, les organisations caritatives et confessionnelles, les associations de consommateurs, les groupes d'entraide entre mères, les clubs de familles et les coopératives de soins pour enfants ont tous de multiples occasions de contribuer à l'application de la présente stratégie.

Les parents et autres personnes s'occupant des enfants sont responsables en première ligne de l'alimentation qui leur est donnée.

43. On trouve d'autres sources d'information et d'appui dans divers groupes organisés et informels, notamment les réseaux de soutien de l'allaitement et de soins de l'enfant, les clubs et les associations professionnelles. L'appui à base communautaire, notamment l'appui fourni par d'autres mères, par des conseillers en allaitement non spécialisés ou par d'autres femmes allaitantes, ainsi que des consultants en allaitement certifiés, peut aider la mère à alimenter son enfant de manière appropriée. La plupart des communautés ont des traditions d'auto-assistance qui peuvent offrir un moyen de renforcer et d'élargir des systèmes d'appui adéquats pour aider les familles à cet égard.

Entreprises commerciales

45. Les employeurs doivent veiller à ce que toutes les femmes ayant un emploi rémunéré jouissent de leurs droits, notamment en ce qui concerne les pauses pour allaiter ou d'autres dispositions prises sur le lieu de travail afin de faciliter l'allaitement maternel après la fin du congé de maternité. Les syndicats quant à eux ont un rôle de négociation direct à jouer concernant la maternité et la sécurité d'emploi des femmes en âge de procréer.

Autres groupes

- les **autorités chargées de l'éducation**, qui contribuent à former les attitudes de l'enfant et de l'adolescent concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – des informations fiables doivent être fournies par les écoles et d'autres moyens de formation afin de promouvoir une meilleure sensibilisation au problème et des perceptions positives ;

- les **médias**, qui influencent les attitudes de la population concernant le rôle parental, les soins aux enfants et les produits régis par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – leurs informations sur le sujet – et, ce qui est tout aussi important, leur façon de présenter le rôle parental, les soins aux enfants et les produits – doivent être exactes, à jour, objectives et compatibles avec les principes et le but du Code ;

- les **installations**, qui permettent à la femme exerçant un emploi de s'occuper de son nourrisson et de son jeune enfant et qui doivent appuyer et faciliter la poursuite de l'allaitement et de la fourniture de lait maternel.

Source : Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Disponible sur www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf

ANNEXE V : LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION-SANTE (EXTRAIT)

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur le déterminant majeur que représente la Nutrition. Ce programme prévoit des actions et des mesures concrètes permettant, en améliorant l'état nutritionnel de la population vivant en France, de réduire le risque de maladies, d'optimiser l'état de santé et la qualité de la vie, à tous les âges de la vie. Ceci tout en respectant la liberté et le plaisir que représente, notamment dans notre pays, l'acte alimentaire. Le PNNS vise à atteindre des objectifs précis, définis de façon consensuelle par les experts scientifiques et les responsables de la santé publique.

Ces objectifs prioritaires sont chiffrés et programmés dans le temps (2001-2005). Ils visent globalement à :

- une meilleure adéquation entre les apports et les dépenses énergétiques,
- un meilleur équilibre concernant la contribution des différents macronutriments aux apports énergétiques (répartition des glucides, lipides et protéines) et les différents sous-groupes de macronutriments (acides gras saturés/insaturés, glucides simples/complexes, protéines animales /végétales, fibres,...),
- une meilleure couverture des apports en vitamines et minéraux.

Les objectifs nutritionnels prioritaires du PNNS

1. Objectifs portant sur des modifications de la consommation alimentaire :
2. Objectifs portant sur des modifications des marqueurs de l'état nutritionnel :
3. Objectifs portant sur la modification de l'hygiène de vie en relation avec l'alimentation :

Sur un plan opérationnel, le PNNS est bâti autour de 6 axes stratégiques :

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant ; éduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant

- Un logo «PNNS» a été créé. Il permettra d'authentifier toutes les actions, mesures, messages et outils issus du programme.
- Un guide alimentaire du PNNS destiné à la population générale («la Santé vient en Mangeant : le Guide Alimentaire pour Tous», INPES, 2002) a été conçu pour traduire les objectifs de santé publique en recommandations compréhensibles pour le consommateur.
- La création d'un site Internet et le soutien de réseaux de proximité permettent de démultiplier et d'adapter ces actions d'information au niveau national et local..
- Des campagnes de communication, marquée du logo PNNS sont prévues tout au long de la durée du PNNS (promotion des fruits et légumes, activité physique,...).
- Diverses mesures visent à éduquer le jeune consommateur et à créer un environnement favorable à une consommation alimentaires allant dans le sens des objectifs du PNNS.

2. Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins

- Au sein des établissements de soins, une véritable place sera donnée à l'alimentation

- Des moyens ont été développés afin de stimuler l'évaluation systématique de l'état nutritionnel des consultants par le personnel de santé.
- Il a été prévu de diffuser des recommandations pour la pratique clinique élaborées par l'ANAES dans les domaines de la nutrition des femmes enceintes, des sujets âgés à domicile, de l'évaluation de l'état nutritionnel des patients, du diagnostic et de la prise en charge de la dénutrition à l'hôpital et sur les allergies alimentaires.
- Une information des professionnels relais sur les rôles des facteurs nutritionnels impliqués dans le déterminisme et la prévention des maladies chroniques est assurée au travers de synthèses actualisées.
- Les fonctions et les métiers de la nutrition font l'objet d'une réflexion en profondeur afin d'aboutir à l'adaptation des formations de l'ensemble des professionnels de santé aux enjeux actuels.

3. Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs

- Faciliter l'analyse par le consommateur des informations promotionnelles mentionnant la valeur santé de produits et services alimentaires, et notamment de la conformité de ces informations aux objectifs du PNNS.
- Un renforcement de la formation des professionnels de l'agro-alimentaire et des filières alimentaires dans le champ de la nutrition, notamment dans les domaines de la nutrition de santé publique est prévu.
- Une réflexion sur l'offre alimentaire est prévue avec les professionnels.

4. Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population

- L'Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle (USEN) a été mise en place pour évaluer l'impact dans le temps des mesures et actions mises en place dans le cadre du PNNS.
- La mise à jour de tables de composition des aliments, coordonnée par l'AFSSA, doit permettre de disposer d'outils fiables pour la surveillance des apports nutritionnels.

5. Développer la recherche en nutrition humaine (épidémiologique, comportementale et clinique)

- Sous l'égide du Ministère de la Recherche, le Réseau Alimentation Référence Europe (RARE), et notamment l'action NUTRIALIS favorise, dans le cadre de partenariat avec les industriels de l'agroalimentaire, l'étude des comportements alimentaires et de la prévention nutritionnelle des grandes pathologies de santé publique (cancer, maladies cardiovasculaires, obésité).
- De la même façon, est stimulée le développement de la recherche sur la nutrition en santé publique au titre des actions de recherche clinique menées par les centres hospitaliers et par la participation active de l'INSERM et de l'INRA.

6. engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population.

- Diverses mesures visent à mettre en oeuvre les moyens d'atteindre les objectifs spécifiques retenus dans le PNNS.
- Pour réduire la carence en fer durant la grossesse, deux stratégies d'intervention seront

prévues, en accord avec les recommandations pour la pratique clinique (ANAES): la supplémentation en fer des femmes enceintes et les conseils nutritionnels spécifiques, intégrés dans une information globale sur l'alimentation durant la grossesse (Guide spécifique pour les femmes enceintes),

- Pour améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse, diverses actions seront mises en place : la poursuite et le développement de la sensibilisation des personnels de santé, des enseignants, et des femmes en âge de procréer. L'information sera transmise au travers des centres de planning familial, des PMI, des pharmacies et de la presse féminine, jeune et familiale. Des conseils nutritionnels adaptés (brochure et guide alimentaire spécifique) seront promulgués et une supplémentation systématique en folates sera proposée aux femmes en cas de projet de grossesse.

- **Pour promouvoir l'allaitement maternel, il sera nécessaire de fournir aux femmes un contexte favorable pour orienter leur choix en faveur de l'allaitement maternel et pour la prolongation de sa durée. Un document scientifique validé sur l'intérêt santé de l'allaitement maternel sera diffusé auprès des professionnels relais (collection des Synthèses du PNNS). L'application des directives européennes sur la promotion des substituts du lait maternel sera renforcée. La formation des personnels des maternités et l'information des femmes sur l'allaitement et l'introduction des aliments de complément, à l'occasion des consultations prénatales, compléteront le dispositif.**

- Pour prévenir les déficiences en fer, calcium et vitamine D des enfants et des adolescents, outre les actions générales prévues en milieu scolaire, un guide alimentaire spécifique sera développé pour ces populations. Une information ciblée dans les régions de faible ensoleillement permettra de développer une supplémentation hivernale en vitamine D (100 000 UI) sous contrôle médical.

- Pour améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées, des recommandations viseront à mettre en place une supplémentation en calcium et vitamine D des sujets âgés vivant en institution, et en vitamine D (éventuellement associée au calcium) chez les personnes âgées vivant à domicile.

- Pour prévenir la dénutrition des personnes âgées, sera favorisé le dépistage en pratique médicale de ville et en institution (à l'aide d'un disque d'évaluation nutritionnelle). Un guide spécifique favorisera l'implication des familles dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées.

- Pour lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes suivant des régimes restrictifs ou présentant des troubles du comportement alimentaire, des recommandations pour la pratique clinique (ANAES) seront établis et une information sur ce point sera développé à l'intention du milieu médical.

- Pour lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les personnes en situation de précarité, une sensibilisation et une formation sera mise en place pour les acteurs de terrain en contact avec ces populations. Les actions des professions relais pour améliorer la qualité nutritionnelle de l'alimentation, les initiatives novatrices ou l'alimentation est également le support à la réinsertion sociale et la diffusion d'outils nutritionnels spécifiques seront soutenus.

- Pour limiter le risque de développement de phénomène d'allergies alimentaires, des

recommandations sur la prévention seront diffusés auprès des personnels de santé ; des informations auprès des femmes enceintes ayant des antécédents familiaux et la promotion de l'allaitement maternel seront assurées. La mise en place d'un étiquetage exhaustif et précis, un guide spécifique, les actions de formation pour les différents professionnels concernés et le développement d'un réseau d'allergo-vigilance (InVS-AFSSA) compléteront l'arsenal des mesures mises en place.

Au total, le PNNS constitue un véritable plan de santé publique visant à atteindre des objectifs précis, chiffrés et programmés dans le temps, reposant sur des mesures et actions précises et ciblées et le développement d'outils spécifiques et adaptés, intégrant dans sa programmation sa propre évaluation et associant acteurs publics et privés et dont le succès passe par la responsabilisation de tous les acteurs concernés. La mise en place de ce PNNS, amène la France qui souffrait d'une absence totale de politique nutritionnelle à une situation de pointe tout à fait innovante dans le domaine de la prévention nutritionnelle des maladies chroniques et l'optimisation de l'état de santé.

Source : FLORION S. *Allaiter, la mère à boire*. Mémoire sage-femme. Nancy : Ecole de sage-femme de Nancy, 2002.

ANNEXE VI : ALLAITEMENT MATERNEL : MISE EN OEUVRE ET POURSUITE DANS LES 6 PREMIERS MOIS DE VIE DE L'ENFANT

RECOMMANDATIONS (extrait)

MAI 2002

Service recommandations et références professionnelles

Ces recommandations ont été élaborées à la demande conjointe de l'Association de recherche en soins infirmiers et du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Elles ont été établies sous l'égide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé en collaboration avec des représentants de :

- l'Association des sages-femmes enseignantes françaises ;
- l'Association nationale des sages-femmes libérales ;
- l'Association nationale des puéricultrices diplômées d'État ;
- l'Association pour la promotion de l'expertise et de la recherche en soins infirmiers ;
- la Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes ;
- le Regroupement national des sages-femmes occupant un poste d'encadrement ;
- la Société française de pédiatrie.

RECOMMANDATIONS

I. INTRODUCTION

L'allaitement maternel a peu varié en France ces 20 dernières années. Environ la moitié des nouveau-nés est allaitée à la sortie de la maternité. Aucune donnée nationale n'est actuellement disponible sur la durée de l'allaitement. Ces recommandations proposent des conseils d'organisation et des modalités de mise en oeuvre de l'allaitement maternel et de sa poursuite jusqu'à au moins 6 mois. Les compléments d'un allaitement partiel ainsi que la diversification alimentaire ne sont pas abordés.

1. Définitions et description de l'allaitement maternel

[...]

2. Population concernée par les recommandations

Ces recommandations concernent les femmes ayant mis au monde un enfant sain né à terme.

Les modalités d'allaitement des jumeaux, des autres nouveau-nés, malades, prématurés, dysmatures ou de faible poids de naissance n'ont pas été abordées dans ces recommandations.

3. Professionnels concernés par les recommandations

« tous les professionnels impliqués en périnatalité »

II. BÉNÉFICES ET DURÉE OPTIMALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

L'allaitement maternel exclusif permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois.

[...]

III. CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT

Les raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont exceptionnelles [...].

IV. LES PRATIQUES QUI ENCOURAGENT L'ALLAITEMENT MATERNEL

1. Les facteurs qui influencent le choix d'allaiter

L'allaitement maternel est plus répandu chez les femmes appartenant à des milieux favorisés et ayant fait des études plus poussées.

Les mères choisissent l'allaitement maternel parce qu'elles en retirent un investissement émotionnel et des gratifications comme un sentiment d'utilité, une satisfaction physique, une image de soi positive, une affirmation de leur féminité.

[...]

Selon les rares études portant sur le moment du choix du mode d'allaitement, celui-ci se situe avant la grossesse pour plus de la moitié des mères. [...]

Seules les annonces télévisées répétées semblent avoir une influence sur l'intention ultérieure d'allaiter (grade C). Le groupe de travail recommande qu'une information appropriée soit donnée à l'école pour renforcer l'intention d'allaiter.

2. Les interventions qui encouragent l'allaitement maternel avant la naissance

Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Il est recommandé d'évaluer l'expérience de la future mère, ses connaissances, ses désirs et de lui donner des informations sur les modalités de mise en oeuvre de l'allaitement. Cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

En période prénatale, l'information seule, délivrée individuellement ou en groupe, a un impact limité sur les taux d'allaitement exclusif et sur la durée de l'allaitement maternel (grade C).

En revanche, des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite (grade C).

Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter et les aide à réaliser effectivement cet allaitement (grade C). Ce type d'intervention est recommandé.

Chez les femmes de faible niveau de ressources ou appartenant à des minorités ethniques, des contacts durant la période pré et postnatale avec des mères expérimentées améliorent la mise en oeuvre et la durée de l'allaitement maternel (grade C).

3. Préparation des seins à l'allaitement

Le bénéfice d'une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, n'est pas démontré.

V. MODALITÉS DE MISE EN OEUVRE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT LORS DE SA MISE EN ROUTE

1. Changements des pratiques et de l'organisation dans les maternités

Toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou partie des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » (IHAB) (*tableau 1*) améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (grade B).

[...]

2. Contact peau à peau et tétée précoce

À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (grade C).

Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. [...]

Après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime.

[...]

3. Cohabitation du nouveau-né avec sa mère

La cohabitation du nourrisson avec sa mère doit être systématiquement encouragée. La proximité de la mère et de l'enfant 24 heures sur 24 favorise l'allaitement à la demande, facilite l'allaitement la nuit et limite le risque de recours à un substitut de lait (grade C). De plus, elle favorise le processus d'attachement entre la mère et l'enfant, même si l'enfant n'est pas allaité. La mère pourra apprendre à reconnaître les signes qui montrent que le bébé est prêt à téter.

L'équipement hôtelier à la maternité doit être adapté (lit plus large, à hauteur variable, fauteuil confortable) pour faciliter l'allaitement.

4. Position du nouveau-né et prise du sein

La bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant (bouche grande ouverte et langue vers le bas) permettent une succion efficace et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon (*figure 1*). C'est un facteur déterminant de la réussite de la mise en oeuvre et de la poursuite de l'allaitement.

Le groupe de travail recommande que soient recherchées avec la mère les différentes positions dans lesquelles le bébé peut être allaité confortablement (position assise, couchée). La mère doit être entraînée à observer la succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée.

Les professionnels de santé doivent vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion lors des premières tétées.

5. Durée et fréquence des tétées

Seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels.

[...]

VI. UTILISATION DE COMPLÉMENTS

1. Lors du commencement de l'allaitement

L'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. [...]

Il n'y a pas lieu de donner des compléments (eau, eau sucrée, substitut de lait) à un nouveau-né allaité exclusivement. [...]

Les biberons de substituts de lait prêts à l'emploi ne doivent pas être mis à disposition des mères dans leur chambre.[...]

2. Lors de la poursuite de l'allaitement

L'introduction de compléments entre 4 et 6 mois en plus de la poursuite de l'allaitement conduit à un excès de risque significatif de gastro-entérite et doit donc être déconseillée car cela n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant (grade B).

[...]

VII. PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES DIFFICULTÉS DE

L'ALLAITEMENT

La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner systématiquement l'arrêt de l'allaitement. [...]

VIII. LES PRATIQUES QUI ENCOURAGENT ET SOUTIENNENT

L'ALLAITEMENT DANS SA DURÉE

Toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois (grade B).

Parmi les stratégies de soutien, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements, avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement (en complément de soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone. [...]

IX. REPRISE DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

La reprise du travail, des activités ou du sport ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Cette possibilité de concilier reprise d'activités et allaitement doit être envisagée avec chaque mère.

Les mères doivent être informées des différentes modalités de poursuite de l'allaitement [...]

Le recours à des professionnels de santé ou des bénévoles formés au suivi de l'allaitement et la recherche d'un soutien en cas de difficultés sont recommandés.

X. ALLAITEMENT ET NUTRITION DE LA MÈRE

Les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée recommandée durant la grossesse s'appliquent également durant toute la durée de l'allaitement maternel.

[...]

XI. ALLAITEMENT ET MÉDICAMENTS

De nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite.

[...]

XII. ALLAITEMENT ET CONTRACEPTION

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple afin de lui permettre de choisir la méthode de régulation des naissances la plus appropriée.

[...]

XIII. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Le groupe de travail indique qu'il est souhaitable de mettre en place des mesures organisationnelles telles que l'allongement de la durée du congé postnatal, car il favorise la poursuite de l'allaitement maternel.

L'analyse de la littérature utilisée pour ce travail a conduit le groupe de travail à proposer les travaux et les pistes de recherches suivantes :

- les taux d'allaitement maternel sont actuellement ceux mesurés durant le séjour à la maternité ou dans le *post-partum* immédiat. Il serait souhaitable que l'on puisse disposer de données sur la durée de l'allaitement maternel ;

- les études qui mesurent l'efficacité de diverses interventions sur la pratique de l'allaitement maternel devraient décrire précisément d'une part les modalités de l'intervention et la prise en charge habituelle des populations étudiées et d'autre part les critères de jugement, en particulier la définition retenue de l'allaitement maternel, la mesure du taux d'allaitement exclusif et sa durée ;

- les pratiques habituelles de surveillance et de soins aux nouveau-nés en salle de naissance devraient être définies pour favoriser un allaitement précoce tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant ;

- les difficultés de l'allaitement (douleurs et lésions du mamelon, engorgement mammaire, mastite) devraient être mieux définies, leur prévention et leur traitement évalués.

Source : Allaitement. Disponible sur ><http://maternage.free.fr/allaitement.htm>>

ANNEXE VII : MISE EN PLACE DES SEANCES DE SUIVI POSTNATAL

19 décembre 2007 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 27 sur 143

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie

1.3. Mise en place des séances de suivi postnatal

Conscients de l'importance du suivi de la femme et de l'enfant comme moyen de prévention, notamment des risques liés au *post-partum*, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place des séances de suivi postnatal réalisées par les sages-femmes libérales. Conformément aux recommandations professionnelles relatives à la préparation à la naissance et à la parentalité publiées par la Haute Autorité de santé en novembre 2005, ces séances permettent de rompre l'isolement de la jeune mère, de s'assurer de l'existence de liens mère-enfant satisfaisants et du bon développement de la parentalité, de soutenir l'allaitement et de rechercher notamment des signes de dépression du *post-partum* chez la mère.

Il est complété de conseils d'éducation sanitaire destinés à accompagner les soins aux nouveau-nés, à compléter les connaissances et à améliorer le bien-être de l'enfant et de la mère, notamment la réappropriation du schéma corporel de cette dernière. Ce suivi est ajusté en fonction de leurs besoins à tous les deux.

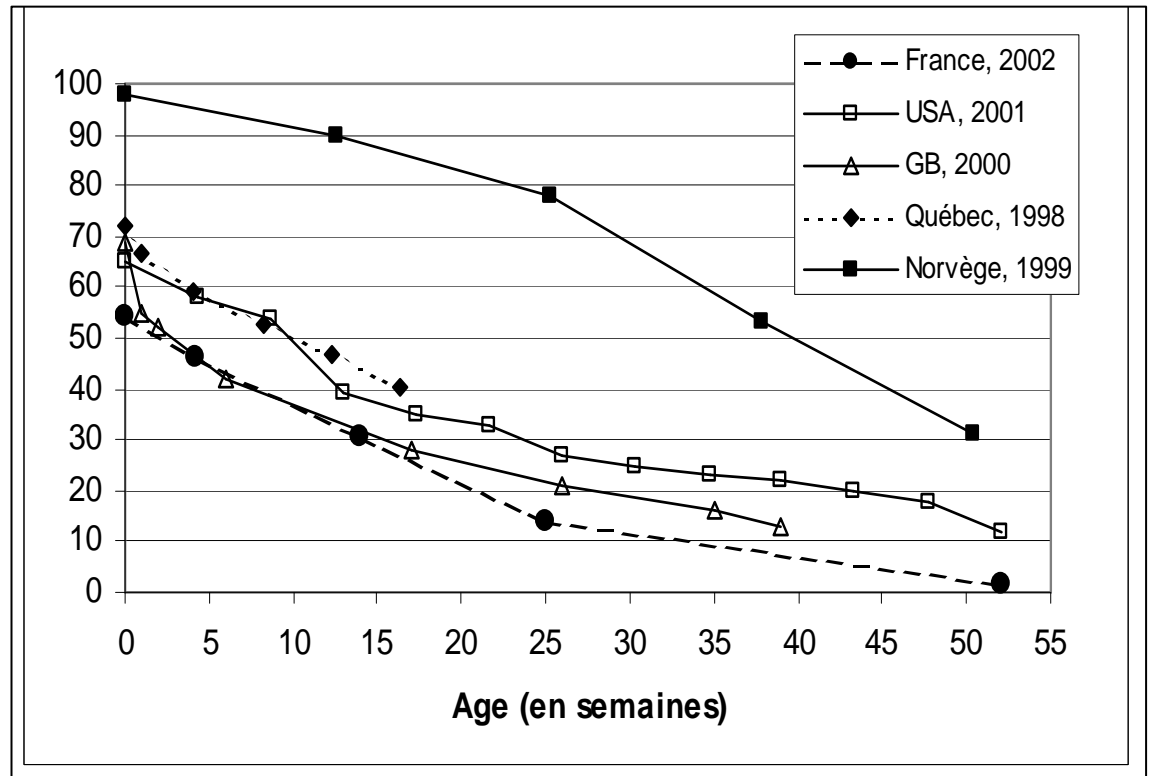
C'est pourquoi les partenaires conventionnels estiment tout particulièrement nécessaire de promouvoir cet accompagnement auprès des femmes les plus vulnérables.

Ils proposent donc de mettre en place des séances de suivi postnatal (au maximum deux), à réaliser au domicile de la patiente ou au cabinet de la sage-femme, dans une période allant de huit jours après la naissance jusqu'à la consultation postnatale prévue entre la sixième ou huitième semaine suivant l'accouchement. Les séances de suivi postnatal sont indépendantes des consultations médicales dont la mère ou l'enfant pourraient avoir besoin par ailleurs. Suite à ces séances, la sage-femme procédera à un retour d'informations vers le médecin traitant et, lorsque nécessaire, réorientera la femme et l'enfant vers les différents acteurs de la périnatalité. Les partenaires conventionnels conviennent donc de proposer la création d'un nouveau libellé pour ces séances de suivi postnatal, affecté d'une lettre-clé spécifique. Le tarif de la séance de suivi postnatal sera fixé à 18,55 €

Cette mesure s'appliquera sous réserve, et le cas échéant, de la publication de la modification de la liste citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Source : La convention nationale des sages-femmes du 11 Octobre 2007. Disponible sur www.ameli.fr

ANNEXE VIII : TAUX D'ALLAITEMENT DANS CINQ PAYS INDUSTRIALISES EN FONCTION DE L'AGE DES NOURRISSONS



Source : IPA (Information Pour l'Allaitement)

ANNEXE IX : JE M'INTERROGE AU SUJET DE MON ALLAITEMENT MATERNEL : QUI PUIS-JE APPELER ?

- **Une sage-femme libérale** : c'est une spécialiste (entre autres) de la physiologie de l'allaitement, et elle saura répondre à toutes mes interrogations à ce sujet. Je peux l'interroger par téléphone, ou lui demander de venir me voir à domicile.

Coordonnées de la sage-femme libérale la plus proche de chez moi :

- **Une puéricultrice de P.M.I.** : elle pourra également répondre à toutes mes questions concernant mon allaitement maternel, que ce soit par téléphone, ou lors d'une visite à domicile.

Coordonnées du C.M.S. le plus proche de chez moi :

- **Un consultante en lactation** : c'est une spécialiste, formée pour prévenir et surmonter les problèmes éventuels durant l'allaitement maternel. Je peux lui téléphoner ou la rencontrer sur son lieu de travail.

Coordonnées des 3 consultantes en lactation de Moselle :

- *Hospitalor (St Avold) : Mmes MOLL et ARNAULT, joignables au 0387918191*
- *C.M.S. Bouzonville : Mme NIDERCORN, joignable au 0387579916*
-

- **Mon pédiatre** : je l'appellerai plutôt si je présente des symptômes pathologiques.

- **Mon gynécologue** : je l'appellerai plutôt si je présente des symptômes pathologiques.

- **Mon médecin traitant.**

- **Les groupes de soutien** : je peux y assister si je veux rencontrer d'autres mamans qui allaitent, afin de leur poser des questions ou simplement pour le plaisir de partager mon expérience.

Contacts :

- *Info Allaitement 57 : ils organisent une réunion tous les premiers samedi du mois à Bon Secours, et ont une permanence téléphonique au 0387528016*
- *La maternité Sainte Croix : il s'y organise une fois tous les 2 mois une séance destinée aux femmes enceintes et aux femmes allaitantes, dans le but d'expliquer la physiologie de l'allaitement maternel. Accueil de la maternité au 0387345100*
- *La Leche League : je peux trouver les coordonnées des animatrices de France –qui assurent également des consultations téléphoniques-, ainsi que les dates des réunions prévues sur le site : www.lllfrance.org*

ANNEXE X : ENTRETIEN SEMI DIRECTIF EN MATERNITE

Nom : Prénom :
Age :
Profession de la mère :
Profession du père :

Parité :

Si vous êtes multipare :

- Avez-vous allaité votre (vos) autre(s) enfant(s) ?
- Si oui : combien de temps ?
- Comment cela s'est-il passé ?

- Pour quel motif l'avez-vous sevré ?

En ce qui concerne cette grossesse :

- Avez-vous déjà reçu des informations sur l'allaitement maternel de la part de professionnel(s) de santé ?
- Si oui : de quel(s) professionnel(s) s'agit-il ?
- De votre côté, avez-vous recherché des informations ou des témoignages au sujet de l'allaitement maternel (entourage, livres, internet) ?

En ce qui concerne votre séjour en maternité :

- L'accompagnement des professionnels au sujet de votre allaitement correspond-il à vos besoins ?

- Le démarrage de votre allaitement se passe-t-il bien ?

- Gardez-vous votre enfant avec vous la nuit ?
- A-t-on donné des compléments à votre enfant ?
- Avez-vous connaissance des 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées par l'OMS et l'UNICEF ?
- Si oui : avez-vous réussi à les mettre en œuvre ?

Au jour d'aujourd'hui :

- Votre allaitement est-il exclusif ou mixte ?
- Avez-vous un projet d'allaitement (avez-vous anticipé votre retour à domicile) ?

- Avez-vous confiance en votre capacité à allaiter ?

- Savez-vous quels professionnels vous pouvez contacter si vous avez des difficultés dans votre allaitement maternel ?

ANNEXE XI : APPEL TELEPHONIQUE A J45 DE L'ACCOUCHEMENT

Allaitez-vous toujours votre enfant ?

Si oui :

- S'agit-il d'un allaitement exclusif ou mixte ?
- Combien de temps souhaitez-vous encore allaiter ?

Si non :

- Quand avez-vous arrêté d'allaiter ?
- S'agit-il d'un arrêt volontaire ou avez-vous rencontré des difficultés ?

Avez-vous consulté un professionnel au sujet de votre allaitement ?

Si oui :

- Lequel ?
- A-t-il su répondre à votre demande ?

Avez-vous reçu la visite d'une puéricultrice de PMI ?

Si oui : quand était-ce ?

Avez-vous assisté à un groupe de parole sur l'allaitement ?

Si oui : la ou les séances ont-elles répondu à vos attentes ?

Depuis votre retour à domicile, avez-vous recherché des informations sur l'allaitement maternel (entourage, livres, internet) ?

ANNEXE XII : TABLEAU D'ETUDE EXPERIMENTALE CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LA FORMATION DES PROFESSIONNELS.

TABLEAU 2.1. RESULTATS COMPARATIFS D'ETUDES EXPERIMENTALES - FORMATION

Etude	Participants Critères	Formation	Evaluation/Résultats	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Altabelli, 81 (Pérou)	Personnel de soins périnataux dans 2 hôpitaux pour familles à faibles revenus. Hôp. A - Intervention: Conditions 1, 6, 7, 8 et 9 en pratique (159 participants). Hôp. B - Intervention: Conditions 6 et 7 en pratique (126 participants). Hôp. C - Témoin: Pratique seule du placement de l'enfant auprès de sa mère.	20 heures de formation + 1 jour supplémentaire de cours pratique destiné aux aides-soignantes.	Etude CAP pratiquée avant (n = 323) puis 8 mois après la formation (n = 325). Age moyen auquel les agents de santé préconisaient l'introduction de l'eau dans l'alimentation: Allaitement exclusif* à 4 semaines; Allaitement exclusif* à 12 semaines;	Hôp. A (avant): 13 semaines Hôp. B (avant): 8 semaines Hôp. C (témoin): 2 semaines Témoin: 13 (12%) Témoin: 7 (6%)	Hôp. A (après): 24 semaines*** Hôp. B (après): 22 semaines**	CAP améliorées dans les hôp. A et B après la formation. Recours plus fréquent à l'allaitement exclusif à 12 semaines dans hôp. A; jusqu'à 4 semaines dans hôp. B.
Westphal, 85 (Brésil)	Equipe de trois professionnels provenant de 4 hôpitaux, groupés avec 4 autres hôpitaux témoins; aucune formation antérieure à l'allaitement.	3 semaines (133 heures) de cours de formation théorique et pratique.	Adoption des « Dix Conditions »: Résultats avant / après le cours de formation (% d'amélioration), données réévaluées	Tém. 1: 2,2/3,3 (50%) Tém. 2: 2,3/1,6 (30%) Tém. 3: 2,6/2,8 (8%) Tém. 4: 3,9/4,1 (5%)	Interv. 1: 2,5/3,1 (24%) Interv. 2: 2,8/4,2 (82%) Interv. 3: 2,9/4,8 (86%) Interv. 4: 3,2/3,7 (19%)	Adoption plus large des « Dix Conditions » à l'issue de la formation.
Rea, 98 (Brésil)	20 agents de santé travaillant au sein de divers établissements de soins, dans une zone géographique identique; 40 professionnels de santé sélectionnés comme témoins.	La Conseil en Allaitement - Cours de formation - 2 semaines (40 heures), y compris 4 séances d'applications cliniques.	Moyenne des connaissances (%), évaluation avant le cours Moyenne des connaissances (%), évaluation immédiatement après le cours/3 mois plus tard. « Ecouter et apprendre », (DS) résultats moyens avant le cours « Ecouter et apprendre », (DS) évaluation immédiatement après le cours/3 mois plus tard. « Renforcer la confiance », (DS) résultats moyens avant le cours « Renforcer la confiance », (DS) évaluation immédiatement après le cours/3 mois plus tard.	7,9 (61%) 14,4 (65%)***Non évalué 12,9 (6,4) 12,2 (6,4)***Non évalué 25,4 (6,3) 24,3 (5,9)***Non évalué	8,1 (62%) 21,7 (64%)*** 20,3 (76%)*** 12,8 (3,2) 19,4 (3,7)***/17,9 (1,99)*** 26,6 (4,9) 36 (4,9)***/35 (4,3)***	Grâce à la formation, amélioration significative et durable des connaissances, toujours satisfaisantes après 3 mois. Amélioration durable des techniques « Ecouter et apprendre ». Amélioration durable des techniques « Renforcer la confiance ».

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. DS: Déviation standard. * : Tout liquide, autre que le lait maternel, donné à l'enfant en complément moins de deux fois par semaine

Source : Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel (OMS – Genève – 1999)

ANNEXE XIII : TABLEAU D'ETUDE EXPERIMENTALE CONCERNANT L'ALLAITEMENT MATERNEL ET LA PREPARATION A LA NAISSANCE.

**TABLEAU 3.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
PREPARATION PRENATALE - EDUCATION**

Etude [unités métrologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Koplowitz, 83 (Etats-Unis d'Amérique) [8]	Femmes possédant de faibles revenus, enceintes de 4 à 6 mois, n'ayant jamais réussi à allaiter jusqu'à 6 mois.	Groupe témoin : Aucun prospectus distribué. Intervention : Envois consécutifs au domicile des personnes participant de 5 prospectus procurant des informations sur l'allaitement et l'alimentation au bébé.	Témoin : 22 Interv. : 18 N : 40	4,3*** Pas d'modification dans les attitudes à l'égard de l'allaitement.	Evaluation des connaissances : 6,3***	Procurer des informations par le biais de prospectus améliore les connais- sances mais n'engendre pas de modification d'attitude à l'égard de l'allaitement.
Wiles, 84 (Etats-Unis d'Amérique) [8]	Femmes primipares (32ème semaine de grossesse), désirant allaiter et suivant un cours pendant la période prénatale. Nourrissons nés à terme, en bonne santé.	Groupe témoin : Cours de préparation à l'accouchement. Intervention : Cours de préparation prénatale à l'allaitement.	Témoin : 20 Interv. : 20 N : 40	Au sein du groupe témoin, 6 femmes (30 %) poursuivent l'allaitement un mois après la naissance***.	Au sein du groupe soumis à une intervention, 18 femmes (90 %) poursuivent l'allaitement un mois après la naissance**.	La poursuite de l'allaitement un mois après la naissance est associée au cours de préparation prénatale.
Klein, 90 (Etats-Unis d'Amérique) [4]†	Femmes de race noire, enceintes de plus de 24 semaines, désirant allaiter ou nourrir leur enfant au biberon, ou n'ayant pas encore déterminé leur choix. Milieu de vie urbain, faibles revenus.	Groupe témoin : soins habituels. Intervention I : Cours de préparation prénatale à l'allaitement (une séance de 50-80 minutes au moins). Intervention II : Séances de rééducation individuelle de durée de 15-30 minutes. Sujets abordés similaires à ceux du groupe soumis à l'intervention I.	Témoin : 56 Interv. I : 38 Interv. II : 36 N : 130	Recours à l'allaitement pendant leur séjour en hôpital pour 13 femmes (22 %) appartenant au groupe témoin.	Interv. I : Recours à l'allaitement pendant leur séjour en maternité pour 17 femmes (45 %)* appartenant à ce groupe. Interv. II : Recours à l'allaitement pendant leur séjour en maternité pour 18 femmes (50 %)* appartenant à ce groupe.	Engager l'allaitement de manière plus fréquente est associé à la préparation prénatale.
Pugin, 96 (Chili) [6]	Femmes primipares et multipares appartenant à un milieu plus ou moins aisé et désirant allaiter. Période : Dernier trimestre de la grossesse.	Groupe témoin : Constitué préalablement à l'intervention. Interv. I : (PPHA) Soins prénatals et postnatals (Conditions 1-3 + 5- 10). Interv. II : (CCPTA) Item Interv. I + 3-5 séances consacrées de préparation prénatale à l'allaitement.	Témoin 313 Interv. I : 263 Interv. II : 59 N : 735	6 mois après la naissance, 99 femmes (32 %) pratiquaient un allaitement total.	Interv. I : 6 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 235 femmes appartenant à ce groupe (65 %). Interv. I + II combinées : 6 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 262 femmes (67 %)*.	Qu'il s'agisse de femmes primipares ou multipares, l'augmentation du taux d'allaitement total grâce aux cours de préparation prénatale. Taux d'allaitement supérieur encore pour les femmes ayant suivi la préparation prénatale avec l'intervention II (femmes aidées sur l'allaitement).

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.
CCPTA : Cours collectif de préparation aux techniques d'allaitement.
PPHA : Programme hospitalier de promotion de l'allaitement.

Source : Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel (OMS – Genève – 1999)

RESUME

L'objectif de ce mémoire était de diminuer les arrêts précoces d'allaitement maternel en étudiant son accompagnement au retour à domicile.

Les recherches ont été basées sur l'accompagnement actuel en Moselle des femmes et de leur allaitement maternel, sur celui qui leur est proposé, et sur celui qu'elles sollicitent.

Il s'est avéré que l'accompagnement au retour à domicile était nécessaire mais insuffisant : il doit être envisagé avant même le début d'une grossesse.

Il ressort de ce mémoire la nécessité d'instaurer une culture d'allaitement maternel, par la mise en commun des efforts des professionnels dont les sages-femmes, des maternités, et du gouvernement. Toutefois, il ne faut pas oublier que l'allaitement maternel est unique à chaque couple mère-enfant, pour lequel l'entourage a un rôle certain à jouer.

The objective of this report was to decrease the premature stops of breast-feeding by studying its accompaniment on the way back at home.

The researches were based on the current accompaniment in Moselle of women and their breast-feeding, on the one who is proposed to them, and on the one that they seek.

It turned out that the accompaniment on the way back at home was necessary but insufficient: he must be even envisaged before the beginning of the pregnancy.

It re-releases from this report the necessity of establishing a culture of breast-feeding, by the pooling of the efforts of the professionals among which the midwives, maternities, and government. However, you should not forget that the breast-feeding is unique in every couple mother-child, for which the circle of acquaintances have certain role to be play.