

ANNEE 2022

**L'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité
du CHU de Dijon et à domicile : quel constat à un mois post-partum ?**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 8 avril 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par MAUREL Fanny Tiaré

Née le 28/06/1988

A Papeete (987)

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2022

**L'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité
du CHU de Dijon et à domicile : quel constat à un mois post-partum ?**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 8 avril 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par MAUREL Fanny Tiaré

Née le 28/06/1988

A Papeete (987)

Année Universitaire 2021-2022
au 1^{er} **Septembre 2021**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)			
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
----	---------	---------	----------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoît	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Frédéric HUET

Membres : Monsieur le Professeur Emmanuel SIMON
Madame le Docteur Maud COURTOIS
Madame le Docteur Sophie BERT, Directeur de thèse

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie ma maître de thèse Sophie Bert pour son soutien et sa patience. Elle a su m'aiguiller tout en me laissant trouver par moi-même, elle a su aussi partager son savoir et son implication pour l'allaitement.

Je remercie les personnes de mon jury d'avoir accepté de participer à ce projet avec moi. Le professeur Huet pour ces années d'internat de formation, de soutien. Merci au professeur Simon de m'avoir permis de faire cette étude. Bien évidemment, le Dr Maud Courtois qui m'a connue à mes débuts dans la pédiatrie, qui suit mes enfants et qui m'a aidée aussi pour mes questions de jeune maman. Merci d'être là !

A toutes les grandes personnes qui ont jalonné mon parcours et mon donné le gout d'apprendre, du savoir, et la persévérance. Je pense à monsieur Ferron mon maitre de stage en master, il m'a permis de découvrir ma passion pour la médecine et la rigueur de la recherche ; Monsieur Zanca, qui m'a permis de garder la tête dans les étoiles et le goût du partage. A tous ces professeurs qui nous forment et qu'on oublie de remercier, merci. Merci Clémence, pour ta présence, ton soutien et ton amitié.

J'ai eu un parcours atypique entrecoupé de deux grossesses qui ne m'a certainement pas permis d'apprécier l'internat comme certains. J'ai cependant connu des co-internes aidants, compréhensifs et soutenant. J'ai des stages qui me marqueront plus car remplis de leur bonne humeur, de beaux moments de partages et de fous rires, alors merci Chloé, Alan, Manon(s), Amandine, Estelle, Nathan, Adrien, Jordan, Alex, et j'en oublie certainement. Un merci tout particulier à des docteurs juniors au top qui m'ont soutenue et aidée, MERCI Margot et Cindy. Merci aussi à toute l'équipe de CCVT qui, même si je n'ai pas su m'épanouir, dans ce domaine m'a permis de prendre confiance en moi. Ivan, merci pour tous nos échanges et ton amitié, j'espère qu'on se reverra. Merci aussi à toute l'équipe de la maternité. Merci aux personnes m'ayant accompagnée sur cette dernière ligne droite, mes collègues citées plus haut et les externes Zoé, Emma et Mattéo, vous avez été au top.

Aux amis particuliers : Pierrot, un artiste passionné et généreux, un ami irréprochable, un parrain attentionné ; Guillaume, un bavard sans filtre, un ami fidèle et un peu fatigant ; Ma juju, une patience sans faille, une amie attentive tu es notre équilibre.

MERCI à ma famille qui a toujours été là. Mes sœurs, pour leur soutien et leur présence parce qu'elles font partie de mon vécu, de mes raisons d'avancer. Julie tu as été ma confidente sur toute ma jeunesse, la médecine ne nous a pas laissé le temps de garder cette proximité, mais n'oublie pas que tu restes mon pilier, mon équilibre, le meilleur reflet de moi-même. Mes parents, parce que je pourrais leur écrire un poème sans jamais être leur niveau, j'espère que mes enfants me porteront autant d'amour de respect et de fierté que ce que j'ai pour vous. Maman, tout se résume en ce mot, tu es toujours là, présente, aimante, patiente, forte, tu es mon guide. Mon papa, tu as toujours cru en moi ; tu es droit, rigoureux, juste, c'est toi mon moteur, mon modèle ; j'espère que tu seras autant fier de moi que je le suis d'être ta fille.

Enfin à la famille que j'ai construit, aux amours de ma vie. Mamour, parce que sans toi rien n'est possible, tu es mon soutien de tous les jours, mon confident, ma moitié, mon scarface ! Mes enfants, Marius et Rose vous êtes ma réussite, ma fierté, ma seule bataille et peut être qu'un jour vous lirez ma thèse et serez fiers de votre maman.

Table des matières

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	10
ABBREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION	12
PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION	15
MATERIEL ET METHODES	18
1. Schéma et objectif de l'étude	18
2. Critères de jugement.....	18
3. Population de l'étude	18
4. Recueil de données	18
5. Analyses statistiques	20
6. Anonymisation et respect des droits du patient.....	20
RESULTATS.....	21
1. Description de la population	21
2. Description des femmes.....	21
DISCUSSION	30
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES.....	40
Annexe 1: étude épifane	40
Annexe 2: feuille explicative délivrée aux mamans	41
Annexe 3: questionnaire à la maternité.....	42
Annexe 4: questionnaire à un mois.....	46
Annexe 5: signes d'éveil	49
Annexe 6: recommandation IHAB	50

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : issue de l'étude de Neuville de 1991 qui montre l'installation de la lactation vers H30 et H40 et se stabilise vers J4-5 (24) -----	15
Figure 2 : issue de l'étude de Neuville de 1991 qui montre la production de lait au cours des 8 premiers mois (24) -----	16
Figure 3 : Diagramme de flux -----	21
Figure 4 : Projet D'AM des mères sortantes de la maternité -----	22
Figure 5 : Répartition des personnes susceptibles d'être soutenantes pour les mamans en cas de difficulté d'AM -----	23
Figure 6 : Principales sources de documentation sur l'AM des mamans au cours de leur grossesse -----	23
Figure 7 : L'AM en sortie de maternité en fonction du projet d'AM -----	24
Figure 8 : Type de difficulté rencontrée par les mamans durant leur séjour à la maternité -----	25
Figure 9 : Personnel aidant à la maternité -----	26
Figure 10 : Le plaisir des mamans à allaiter à la maternité en fonction de leur allaitement en sortie de maternité -----	26
Figure 11 : Répartition à un mois de la population étudiée en fonction du souhait initial et du type d'allaitement en sortie de maternité -----	27
Figure 12 : répartition des AM à un mois selon AM à la sortie de maternité -----	27
Figure 13 : nombre de rendez-vous (rdv) SF ou puéricultrice dans les différents groupes AM à un mois -----	28
Figure 14 : les difficultés rencontrées par les mamans arrêtant leur AM sur le premier mois PP -----	29
Tableau 1 : La motivation des mamans à allaiter -----	22
Tableau 2 : âge et parité en fonction de leur projet d'AM -----	22
Tableau 3 : L'allaitement à la sortie de maternité selon la pratique du peau à peau en SDN et la qualité de la tétée -----	24
Tableau 4 : satisfaction de l'aide reçue à la maternité selon leur AM en sortie de maternité -----	25
Tableau 5 : L'AM à un mois en fonction du suivi des mamans le premier mois post partum -----	28
Tableau 6 : L'AM à un mois en fonction du suivi des bébés le premier mois post partum -----	28
Tableau 7 : les caractéristiques du vécu de l'AM en fonction du type d'allaitement à un mois -----	29

ABBREVIATIONS

AM : Allaitement Maternel

AME : Allaitement Maternel Exclusif

AMM : Allaitement Maternel Mixte

AMMiv : Allaitement Maternel Mixte involontaire, échec du projet d'AME

AMMv : Allaitement Maternel Mixte volontaire en respect du projet d'AMM

ANAES / HAS : Agence Nationale Accréditation et Evaluation en Santé / Haute Autorité de Santé

AP : Auxiliaire de puéricultrice

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CL : consultante en lactation

COVID 19 : Coronavirus Disease 2019

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Epifane : Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

IMC : indice de masse corporelle

NN : Nouveau-Né

PMI : Protection Maternelle Infantile

PNNS : Programme National Nutrition et Santé

PP : Post Partum

PRADO : Programme de Retour A Domicile

RGO : Reflux Gastro-Œsophagien

SF : Sage-Femme

SRO : Soluté de Réhydratation Orale

WBTi : World Breastfeeding Trends Initiative

INTRODUCTION

Le lait maternel est l'aliment le plus naturel et le plus adapté pour le nouveau-né (NN) et le nourrisson (10,20). L'organisation mondiale de la santé (OMS) recommande, depuis 2001, un allaitement maternel exclusif (AME) les six premiers mois et sa poursuite en association avec la diversification jusqu'aux deux ans du nourrisson (43,41). En effet, il possède pour le NN un rôle protecteur sur les infections respiratoires, ORL, digestives (26) et des études retrouvent également un bénéfice sur le développement cognitif, la prévention de l'obésité des enfants et des allergies (6,38,22). Du côté de la mère, il diminue le risque du cancer du sein (45), de l'ovaire, de diabète de type 2 et d'ostéoporose (7,37). Tous ces bénéfices sont dépendants de la durée de l'allaitement maternel et de son exclusivité.

En France, la pratique de l'allaitement maternel (AM) et sa durée sont bien en deçà des recommandations et des pratiques des autres pays d'Europe. Selon l'étude épifane (35), le taux d'intention d'allaiter en maternité était de 74% en 2012 avec 59% d'allaitement maternel exclusif (AME)(annexe 1). Sur les études plus récentes prenant en compte le taux d'AM durant le séjour en maternité, le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de 2016 (18) trouve 66,7% d'AM en maternité avec 52,2% d'AME, soit environ les mêmes chiffres que ceux du certificat du 8^{ème} jour (CS8) avec 67,9% d'AM (29). Ces rapports notent tous une différence inter régionale situant la région Bourgogne Franche-Comté dans la moyenne. Il est à noter que ces certificats sont remplis pendant le séjour à la maternité, en moyenne à 2 jours de vie. Le taux national diminue drastiquement les premiers mois avec 54% d'allaitement à 1 mois, dont seulement 35% d'allaitement maternel exclusif (35), pour atteindre 18% d'allaitement à 6 mois. Les chiffres de poursuite de l'allaitement à 1 mois en Bourgogne ne sont pas connus, ni ceux du taux d'allaitement maternel exclusif, dont l'objectif pour l'OMS en 2025 (42) est d'au moins 50% à 6 mois.

De nombreuses études s'intéressent aux facteurs influençant le choix et la durée de l'AM. Une thèse de 2017 (4) a réalisé une revue narrative de la littérature pour identifier les déterminants d'un allaitement maternel plus court. Elle retrouvait comme caractéristiques favorisant l'AM : l'âge maternel plus élevé, la multiparité, la voie basse versus la césarienne, le niveau d'étude élevé de la mère, le statut socio-économique, le statut marital, l'ancienneté de la décision d'allaiter, le soutien de l'entourage. Au contraire, l'obésité maternelle, le tabac,

le manque de confiance, la prise de poids insuffisante du bébé, un problème de santé du bébé, le recours aux biberons sont associés à des AM moins longs. Une méta-analyse de 2017 publiée dans le Lancet (32) note également l'impact de la formation des professionnels de santé : elle retrouve une augmentation du taux d'initiation d'AM (RR=1.09), une augmentation du taux d'AME entre 0 et 5 mois (RR=1.36) et du taux d'AM global jusqu'à 6 mois (RR=1.33).

Pour améliorer l'accompagnement de l'AM par les maternités, l'OMS avec les fonds de l'UNICEF a créé en 1992 l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (l'IHAB). Ce label est attribué aux établissements qui remplissent les 10 conditions pour le succès de l'AM (24). Parmi celles-ci, on retrouve l'information de la mère sur la pratique de l'allaitement au sein, la mise en route et l'entretien de la lactation, avec toujours l'objectif de privilégier l'AME. Les recherches montrent que, dans les établissements labellisés, les taux d'initiation et de poursuite de l'allaitement maternel sont supérieurs à ceux des autres maternités (27). On comprend alors l'intérêt d'une politique de soutien de l'AM (39).

Le rapport de 2017 du World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi), dressant un état des lieux sur les politiques et mesures de soutien de l'allaitement, donne à la France une note de 5,5/10 pour la formation des professionnels de santé intervenant en périnatalité, et une notation de 2/10 pour la politique nationale de soutien de l'allaitement (40). Malgré ce constat déjà connu depuis le rapport rédigé par le professeur Turck en 2010 (36), peu de choses ont été mises en place. Un espoir pouvait cependant être envisagé avec l'actuel programme national nutrition santé (PNNS) qui s'attache à promouvoir l'AM. Le 4^{ème} PNNS (2019-2023) avait pour objectifs d'élaborer des recommandations pour l'accompagnement des femmes souhaitant allaiter dans le cadre de leur séjour à la maternité, de développer la formation professionnelle et d'expérimenter un soutien téléphonique à l'allaitement maternel lors du retour à domicile. Une proposition de loi (N° 3964) sur l'AM a été déposée à l'assemblée nationale en mars 2021 et renvoyée à la commission des affaires sociales où elle est toujours en attente de traitement. Elle inscrit notamment le rôle du professionnel de santé pour l'information des mères et des campagnes d'information sur les bénéfices de l'AM.

A la maternité du CHU de Dijon, plus de 3000 bébés naissent chaque année et le taux d'intention d'allaiter est supérieur à 70%. La maternité a mis en place depuis quelques années un soutien des mères désireuses d'allaiter : présence à temps partiel (40%) d'une puéricultrice dédiée et formée, ce qui correspond à deux journées de présence par semaine. Par contre, le

personnel dans sa globalité n'a pas bénéficié de formation spécifique à l'accompagnement de l'allaitement maternel.

En sortie de maternité, le relais est assuré par un service de sage-femmes (SF) hospitalières se déplaçant au domicile (UDAME), le réseau des SF libérales incluses ou non dans le programme de retour à domicile (PRADO) et les services de PMI. Les enfants, selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) 2014, sont adressés systématiquement à leur médecin référent dans les deux semaines suivant la naissance.

Toutes ces modifications de pratique laissent espérer des allaitements plus pérennes que ce qu'annoncent les statistiques générales déjà anciennes. Cependant, une étude qualitative récente réalisée en Bourgogne Franche-Comté (17) suggère que les mamans ne se sentent pas suffisamment suivies ni aidées face à leur allaitement. De plus, elle note l'insuffisance de professionnels compétents dans ce domaine avec des discours contradictoires et peu clairs.

L'objectif principal de cette étude était de connaître le taux d'allaitement maternel, exclusif ou non, à un mois.

PHYSIOLOGIE DE LA LACTATION

L'allaitement maternel est un processus naturel, qui permet d'adapter la composition et la production de lait à la croissance, la protection et le développement du NN et du nourrisson. Son déclenchement est favorisé par l'accouchement qui crée un environnement hormonal favorable.

Dès les premières heures après l'accouchement, la synthèse de prolactine, hormone qui régule la synthèse du lait, augmente rapidement. Celle-ci est également sécrétée après les suctions. C'est la première mise au sein ou stimulation du mamelon qui va permettre d'initier le processus, d'où l'intérêt d'une mise au sein précocement après l'accouchement.

Les récepteurs de la prolactine sont situés sur les lactocytes (cellules synthétisant le lait). Plus les tétées sont rapprochées au moment du démarrage de la lactation, plus le nombre de récepteurs à la prolactine seront nombreux, permettant ainsi une régulation positive de la lactation. De plus, la qualité des tétées joue un rôle sur la qualité de la stimulation et, ainsi, de la lactation. Tout ce qui peut entraver ces deux mécanismes, nombre et qualité des tétées, interfère dans la lactation. C'est le cas des compléments, de la limitation des tétées, de la mauvaise prise du sein...

Initialement, le volume de colostrum (premier lait) est < 100 mL/ jour, puis sa composition se modifie et son volume augmente à partir de H36 de vie du NN (figure 1). Le volume du lait de transition vers 4-5 jours est d'environ 500-600 mL/ jour (23). Enfin, apparaîtra le lait mature sur les premières semaines qui verra sa quantité s'adapter aux besoins du nourrisson.

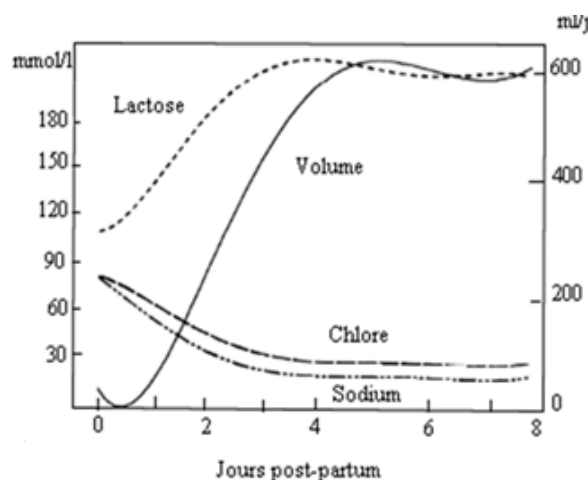


Figure 1 : issue de l'étude de Neuville de 1991 qui montre l'installation de la lactation vers H30 et H40 et se stabilise vers J4-5 (23).

Si les tétées sont rapprochées, le taux de prolactine reste élevé, alors qu'il diminue entre les tétées si elles sont espacées. Au cours de l'allaitement, son taux de base diminue, mais il y a une persistance des pics de sécrétion après chaque succion, permettant ainsi l'adaptation de la production à la consommation.

La variation de volume de lait produit est individuelle et va s'adapter à la demande du NN sur le premier mois. L'évolution exponentielle de la production de lait sur le premier mois post partum (PP) explique l'importance de cette période pour la mise en place d'une lactation suffisante (figure 2).

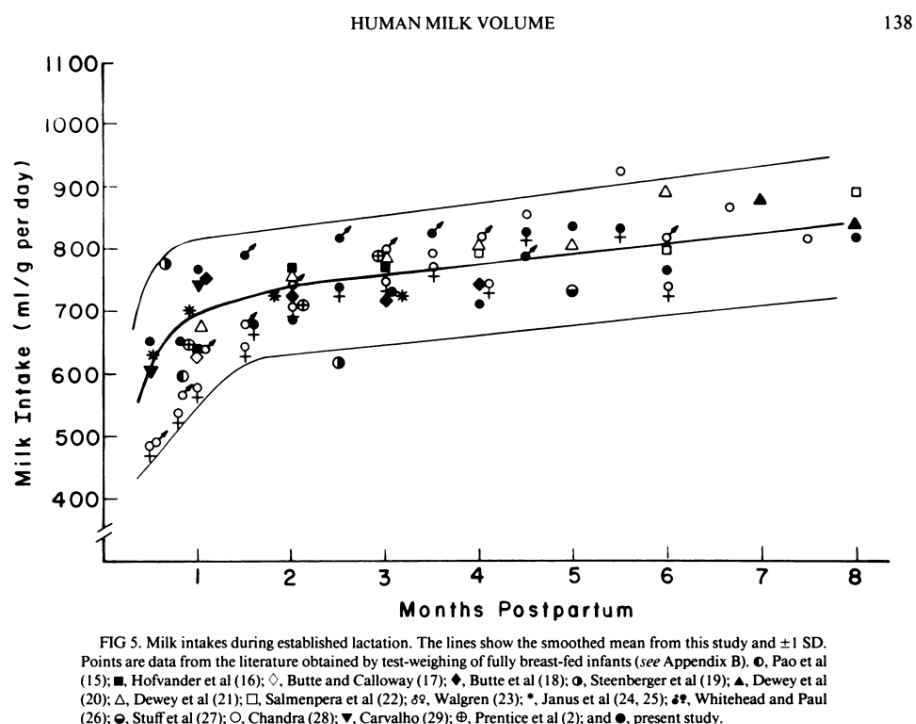


Figure 2 : issue de l'étude de Neuville de 1991 qui montre la production de lait au cours des 8 premiers mois (23).

Chaque femme a une capacité de stockage différente, chaque NN a alors accès à un volume de lait différent (14). Plus la capacité de stockage est importante, plus le volume de lait disponible est important. Plus le volume de lait est important sur une tétée, plus il pourra espacer ses tétées, d'où l'importance d'un AM à la demande avec une prise en charge individuelle.

Le volume de lait sur le premier mois s'adapte à la consommation de l'enfant (19) si la lactation a bien été initiée sur les 4-6 premier jours (16).

Par la suite, le volume de lait restera constant entre 1 et 6 mois et dépendra principalement de l'enfant qui continue à le réguler. L'âge d'un mois est un bon indicateur de l'installation de la lactation avant cette période de relative stabilité.

MATERIEL ET METHODES

1. Schéma et objectif de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective longitudinale descriptive réalisée entre le 15/09/2021 et le 08/10/2021 à la maternité du CHU de Dijon.

L'objectif principal était de connaître le taux d'AM, exclusif ou mixte, à un mois chez les enfants nés et ayant séjourné à la maternité du CHU de Dijon

Les objectifs secondaires étaient de mesurer la réalité du suivi à la maternité et après la sortie, et d'évaluer si les mesures mises en place étaient jugées suffisantes par les mères.

2. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le taux d'AM, exclusif ou mixte, à un mois.

Les critères de jugement secondaires étaient le nombre d'allaitements jugés satisfaisants par les mères, le nombre de mamans satisfaites par le suivi à la maternité et à l'extérieur et les difficultés rencontrées au cours du premier mois d'allaitement.

3. Population de l'étude

Les patientes éligibles étaient les mères allaitant de manière exclusive ou mixte en sortie de maternité. Elles devaient avoir accouché à terme (>37SA) et avoir plus de 18 ans. Les NN devaient être eutrophes et en bonne santé.

Les critères de non inclusion étaient le refus de participer à l'étude ou une barrière de la langue, le refus ou l'absence de possibilité de participer au questionnaire de suivi à un mois (pas de moyen d'être recontactée), les grossesses gémellaires et les mères dont le NN avait été pris en charge en réanimation néonatale pendant plus de 48 heures.

Les critères d'exclusion étaient la survenue au cours du premier mois d'une pathologie interférant avec la bonne mise en place de l'allaitement, le souhait maternel de ne plus participer à l'étude ou une maman injoignable à un mois.

4. Recueil de données

Les inclusions ont été réalisées de manière prospective.

L'investigateur, présent entre 5 et 7 fois par semaine dans le service de suites de naissance, déterminait chaque jour les patientes éligibles, c'est-à-dire celles qui étaient potentiellement

sortantes le jour-même, en concertation avec les SF du service. Au moment où la sélection des couples femme-enfant était effectuée, la sortie n'avait pas encore été validée par la pesée du NN, le passage de la SF ou celui du pédiatre.

Après l'acceptation orale de participation, le questionnaire d'étude était distribué par l'investigateur à ces mères dans leur chambre à la maternité. Un feuillet explicatif de l'objectif de la thèse (annexe 2) avec l'engagement au respect de leur vie privée et à leur liberté d'adhésion ou de sortie de l'étude, complétait le discours oral pour l'obtention d'un consentement éclairé oral.

Deux questionnaires étaient prévus : le premier rempli le jour de la sortie présumée de la maternité, le second au cours de la 5^{ème} semaine de vie du NN.

Les questionnaires étaient composés de questions fermées avec possibilité de rédiger des commentaires ou des propositions libres (annexe 3 et 4). Ils ont été conçus pour ne pas nécessiter plus de 5 minutes de temps de réponse.

Le premier questionnaire distribué à la maternité représentait une feuille recto-verso. Quand des choix étaient proposés, les mères avaient la possibilité de proposer une autre solution. Une première partie concernait les enfants précédents et les antécédents d'allaitement maternel, leur durée et raisons d'arrêt. La deuxième partie comportait de questions à propos du projet d'allaitement voulu pendant la grossesse, la motivation et les soutiens. La troisième partie reprenait des informations sur la grossesse avec leur documentation et sur la naissance avec l'installation en salle de naissance. Enfin, il interrogeait sur le déroulement du séjour, les débuts de l'allaitement, les difficultés et les aides rencontrées. Pour finir, il était demandé d'estimer si elles avaient plaisir à allaiter, de dire si leur projet avait changé après quelques jours d'allaitement, d'identifier une personne ressource susceptible de les épauler si leur allaitement s'avérait difficile. Une dernière question recueillait les commentaires sur l'accompagnement de leur allaitement à la maternité.

Les mères remplissaient le questionnaire hors de la présence de l'investigateur. Les questionnaires étaient récupérés par celui-ci le jour même. La date réelle de sortie n'était pas connue au moment où le questionnaire était repris. Si elle était repoussée, l'information du jour réel de sortie et des raisons ayant conduit à la repousser était récupérée mais le questionnaire n'était pas redistribué.

Les coordonnées maternelles (adresse e-mail et téléphone) étaient également recueillies pour les contacter à un mois, ainsi que leur niveau d'étude. Des informations complémentaires ont été récupérées sur les dossiers médicaux : indice de masse corporelle (IMC), tabac, âge des mamans, mode d'accouchement (voie basse / césarienne).

A un mois post-partum, le deuxième questionnaire était d'abord proposé sous forme de lien via le site « sondageonline » envoyé sur la boîte mail des mamans au cours de la 5^{ème} semaine de vie du NN. Les mères non répondantes étaient contactées par téléphone à la fin de la semaine. Cet ordre de recueil avait été expliqué aux mamans au moment du recueil de leur consentement.

Ce deuxième questionnaire comprenait des questions sur la poursuite ou non de leur allaitement, le type d'allaitement actuel, le suivi de leur bébé et de leur allaitement, les difficultés rencontrées et les ressources trouvées et leurs suggestions pour accompagner au mieux les mamans allaitantes.

5. Analyses statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites en valeur absolue (N) et pourcentage (%), moyenne et écart-type. Les variables qualitatives sont présentées par l'effectif (N) et le pourcentage (%).

Les comparaisons statistiques ont été réalisées sur le site pvalue.io.

Les tests statistiques utilisés étaient majoritairement des tests paramétriques : le test Exact de Fisher et le test Chi 2 de Pearson. Pour les tests non paramétriques ont été utilisé : le test de Kruskal-Wallis et le test de Mann Whitney.

6. Anonymisation et respect des droits du patient

Les mères ont été informées qu'elles pouvaient refuser de répondre aux questionnaires et retirer leur consentement de participation à tout moment.

L'ensemble des informations recueillies était anonymisé. Les patientes incluses dans l'étude ont été informées au moment de l'inclusion de l'anonymisation secondaire des données.

Les formulaires de réponses n'ont pas été conservés.

L'accord de la DRCI (Délégation à la Recherche Clinique et à l'innovation) avait été obtenu avant la mise en œuvre de l'étude.

RESULTATS

1. Description de la population

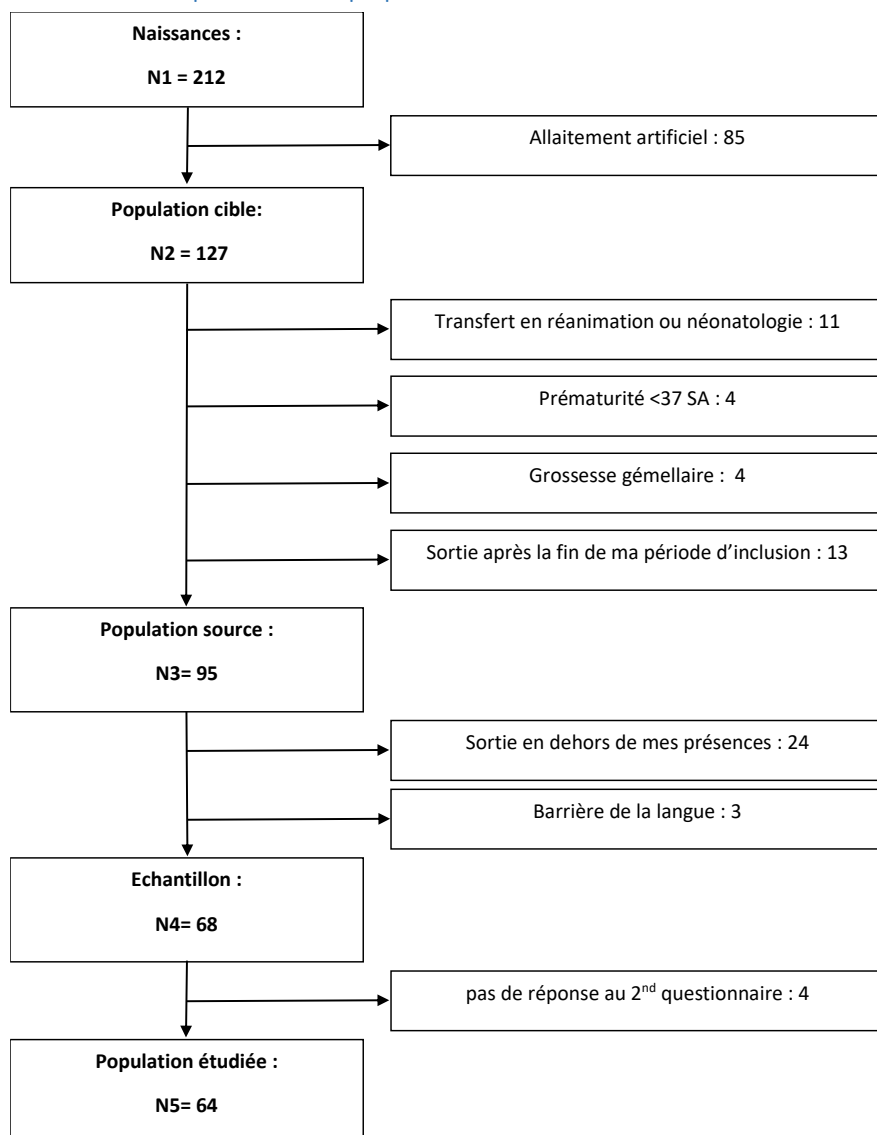


Figure 3 : Diagramme de flux.

L'échantillon correspondait à 67% de la population source. Il y a eu 4 perdues de vue soit 6% de l'échantillon.

2. Description des femmes

Dans la population étudiée, 55 femmes sur notre échantillon de 64 (86%) souhaitaient allaiter exclusivement (AME) et les 9 autres (14%) souhaitaient d'emblée un AMM. Une femme n'avait pas l'intention d'allaiter mais a finalement choisi de proposer le sein à son bébé et a opté ultérieurement pour un AMM. Elle a donc été incluse dans le groupe « souhait d'AMM » en sortie de maternité.

Les deux-tiers de ces femmes avaient un projet d'allaitement long, quel qu'il soit (AME ou AMM) (figure 4).

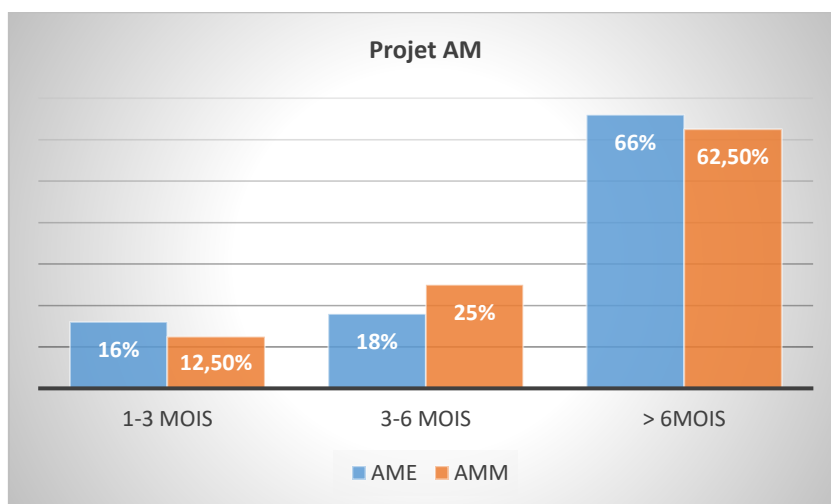


Figure 4 : Projet D'AM des mères sortantes de la maternité

La principale motivation à l'AM était la santé du bébé, 56 femmes sur notre population de 64 (87%) le mettait en premier, et les 8 autres la mettait en deuxième après le contact (Tableau 1).

Motivation AM	Effectif total n/64 (%)			
	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4
Santé bébé	56 (87%)	8 (12%)	0	0
Contact	8 (12%)	44 (69%)	3 (5%)	0
Pratique	0	4 (6%)	25 (39%)	7 (11%)
Finance	0	1 (2%)	9 (14%)	19 (30%)

Tableau 1 : La motivation des mamans à allaiter

Dans notre cohorte, 29 mères soit 45 % étaient primipares ; elles représentaient 47% des AME contre 33% des AMM (tableau 2).

	Effectif total n/64 (%)	Souhait AM à la naissance		P
		AME n/55 (%)	AMM n/9 (%)	
AGE (en années)	30.25 ± 5.29	30,6	28,3	
Nombre enfants antérieurs				
0	29 (45%)	26 (47%)	3 (33%)	0,45
1	20 (31%)	18 (33%)	2 (22%)	-
2 et plus	15 (24%)	11 (20%)	4 (44%)	-
Moyenne de parité		1.91 +- 0.96	1.75+-1.02	-

Tableau 2 : âge et parité en fonction de leur projet d'AM.

Dans notre population, 32 femmes avaient déjà une expériences d'AM, soit 91% des 35 multipares souhaitant allaiter. La durée des AM antérieurs était majoritairement supérieure à

6 mois (64%). Trois femmes avaient donné le biberon à leurs autres enfants et souhaitaient tenter un AM.

La SF était le premier professionnel identifié par les mamans pour les aider dans leur AM, suivie par l'entourage familial et amical (figure 5).

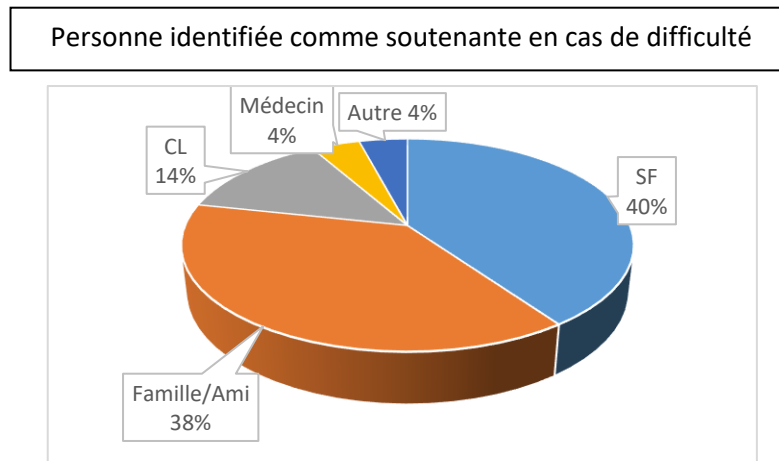


Figure 5: Répartition des personnes susceptibles d'être soutenantes pour les mamans en cas de difficulté d'AM. CL : consultante en lactation, SF : Sage-femme, Autre : puéricultrice.

Durant la grossesse, 78% des mères s'étaient documentées. La figure 6 montre que les sources d'information majeures étaient les cours de préparation à l'accouchement puis l'entourage.

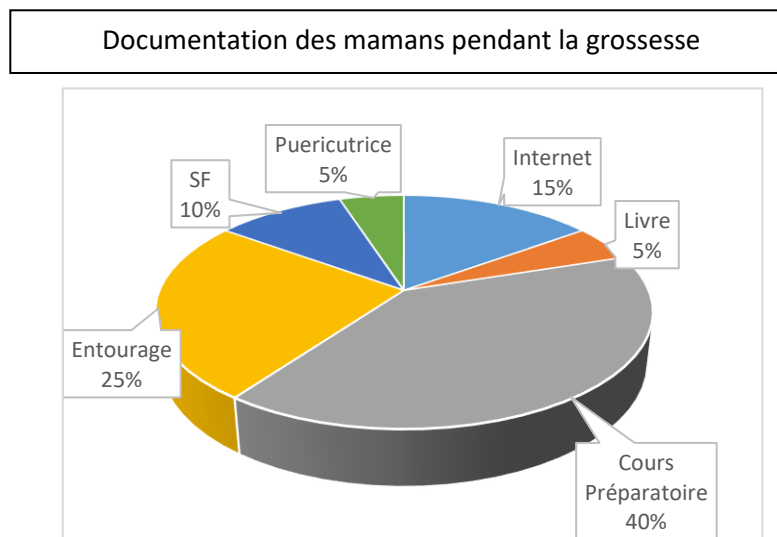


Figure 6 : Principales sources de documentation sur l'AM des mamans au cours de leur grossesse.

3. Bilan en fin de séjour

A la sortie de la maternité, 44 mamans étaient en AME (68,7%) et 20 en AMM. La figure suivante montre que les mamans avec un projet AME sortaient plus de la maternité en allaitement exclusif ($p < 0.001$).

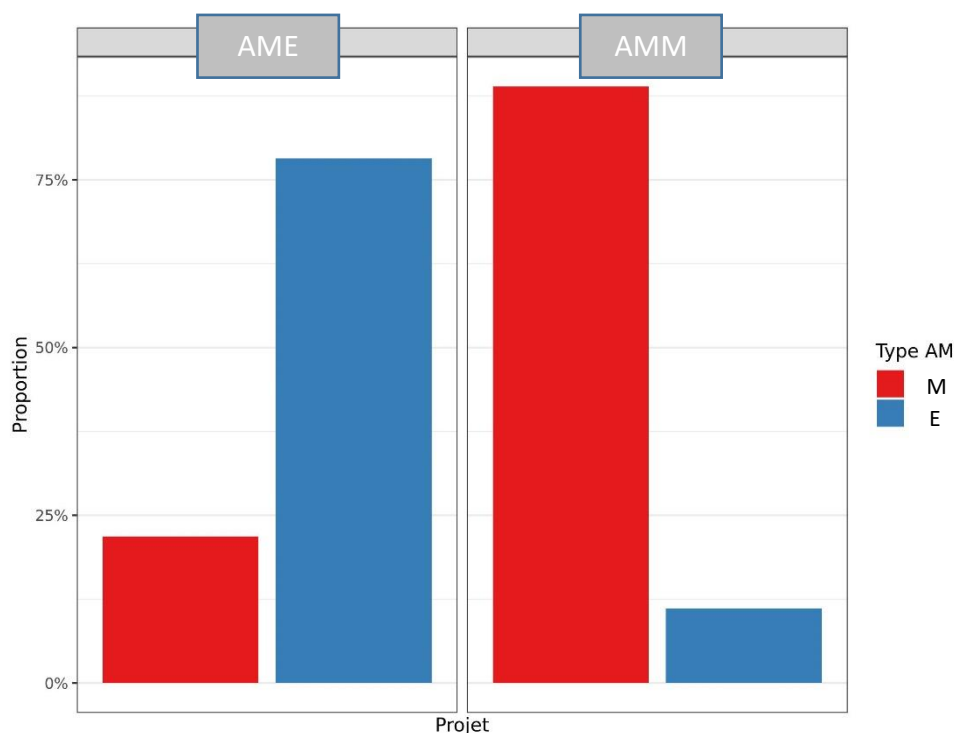


Figure 7 : L'AM en sortie de maternité en fonction du projet d'AM.

Le changement de projet à la sortie de maternité restait mineur avec 2 souhaits de durée revus à la baisse, un souhait d'AME qui était devenu un souhait d'AMM et un souhait d'AMM qui était devenu un souhait d'AME.

La moyenne de durée de séjour se situait à J3 (54,7% des mamans). Les sorties avant J3 concernaient une sortie à J1 contre avis médical et 8 sorties à J2. Elles correspondaient toutes à des projets d'AME et 8 sur les 9 étaient sorties de la maternité avec un AME.

Dans un seul cas, la sortie avait été repoussée à J4 alors que le questionnaire avait été rempli à J2. Il s'agissait d'une grossesse suivie à l'étranger sans suivi organisé en France.

La pratique du peau à peau en salle de naissance (SDN) est répandue et 84% des mamans en avaient bénéficié. Le tableau 3 montre que 14% des NN n'avaient pas tété à cette occasion.

	Toutes n/64 (%)	AME n/44 (%)	AMM n/20 (%)	p
Peau à peau en SDN	54 (84%)	36 (82%)	18 (90%)	0,71
Absence de tétée	9 (14%)	4 (9%)	5 (25%)	0,32
Satisfaction de la tétée	45			-
Bien	34 (63%)	26 (59%)	8(40%)	0,39
Moyennement bien	8 (13%)	6 (14%)	2 (11%)	-
Pas bien	3 (5%)	1 (2%)	2 (10%)	-

Tableau 3: L'allaitement à la sortie de maternité selon la pratique du peau à peau en SDN et la qualité de la tétée.

Les difficultés à la maternité ont concerné 70% des femmes.

La figure 8 montre que les principales difficultés que rencontraient les mamans durant leur séjour en maternité étaient la douleur et l'état d'éveil du bébé. L'éveil du bébé correspond soit à un bébé trop endormi, soit à un bébé trop agité, dont l'état d'éveil a pu poser des difficultés pour la maman à le mettre au sein.

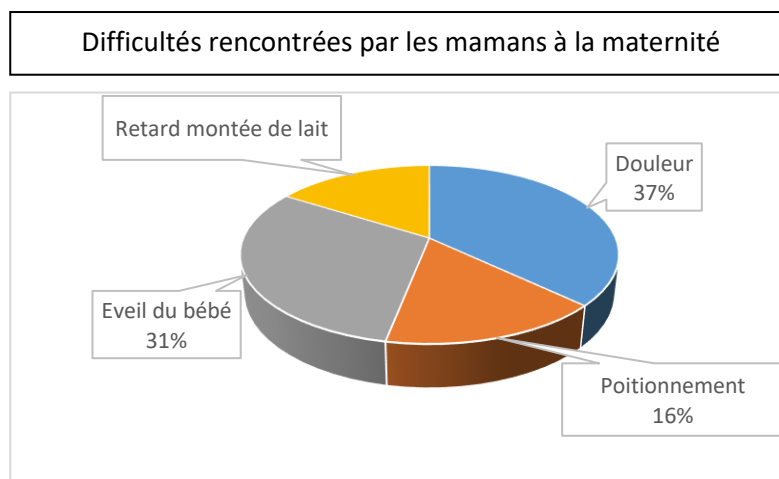


Figure 8 : Type de difficulté rencontrée par les mamans durant leur séjour à la maternité.

Le type d'AM en sortie de maternité n'était pas significativement différent suivant la présence de difficultés ($p=0.33$)

Sur les 44 bébés allaités en exclusif à la sortie de la maternité, 8 avaient reçu 1 ou 2 compléments sur les premières 24 heures de vie. Pour 2 d'entre eux, il s'agissait de soluté de réhydratation (SRO) et pour 6, de lait artificiel.

A la maternité, quel que soit leur AM en sortie de maternité, 83% des mamans ont reçu de l'aide (tableau 4). Il est intéressant de constater que sur les 53 mamans aidées, 46 (86,8%) ont été satisfaites.

Aide à la Maternité	Total n/64 (%)	AME n/44(%)	AMA n/20(%)	p
Aucune Aide	11 (17%)	9 (20%)	2 (10%)	0,48
Aide	53 (83%)	35 (79%)	18 (80%)	0,67
Suffisante	46 (72%)	31 (89%)	15 (83%)	-
Insuffisante	5 (8%)	3(9%)	2 (11%)	-
Excessive	2 (3%)	1 (3%)	1 (5%)	-

Tableau 4: satisfaction de l'aide reçue à la maternité selon leur AM en sortie de maternité.

Pour le personnel aidant les mamans à la maternité (figure 9), on retrouvait principalement l'auxiliaire de puériculture (AP) et la sage-femme (SF). La puéricultrice dédiée n'était citée que par 5 femmes (8%).

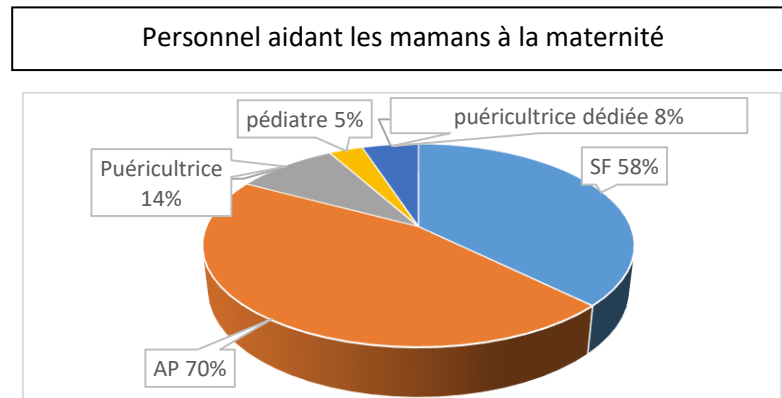


Figure 9 : Personnel aidant à la maternité.

On remarque qu'en sortie de maternité, la majorité des mamans avait plaisir à allaiter, que l'allaitement soit exclusif ou non (figure 10). Les mamans en AME semblaient avoir plus plaisir à allaiter sans différence significative ($p=0,49$).

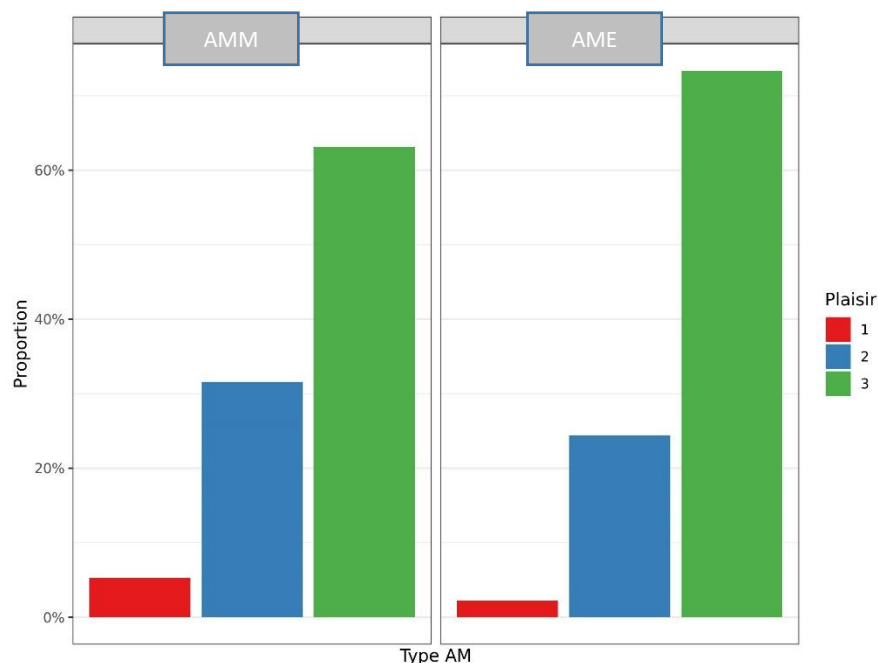


Figure 10 : Le plaisir des mamans à allaiter à la maternité en fonction de leur allaitement en sortie de maternité. *plaisir 1= note de 1-4 ; 2= note de 5-7 ; 3= note de 8-10*

4. Bilan du suivi sur le premier mois

Au total, 78% des femmes allaient encore à 1 mois, dont à peine plus de la moitié (57,8%) en AME. Parmi celles qui avaient un projet d'AME, 65% avaient réussi un AME à un mois (figure 11).

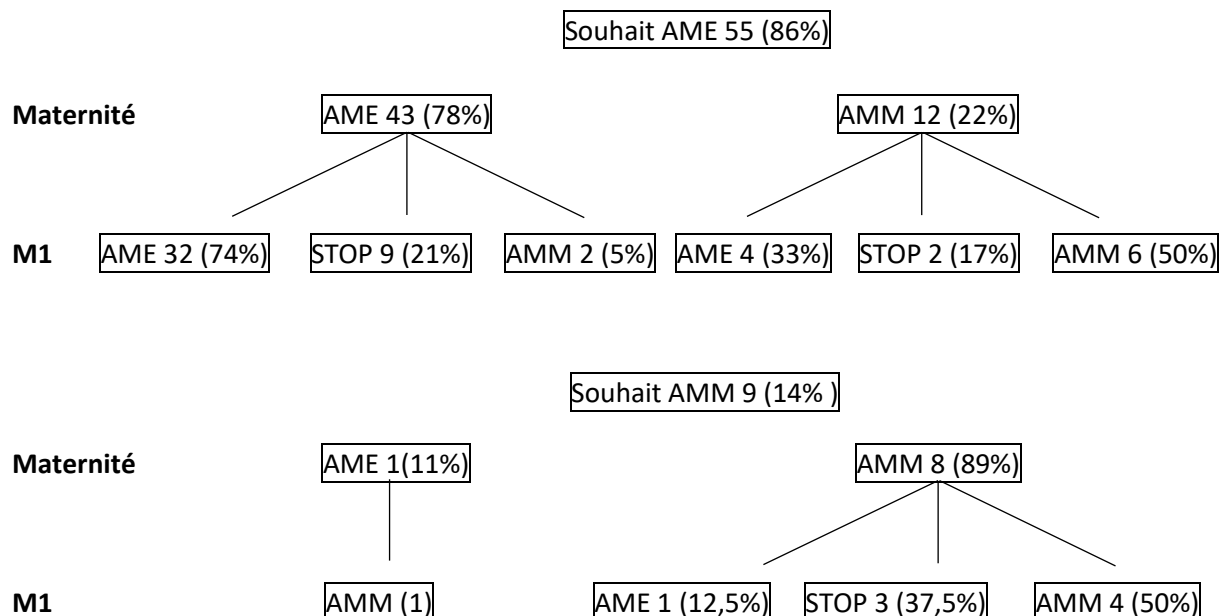


Figure 11 : Répartition à un mois de la population étudiée en fonction du souhait initial et du type d'allaitement en sortie de maternité.

Quel que soit le projet initial, un tiers des femmes vivait donc un échec de leur projet. Parmi elles, 14 femmes (22%) avaient arrêté leur allaitement et une femme en AMM avait pour projet d'arrêter. On note que 36% des arrêts (5/14) avaient été effectués au cours des deux premières semaines.

La figure 12 montre une répartition des AM à un mois significativement différente suivant le type AM à la sortie de la maternité ($p = <0.01$).

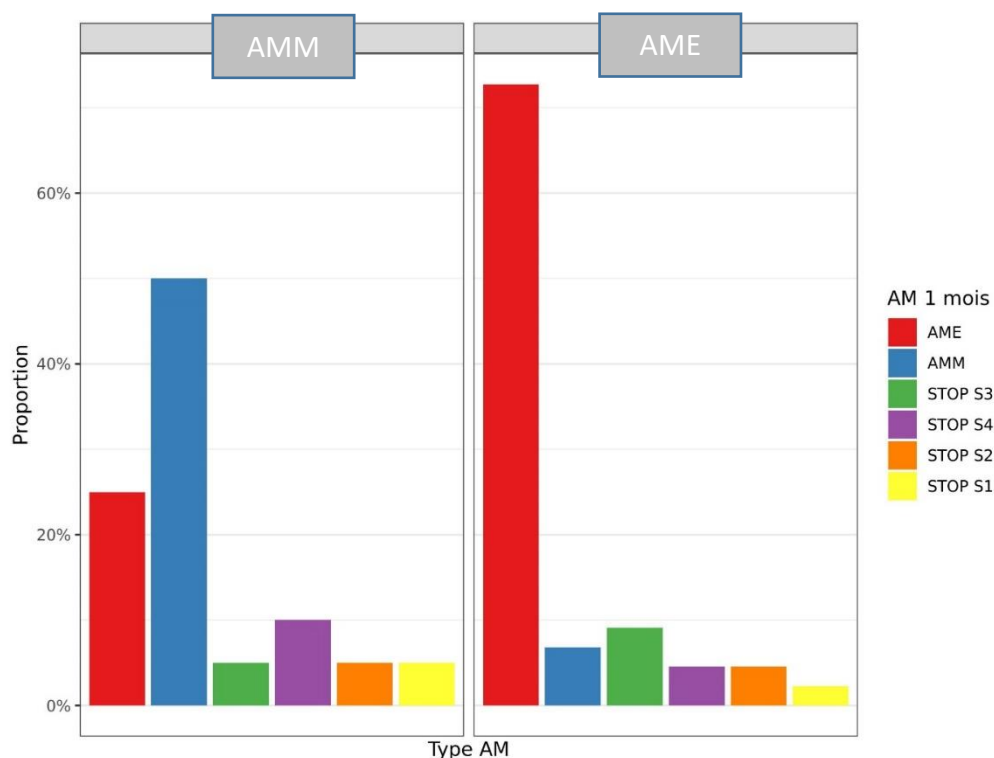


Figure 12 : répartition des AM à un mois selon AM à la sortie de maternité.

Quel que soit le type d'allaitement, environ 80% des femmes avaient eu au moins un rdv avec une SF dans le premier mois (figure 13). Néanmoins, il faut constater que 9 mamans (14%) n'avaient pas eu de suivi SF sur le premier mois PP.

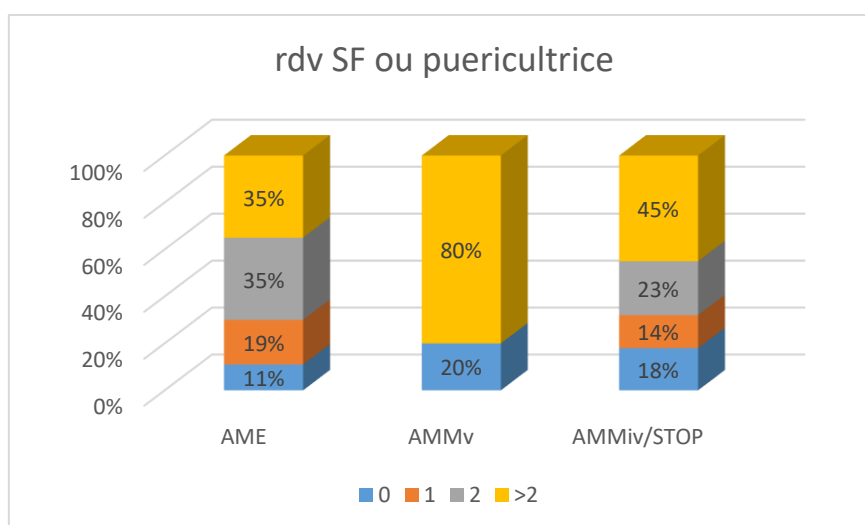


Figure 13: nombre de rendez-vous (rdv) SF ou puéricultrice dans les différents groupes AM à un mois.

Les mamans avaient l'impression que la sage-femme leur avait apporté une meilleure aide lorsqu'elle avait pu visualiser une tétée ($p=0,013$). Malheureusement, seule la moitié des femmes (53%) en avait bénéficié (tableau 5)

	Allaitement des mamans à un mois				p
	Toutes n/64 (%)	AME n/27 (%)	AMMv n/5 (%)	AMM i ou Arrêt n/22 (%)	
Nombre de rdv SF/puer (Moyenne)		2.14 (± 1.34)	3.40 (± 1.95)	2.18 (± 1.53)	-
Tétée vue	34 (53%)	20 (54%)	2 (40%)	12 (54%)	0,86
aide de la SF	42 (66%)	26 (70%)	4 (80%)	12 (54%)	0,47

Tableau 5 : L'AM à un mois en fonction du suivi des mamans le premier mois post partum. AMMv : AMM volontaire, AMMi : AMM involontaire.

On constate que toutes les mamans avaient un suivi médical pour leur enfant et consultaient parfois plusieurs médecins (tableau 6). Cependant, seulement 66% discutaient de leur AM avec leur médecin et moins de la moitié avait reçu des conseils jugés utiles (celles qui trouvaient les conseils utiles étaient principalement celles qui souhaitaient un AMM).

A UN MOIS	Toutes n/64 (%)	AME n/37 (%)	AMM v n/5 (%)	AMM i ou Arrêt n/22 (%)	P
Suivi pédiatrique					
Pédiatre	28	19 (51%)	0	9 (41%)	0,19
Médecin Généraliste	29	15 (40%)	3 (60%)	11 (50%)	-
PMI	9	4 (11%)	2 (40%)	3 (14%)	-
Discussion AM Médecin	42 (66%)	23 (62%)	4 (80%)	15 (68%)	0,78
Conseils jugés utiles	31 (48%)	17 (46%)	4 (80%)	10 (45%)	0,44

Tableau 6: L'AM à un mois en fonction du suivi des bébés le premier mois post partum.

Le tableau 7 montre qu'environ la moitié des mères a rencontré des difficultés sur leur premier mois, avec une fréquence supérieure dans le groupe en échec ($p < 0,01$). On note que 36% des mères en échec de leur projet AM initial se disaient néanmoins satisfaites de leur allaitement.

A UN MOIS	Toutes n/64 (%)	AME n/37 (%)	AMM v n/5 (%)	AMM i ou Arrêt n/22 (%)	p
Difficultés	30 (47%)	12 (32%)	2 (40%)	16 (73%)	<0.01
Satisfaite de leur AM	42 (66%)	30 (81%)	4 (80%)	8 (36%)	<0.001
Aide	37 (58%)	17 (46%)	4 (80%)	16 (73%)	0.081

Tableau 7: les caractéristiques du vécu de l'AM en fonction du type d'allaitement à un mois

Les principales difficultés à un mois chez les mamans étaient pour 34% d'entre elle l'aspect chronophage de l'AM, et pour 30% d'entre elle la douleur et les difficultés de positionnement du bébé. La figure 14 montre de manière plus spécifique, chez les 14 mères ayant arrêté l'AM, que l'organisation et les difficultés du bébé à prendre le sein étaient les plaintes prédominantes.

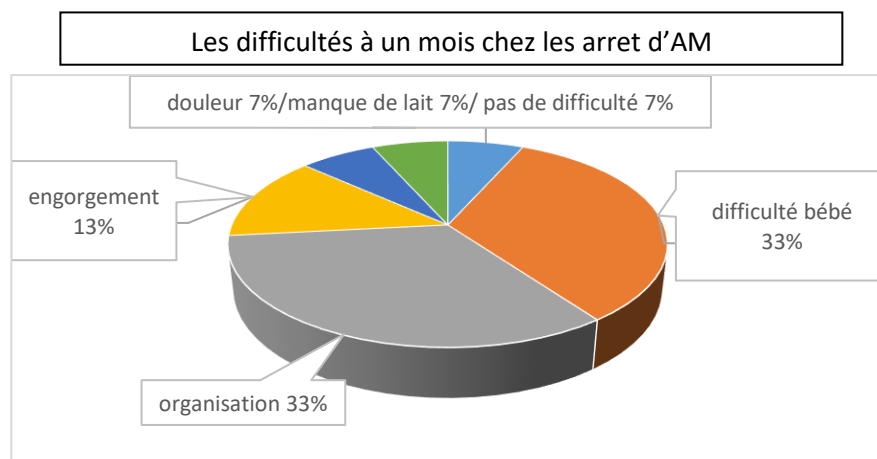


Figure 14 : les difficultés rencontrées par les mamans arrêtant leur AM sur le premier mois PP.

Les personnes contactées en cas de difficultés sur le premier mois étaient à 81% les SF, 11% l'entourage, puis la CL (5%) et la puéricultrice (3%).

Sur les changements de projet à la fin de ce premier mois, 2 mamans envisageaient d'arrêter leur AM ; une en AME et une en AMMiv ; et une maman en AME envisage de faire du mixte.

DISCUSSION

Dans la population étudiée, le taux d'AME en sortie de maternité est à 70% contre 58% à un mois post-partum. Il semble donc que, malgré les mesures mises en place pour épauler les débuts d'allaitement, le taux d'AME en sortie de la maternité du CHU de Dijon soit en deçà des moyennes nationales de 2012 et de nos espérances, malgré un taux d'AME à un mois qui semble meilleur.

Notre étude montre un taux d'allaitement à la maternité du CHU de Dijon à 60% en sortie de la maternité contre 66,7% pour le rapport de la DREES de 2016. Dans la littérature (18,34), le taux d'allaitement mixte en maternité est d'un pour 5 allaitements, soit 80% d'exclusif. Notre étude montre un taux de mixte plus important avec seulement 70% d'exclusif en sortie de maternité. Cependant, contrairement à la littérature, ce sont des taux de sortie de maternité et non durant le séjour. Sur notre étude, il y a une perte en un mois de 21% d'AM, bien supérieure aux 13% retrouvés dans le graphique de l'étude épifane (annexe 1). Pourtant, le pourcentage d'AME par rapport aux AM à un mois apparaît supérieur avec, pour cette étude, 74% des AM contre 35% pour l'étude épifane voire 48% si on prend les AM prédominant (lait maternel et boisson à type de tisane et jus) (annexe 1). Cette moindre importance des AME dans la littérature peut résulter du fait que toutes les mères sortantes de la maternité sont incluses, allaitantes ou non. On peut alors imaginer qu'une mère sortant sans AM peut avoir commencé du mixte. De plus, l'AM est également plus investi par les mamans en 2022 qu'en 2012 avec plus d'information des mères et le souci du naturel qui rend l'AME dans l'air du temps.

L'interprétation de ces résultats peut être modulée du fait de certains biais potentiels.

Sur la sélection de notre population, un échantillonnage aléatoire a été réalisé. Le calcul de sujets nécessaires n'a pas été possible car on retrouve peu d'études observationnelles monocentriques similaires à celle-ci. Mais si on reprend la littérature sur les études prospectives descriptive, la moyenne de leur population étudiée est aux alentours d'une centaine de personnes (9,11,44) pour les études monocentriques. La cohorte de cette étude est donc suffisante pour répondre à notre objectif principal malgré le faible échantillonnage. Il s'agit de comparaisons de pourcentages de la littérature donc très approximatifs ; ce sont donc simplement des tendances qui sont observées.

Sur la sélection de notre population, un échantillonnage aléatoire a été réalisé, permettant la représentativité de l'échantillon. Sur une contrainte temporelle, l'échantillon reste de taille limitée ; il représente 67% de la population source. Cette étude peut ainsi avoir un défaut de significativité dû à la petite taille de l'échantillon. Les critères de la population étudiée sélectionnent les dyades mères-bébés en bonne santé permettant d'éviter des biais de confusion sur le suivi des mamans et des bébés et l'évolution de leur AM. Néanmoins, toutes les patientes soumises au questionnaire ont accepté d'y répondre. Cette étude leur a été présentée comme une étude descriptive avec pour objectif de faire un état des lieux du suivi des mères allaitantes pour essayer de proposer une amélioration de celui-ci. Ce taux de réponse important est un marqueur de l'intérêt des mères pour l'allaitement maternel.

Cependant, 4 patientes n'ont pas répondu au second questionnaire à un mois. Ce taux de perdues de vue reste faible. Pour le réduire au maximum, les mamans étaient prévenues de cette méthodologie dès l'inclusion et avaient accepté d'être contactées plusieurs fois. De multiples relances ont été réalisées (mail, textos, appel) avec plusieurs possibilités de répondre au questionnaire (par mail ou par téléphone).

L'étude a été réalisée à une période particulière. La période COVID a été marquée par une limitation des visites, ce qui a pu modifier les conditions d'allaitement, en particulier la disponibilité des mères vis-à-vis de leur allaitement et la durée des séjours. On ne peut pas mesurer ici quel impact cette donnée a pu avoir mais elle reste marquée par des conditions particulières pouvant induire un biais de sélection.

Pour les biais d'information, ceux-ci sont réduits à leur minimum en s'assurant de l'intelligibilité du questionnaire en amont sur un panel de volontaires, en limitant l'étude aux personnes écrivant et lisant le français, en veillant à sa bonne compréhension lors du ramassage du questionnaire à la maternité.

De plus, une seule personne a donné et récupéré le questionnaire, ce qui limite les biais d'information.

Sur la rédaction du questionnaire, celui-ci est principalement constitué de questions à choix multiple permettant de réduire les biais de mesure. Pour le deuxième questionnaire en ligne, un champ libre était laissé dès que nécessaire pour laisser aux participantes la possibilité d'écrire un commentaire ou complément d'information.

Enfin, les biais de mémorisation sont limités avec une étude longitudinale sur une période courte d'un mois. On note pourtant des biais d'interprétation sur des questions subjectives avec notion de difficultés, de douleur, d'aide suffisante. L'AM étant un sujet personnel, son vécu est difficilement superposable d'une personne à l'autre. Les mamans n'ont pas les mêmes attentes ni sensibilités, elles doivent pourtant toutes arriver à trouver des réponses à leur demande. Cette étude veut évaluer le ressenti et le vécu des mamans sur leur accompagnement et l'étude de la vie réelle implique cette subjectivité indépendante de nos critères de jugement.

Seulement 65% des mères aboutissent à leur projet d'AM à un mois, qu'il soit exclusif ou mixte. Pourquoi des mamans motivées, souhaitant a priori un AM long, n'arrivent-elles pas à mener à bien leur projet dès le premier mois PP ? Connaissant l'évolution du taux AM sur les 6 premiers mois, il laisse présager des taux AM à 3 et 6 mois extrêmement bas dans notre population. Le premier mois PP marque bien dans cette étude une période décisive pour bon nombre d'allaitement.

A la maternité, plusieurs choses sont mis en place pour soutenir l'AM mais les professionnels n'en saisissent souvent pas les enjeux. La méconnaissance ou l'incompréhension des consignes de suivi de l'AM rend toutes ces mesures inapplicables. On va donc discuter des niveaux d'échec différents pour proposer des solutions. Si on reprend la chronologie du séjour à la maternité, on note dès la salle de naissance un défaut d'encadrement du couple mère-bébé. Comme le préconisent les recommandations du WBTI, les SF et les AP en SDN ont pour consigne de mettre le bébé en peau à peau avec sa maman dès que possible. L'installation est primordiale pour permettre au NN de développer ses capacités à se mettre au sein. La littérature relève l'importance de ces premiers instants pour réussir un AME (21,30). Le peau à peau était souvent respecté (84%). Pourtant, 17% des bébés installés n'avaient pas tété et seulement 63% avaient tété efficacement. Cela laisse penser que les pratiques de salle de naissance, en particulier les conditions de réalisation du peau-à-peau, le délai ou les conditions d'allaitement ne sont pas toujours adéquates. Il faut s'assurer dès la SDN qu'une personne formée puissent évaluer régulièrement l'installation du bébé. Il est important de poursuivre les efforts en SDN pour favoriser l'AM.

Le retour en chambre se fait en peau à peau quand cela est possible favorisant ainsi au maximum le contact mère-bébé. L'apprentissage de la maternité débute de suite, avec la reconnaissance des états d'éveil du NN. Des affiches sur les signes d'éveil du NN, évocateurs

de la recherche à téter (annexe 5), sont disposées dans les chambres de la maternité. C'est une aide aux mamans pour adapter l'AM à la demande des NN, qui est la base des AME (8). Cette étude montre une plainte majeure des mamans sur les difficultés à gérer l'état d'éveil du NN. L'AP et la SF qui étaient citées en premier pour l'aide doivent, au moment de l'accueil de ce nouveau couple mère-bébé, expliquer cette fiche et insister sur les tétées à la demande.

En dépit de leur satisfaction globale de l'accompagnement qu'elles ont eu à la maternité, de nombreuses mères relevaient des discours discordants et la multitude d'intervenants sans homogénéité des conseils. La formation des professionnels de santé en maternité est alors la réponse à ce discours flou. Il est important que le personnel de maternité saisisse les enjeux d'un AME versus un AMM. Il doit être formé à aider les mamans dans les mises au sein pour éviter les douleurs, les retards de montée de lait et un mauvais ajustement. Les difficultés rencontrées par 70% des mamans en maternité sont souvent intriquées entre elles et relèvent du mauvais ajustement mère-bébé (30,31).

On note que 22% des femmes n'ont pas l'allaitement maternel exclusif qu'elles souhaitent. L'utilisation de compléments en sortie de maternité concerne 20 mamans soit 30% des AM. L'enjeu en maternité est de lancer la lactation indépendamment du type d'allaitement souhaité pour la suite, d'autant plus que la plupart ont un désir d'allaitement long. Les études de la littérature montrent bien le rôle néfaste de l'utilisation de biberon de compléments dans la mise en place et le maintien de la lactation (15, 13,5), ainsi que le risque d'échec de l'AM sur les premiers mois (2,3). Dans notre cohorte, elles avaient 74% de chances de réaliser leur projet d'AME si elles sortaient avec un AME contre 33% si elles sortaient avec un AMM. Cette différence significative ($p= 0,01$) confirme l'intérêt d'obtenir un AME à la maternité pour réussir son AME à un mois. C'est donc une perte de chance pour les mamans et les NN de sortir en mixte de la maternité.

De plus, on note que des compléments de Lait artificiel étaient donnés de manière ponctuelle à la maternité. Ces compléments ponctuels ont un risque de sensibilisation et d'allergie alimentaire quand ils sont donnés ponctuellement sur les 72 premières heures (28). Ils sont souvent donnés par peur de déshydratation ou d'hypoglycémie le temps de la montée de lait. Un cadre reprenant les conditions d'utilisation de ces compléments existe à la maternité du CHU de Dijon, mais il n'est pas respecté probablement sur manque de formation des professionnels. L'ANAES (L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé) en 2002 proposait déjà la mise en place d'un cadre (1).

Le temps de la maternité est souvent trop court, en moyenne 3 jours, pour apporter aux mamans qui majoritairement souhaitent allaiter les informations nécessaires à son bon déroulement. Dans notre population, 78% des mères se sont documentées sur l'AM durant leur grossesse et 80% d'entre elles estiment leurs connaissances suffisantes après quelques jours de pratique. Pourtant, 14 % souhaitaient d'emblée un AMM, en particulier pour faire participer le père et de préférence la nuit. Cela trahit une méconnaissance absolue des principes de la lactation, de même, quand elles se disent satisfaites à 70% en sortant de la maternité avec un AMM. En effet, les recommandations sont de faire un AME jusqu'à 6 mois et la majorité des femmes de la cohorte souhaitent un allaitement long. Cela signifie qu'elles ne connaissent pas les risques d'un AMM dans le premier mois d'allaitement. Au niveau des sources de documentation, la principale était les cours de préparation, qui incluent un seul cours spécifique sur l'AM. Celui-ci doit alors arriver à réunir toutes les femmes et aborder la pratique, les enjeux et les recommandations de l'AM. Une étude montre que c'est encore une fois le professionnel de santé qui doit avoir ce rôle, mais en anténatal par un professionnel formé (SF, gynécologue, médecin) lors d'une consultation spécifique reprenant les débuts de la lactation et répondant aux questions des mamans (12). J'ai pu remarquer, dans mes parties commentaires, de nombreuses demandes des mamans allant dans ce sens avec des cours de préparation à l'AM, des conseils de positions, des conseils d'évaluation des tétées.

Dans la démarche IHAB qui est reprise dans le PNNS 4 en cours de réalisation, et les recommandations du WBTI de 2017, les connaissances et l'information relèvent de la formation des professionnels pour répondre aux demandes des mères. L'IHAB qui a montré son efficacité sur le taux d'AM a des recommandations claires (annexe 6) : recommandation N°2 : « Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires » ; recommandation N°5 « indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation » ; recommandation N°6 « Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux NN allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. »

Le problème se situait aussi du côté des mamans qui sortaient de la maternité en pensant avoir les connaissances nécessaires pour réussir leur AME. Elles n'identifiaient pas toujours des professionnels pour les accompagner en cas de difficultés. Seulement 40% comptaient sur la SF et 38% sur l'entourage. La SF libérale doit alors avoir une formation régulière en matière d'AM pour répondre à ces mamans mais surtout investir pleinement ce rôle

d'accompagnement des AM. L'entourage reste une aide morale qui ne peut pas, sans formation, rectifier des AMM ou des AM avec des difficultés, d'autant plus que tous ces défauts d'accompagnement en maternité aboutissent à des AMM en sortie de maternité. Le suivi en externe doit alors essayer de récupérer de l'exclusivité et conserver les AME. Pourtant, l'étude montre que le suivi en externe n'arrive pas à corriger les AMM même s'il semble maintenir plus d'exclusivité que les taux de 2012.

Ce suivi semble dans cette étude ne pas être toujours présent ni suffisant. Le jour de la sortie, la SF de la maternité récupère le nom de la SF qui assurera la première visite dans les 48h de la sortie. Cependant, on constate qu'un nombre non négligeable de mamans ne voient jamais leur SF. Ce suivi à un mois ne semble pas être différent entre les trois groupes. Les SF ou AP qui réalisent le suivi sur le premier mois PP ne visualisent des tétées que dans 53% des cas. Le temps pris pour évaluer l'AM ne paraît alors pas suffisant. Les mamans estimaient que l'aide apportée par les SF ou la puéricultrice était significativement plus adaptée lorsqu'une tétée avait été visualisée.

Le personnel formé à l'AM sait que l'ajustement mère bébé est la base de la réussite de l'AME. Quand à un mois les mamans signalaient encore des difficultés de positionnement du bébé et ses conséquences (engorgement, douleur, crevasse), on comprend que ce suivi n'est pas suffisant. Il est prouvé que la correction de la prise du sein du bébé permet de résoudre ce type de difficulté (33,25). Il faut alors insister sur l'observation des tétées à la maternité et à la sortie. Le suivi du NN par un médecin était systématiquement réalisé. Cependant, 20 mamans (31%) n'avaient pas réalisé le rendez-vous préconisé à J15, dont 10 (50%) allaient chez le pédiatre. La surveillance de la bonne prise de poids du bébé est primordiale pour valider l'efficacité de l'AM ; ce rendez-vous doit alors être primordial en cas d'AME, sachant que pour tous ces bébés la prise de poids à un mois était satisfaisante. Est-ce le manque de pédiatres qui rend ce rendez-vous précoce difficile à honorer pour les mamans ? Mais il faut encore sensibiliser les médecins à l'AM pour laisser une part de discussion à ce sujet durant les premières visites médicales du NN. Il faut réaliser des formations pour les professionnels en contact avec les nouveau-nés. Les mères en AMM semblaient être plus satisfaites des conseils de médecins que celles en AME. Cela laisse présager que les mères en exclusif ne trouvent pas de discours cohérents avec leurs pratiques et leurs connaissances.

CONCLUSION



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



THESE SOUTENUE PAR Mme Maurel Fanny

CONCLUSION

L'allaitement maternel (AM) est un enjeu de santé publique, inscrit dans tous les programmes de nutrition infantile. Les recommandations sont claires sur l'exclusivité de cet allaitement sur les 6 premiers mois du nourrisson.

Cette étude constate que la population de mamans allaitantes a un taux d'AM en sortie de la maternité du CHU de Dijon en deçà des taux publiés par la DREES en 2016 et à un mois en deçà du taux national de 2012. La proportion des AM exclusifs (AME) est également moins bonne en sortie de maternité. Ce travail a révélé une réelle demande des mamans d'avoir une préparation à cet allaitement et un discours cohérent des professionnels.

Le bilan des efforts faits par la maternité du CHU de Dijon n'est pas à la hauteur de ce qui était espéré. Les mamans et les professionnels ne semblent pas avoir compris les enjeux et/ou les principes d'un AME, ou bien ils n'ont pas les moyens de consacrer le temps nécessaire à cet acte fondamental pour la santé. Les professionnels en première ligne à la maternité sont les auxiliaires de puériculture (AP) et les sages-femmes (SF), en ville les SF et les médecins. C'est donc en priorité à ceux-ci qu'il faut donner les moyens de se former à l'allaitement, aux enjeux de celui-ci et à sa bonne pratique.

Ces mesures permettraient de placer la maternité du CHU de Dijon, et plus largement la région, dans la dynamique actuelle de promotion à l'allaitement.

Les mères sont motivées à allaiter avec plus de 70% d'intention d'allaiter, elles sont à la recherche d'informations. Les professionnels, soutenus par des mesures de santé publique, doivent maintenant prendre les mesures qui s'imposent pour répondre à leurs attentes.

Le Président du jury,

Pr. F. HUET

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 11 MARS 2022
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. encadrement des indications de complément - Service recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002
2. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83(11):1122-6
3. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998;(5):489-96
4. Cécile Malaterre Protas ; allaitement maternel et sevrage en France métropolitaine : revue narrative sur les facteurs liés à une durée d'allaitement maternel inférieure aux recommandations. université toulouse III – Paul Sabatier . février 2017
5. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr*. 2014 Jun;164(6):1339-45.e5. doi: 10.1016/j.jpeds.2013.12.035. Epub 2014 Feb 14. PMID: 24529621; PMCID: PMC4120190.
6. Chouraqui JP, Dupont C, Bocquet A, Bresson JL, Briand A, Darmaun D, et al. Alimentation des premiers mois de vie et prévention de l'allergie. *Arch Pédiatr*. 2008;15(4):431-42
7. Cummings RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* 1993;22(4):684- 91.
8. De Carvalho M, Robertson S, Friedman A, Klaus M. Effect of frequent breast -feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics* 1983;72(3):307-11
9. De lathouwer s, lionet c, lansac j, body g, perrotin f. Predictive factors of early cessation of breastfeeding. A prospective study in a university hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1 déc 2004;117(2):169-73.
10. De Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera MF; le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. *Arch Pédiatr*. 2009 Jan;16(1):47-53. French. doi: 10.1016/j.arcped.2008.10.010. Epub 2008 Nov 25. PMID: 19036567.
11. Devergne-clement b. Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel au cours du premier mois. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2006.
12. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery* 1997;13:198-96.
13. Gagnon AJ, Leduc G, Waghorn K, Yang H, Platt RW. In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact*. 2005 Nov;21(4):397-405. doi: 10.1177/0890334405280835. PMID: 16280555.
14. Gremmo-feger, Gisèle. Lactation humaine: nouvelles données anatomophysiologiques et implications cliniques. *Physiologie*, 2006, vol. 5, no 6.
15. Gremmo-Féger.G . Anatomie et physiologie de la lactation humaine Anatomy and physiology of human lactation. *La Lettre du Gynécologue* • N° 399 - novembre-décembre 2015

16. Hill P.D., Aldag J.C. Volume de lait au jour 4 et revenu prédictif de l'adéquation de la lactation à 6 semaines de mères de nouveau-nés prématurés non nourrisseurs. *J. Perinat. Nurs néonatales*. 2005; 19:273-282. doi: 10.1097/00005237-200507000-00014.
17. Hugot Marion, Thèse de médecine UFR des sciences de santé de Dijon. Quel est le vécu de l'accompagnement des femmes allaitantes en soins primaires en Bourgogne-Franche-Comté en 2020 ? soutenue en juillet 2021
18. INSERM, DREES. Enquête Nationale Périnatale- Rapport 2016. Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. 2017.
19. Kent JC, Gardner H, Geddes DT. Breastmilk Production in the First 4 Weeks after Birth of Term Infants. *Nutrients*. 2016 Nov 25;8(12):756. doi: 10.3390/nu8120756. PMID: 27897979; PMCID: PMC5188411.
20. Koletzko B. Early nutrition and its later consequences: New opportunities. *Adv Exp Med Biol*. 2005;569:1-12.
21. Meyer K, Anderson GC. Using kangaroo care in a clinical setting with fullterm infants having breastfeeding difficulties. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1999; 24 4: 190-2.
22. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*. 2002;287(18):2365–71.
23. Neville Am J Clin Nutr. 1988 Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation
24. OMS / UNICEF, "Les 10 conditions pour le succès de l'Allaitement Maternel" 1999
25. Prieto CR, Cardenas H, Salvatie rra AM, Boza C, Montes CG, Croxatto HB. Sucking pressure and its relationship to milk transfer during breastfeeding in humans. *J Reprod Fertil* 1996;108:69-74.
26. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*. 2007;119(4):e837-42
27. Ragnhild Maastrup et al. Compliance with the "Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards" in 36 countries. *Maternal and child nutrition* 2018.
28. Rashima M, Mezawa H, et al. Primary Prevention of Cow's Milk Sensitization and Food Allergy by Avoiding Supplementation With Cow's Milk Formula at Birth: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2019 Dec 1;173(12):1137-1145. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.3544. PMID: 31633778; PMCID: PMC6806425.
29. Righard L, Alade M : Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 336 : 1105, 1990
30. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19(4):185-9.
31. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 1998;25(1):40-4.
32. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerbhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG; Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2. PMID: 26869576.
33. Royal College of Midwives. Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères. Paris: Masson; 1998.
34. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 58 p
35. Salanave B., de Launay C., Guerrisi C., Castetbon K., 2012, « Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n° 34, septembre.

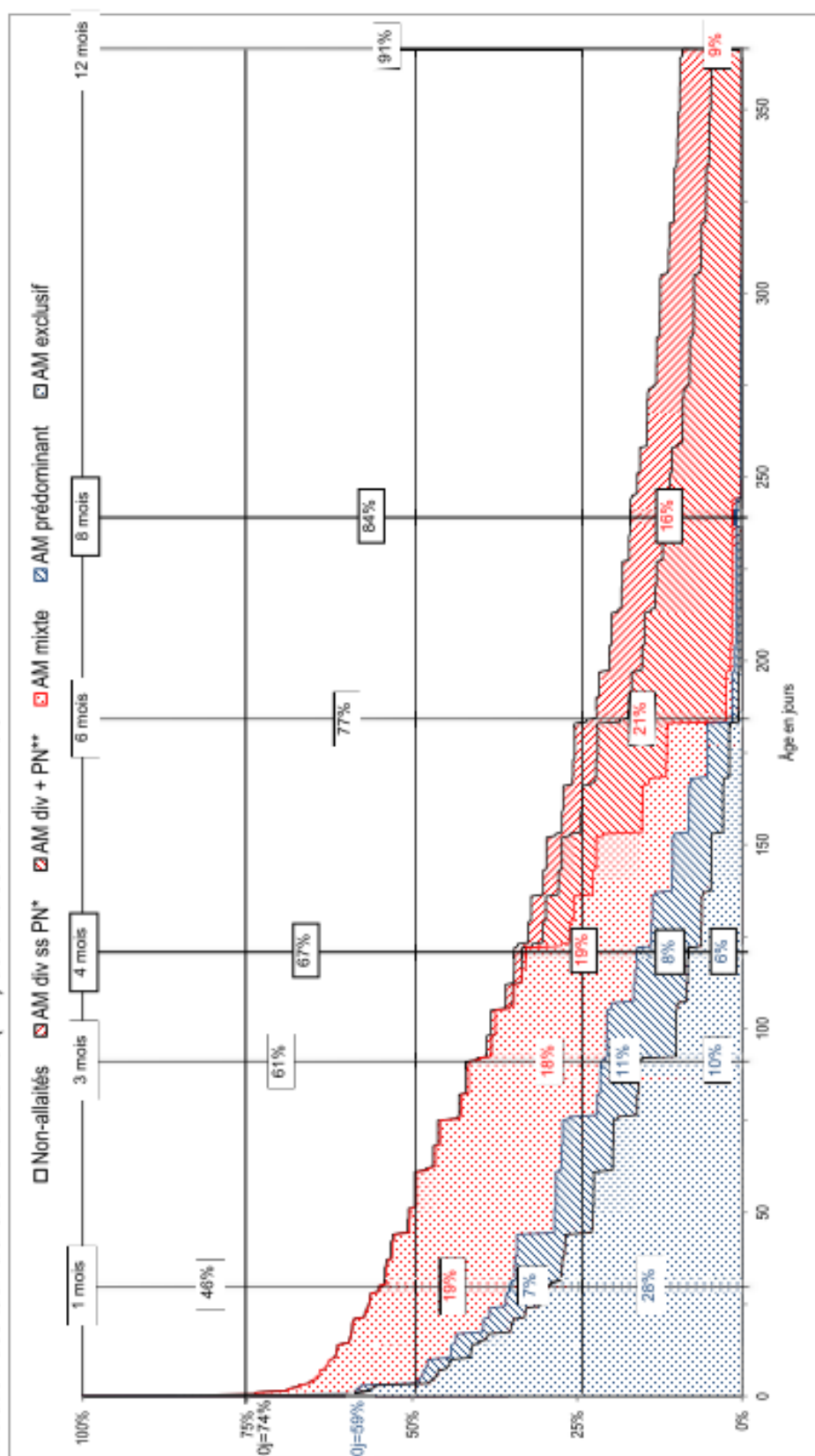
36. Turck D. “Plan d’action: Allaitement Maternel” Propositions d’actions pour la promotion de l’allaitement maternel. 2010
37. Victora et.al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet Breastfeeding Series Group. 2016 Jan 30;387(10017):475-90.
38. Von Kries R, Koletzko B. “Breastfeeding and obesity: cross sectional study” Br Med J 1999; 319: 147-50
39. Walburg V. et al. “Effet d’une intervention prénatale de soutien et d’information sur la durée et le vécu de l’allaitement maternel”. Journal de thérapie comportementale et cognitive, 2006 ; 16-3 : 103-107.
40. WBTi , Rapport WBTi France 2017
41. WHO | Indicators for assessing infant and young child feeding practices. washington DC, USA, 2007.
42. WHO | Sixty-fifth world health assembly, 2012
43. WHO | The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Geneva, Switzerland, march 2001.
44. Wimmer m, lévy m. Le rôle des médecins généralistes dans la durée de l’allaitement maternel: enquête prospective sur 6 mois. [France]; 2014.
45. World Cancer Research Fund (WCRF). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. American institute for Cancer Research (AICR) 2007.

ANNEXES

Annexe 1: étude épifane

I Figure 3 I

Évolution des taux d'allaitement maternel (AM) de la naissance à 12 mois



* AM div ss PN : Allaitement diversifié sans préparation pour nourrissons ; ** AM div + PN : Allaitement diversifié avec préparations pour nourrissons.

TRAVAIL DE THESE

Madame

Je suis étudiante en pédiatrie et je réalise ma thèse de doctorat en médecine sur l'allaitement maternel.

Je me propose d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement actuel des mères et des bébés sur la mise en place et la poursuite de l'allaitement dans le premier mois après l'accouchement.

Votre participation est précieuse pour nous permettre d'améliorer nos pratiques et de soutenir au mieux les mamans dans leur allaitement.

Cette enquête comprend deux questionnaires :

-Le premier remis ce jour à la maternité.

-Le deuxième dans un mois vous sera, selon vos préférences, envoyé par mail ou soumis par téléphone

Je sais que vous allez être très occupée par ce nouveau bébé : ces questionnaires ne vous prendront pas plus de 10 min de votre temps.

Je vous remercie pour votre participation

Fanny Maurel (interne de pédiatrie)

Votre participation à ce travail est sur la base du volontariat vous pouvez vous retirer de ce projet à tout moment en refusant de nous retourner le questionnaire mais tout questionnaire complété ne peut être détruit.

L'anonymisation du questionnaire est garantie dès votre entrée dans l'étude par l'attribution d'un numéro. Seuls les informations personnelles nécessaires à la bonne conduite du projet sont recueillies et celles-ci ne sont jamais diffusées nominativement et en dehors du cadre scientifique.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques. Les données recueillies seront conservées le temps de l'analyse des résultats soit 6 mois puis détruites.

La délégation à la recherche clinique et à l'innovation -DRCI- a approuvé ce travail.

Annexe 3: questionnaire à la maternité

1. Combien avez-vous d'enfants (en comptant votre nouveau-né) ?

.....

- Si ce n'est pas votre 1^e bébé (si c'est votre 1^e bébé, allez directement à la partie « Pour ce nouveau bébé »)

Avez-vous allaité vos autres enfants ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui,

a. Pendant combien de temps ? (Si plusieurs allaitements mettre une fourchette de temps)

< 1 semaine	Entre 1 semaine et 1 mois	> 1 mois	De à.....
-------------	---------------------------	----------	-----------------

b. Cette durée était-elle votre choix ?

OUI	NON
-----	-----

Si non, quelle était la raison du sevrage ? (pour chaque allaitement)

.....

Pour ce nouveau bébé

1. Quel était votre projet d'allaitement avant la naissance?

1 mois ou moins	Entre 1 et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	aussi longtemps que possible
-----------------	-------------------	-------------------	------------------------------

sein	Tire allaitement	Mixte : sein et biberon de lait artificiel
------	------------------	--

2. Qu'est-ce qui vous motive à allaiter ? (si plusieurs réponses mettre l'ordre d'importance, 1= + important)

	N°
Le contact avec bébé	
La santé du bébé	
Le côté financier	
La praticité	
Autre	

3. Votre conjoint(e) est-il/elle favorable à l'allaitement ?

OUI	NON
-----	-----

4. Pensez-vous que votre entourage sera soutenant ?

OUI	NON
-----	-----

Pendant la grossesse

1. Vous êtes-vous documentée sur l'allaitement ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui :

INTERNET	LIVRES	COURS DE PREPARATION	DISCUSSION ENTOURAGE	AUTRE :
----------	--------	-------------------------	-------------------------	---------

2. Rétrospectivement, pensez-vous que vos connaissances convenaient pour aborder votre allaitement ?

OUI	NON
-----	-----

A la naissance

1. Votre bébé a-t-il pu être installé en peau à peau dès la salle de naissance ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui, a-t-il tété à cette occasion?

Bien	moyennement	pas bien	Pas du tout
------	-------------	----------	-------------

Pendant le séjour

1. Etes-vous satisfaite des débuts de votre allaitement ?

OUI	NON
-----	-----

2. Avez-vous rencontré des difficultés ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui,

Douleur	positionnement	Bébé endormi ou agité	Montée de lait	Autre :
---------	----------------	-----------------------	----------------	---------

Avez-vous été aidée pour votre allaitement ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui, par qui (plusieurs réponses possibles) ? (Sinon allez directement à la partie « Au moment de rentrer à la maison »)

Sage-femme	Auxiliaires de puériculture	puéricultrice	Conseillère en lactation	Pédiatre
------------	-----------------------------	---------------	--------------------------	----------

Considérez-vous que l'aide apportée était :

insuffisante	suffisante	Excessive
--------------	------------	-----------

Au moment de rentrer à la maison

1. Sur une échelle de 0 à 10, quel plaisir prenez-vous à allaiter ?

2. En sortie de maternité, si votre projet d'allaitement a changé, quel est-il maintenant ?

1 mois ou moins	Entre 1 et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	le plus longtemps possible
-----------------	-------------------	-------------------	----------------------------

sein	Tire allaitement	Mixte : sein et biberon de lait artificiel
------	------------------	--

3. Avez-vous identifié une personne susceptible de vous soutenir dans votre projet et de vous aider en cas de difficultés ?

famille	Ami(e)	association	Sage-femme	médecin	Consultante en lactation	Autre :
---------	--------	-------------	------------	---------	--------------------------	---------

4. Quel(s) commentaires ou suggestions pourriez-vous faire au sujet de l'accompagnement de l'allaitement à la maternité ?

.....

.....

.....

.....

Annexe 4: questionnaire à un mois

1. Allaitiez-vous toujours ?

OUI	NON
-----	-----

- Si non, quand avez-vous arrêté ?

1 ^{ère} semaine	2 ^{ème} semaine	3 ^{ème} semaine	4 ^{ème} semaine
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Si oui

- Votre allaitement est?

exclusif	mixte
----------	-------

Exclusif= lait maternel seul ; mixte= lait maternel + artificiel

- Si vous donnez des biberons,

a. est-ce votre choix ?

OUI	NON
-----	-----

b. Type de lait ?

Lait maternel	Lait artificiel
---------------	-----------------

2. Cb de tétées (sein et biberons) par 24h ?

<7	7-8	>8
----	-----	----

3. Votre allaitement vous satisfait-il ?

Oui	moyennement	non
-----	-------------	-----

- Si vous n'êtes pas complètement satisfaite, pourquoi ? (numéroter l'importance : 1= raison majoritaire...)

N°	N°	N°	N°	N°
Pas agréable	Compliqué	stressant	Prend trop de temps	Autre :

Commentaires

4. Etes-vous (ou avez-vous été) suivie par un(e) sage-femme ou une puéricultrice ?

OUI	NON
-----	-----

Si autre préciser : _____

a. Combien de rendez- vous avez-vous eus ?

1	2	3	>4
---	---	---	----

b. A-t-elle pu observer une tétée ?

OUI	NON
-----	-----

c. Ses conseils vous ont-ils aidée ?

oui	moyennement	non
-----	-------------	-----

Commentaires :

5. Qui fait le suivi médical de votre bébé ?

PMI	pédiatre	Médecin généraliste	Autre :
-----	----------	---------------------	---------

a. Quand l'avez-vous vu au cours de ce premier mois ?

.....

b. Avez-vous discuté allaitement ?

OUI	NON
-----	-----

c. Quel était le dernier poids de votre bébé (et la date) ?

.....

d. Que pense votre médecin de la prise de poids de votre bébé ?

satisfaisante	A surveiller	Pas satisfaisante
---------------	--------------	-------------------

Commentaires :

e. Ses conseils vous ont-ils aidée pour votre allaitement ?

oui	moyennement	non
-----	-------------	-----

Commentaires :

6. Avez-vous ou rencontrez-vous des difficultés avec votre allaitement ?

OUI	NON
-----	-----

Commentaires :

7. Avez-vous sollicité de l'aide ?

médecin	Sage-femme	puéricultrice	entourage	Autre :
---------	------------	---------------	-----------	---------

8. Cette aide répond-elle à vos besoins ?

oui	moyennement	non
-----	-------------	-----

Commentaires

9. A un mois de votre accouchement, votre projet d'allaitement a-t-il changé ?

OUI	NON
-----	-----

- Quel est-il maintenant ?

sein	Tire allaitement	Mixte : Sein et biberon	arret
------	------------------	-------------------------	-------

Autre :

10. Avec votre recul, avez-vous des suggestions pour soutenir les mamans allaitantes sur le premier mois ?

.....

Les signes d'éveil
(adapté d'un poster du Royal Brisbane and Women's Hospital, Australie)

Developed by Women's and Newborn Services
Royal Brisbane and Women's Hospital



Premiers signes "je suis affamé"



agitation



ouverture de la bouche



- tourne la tête
- cherche

Signes intermédiaires: "je suis VRAIMENT affamé"



étirements



accroissement des
mouvements du corps



porte les mains à
la bouche

Signes tardifs "calme moi puis nourris moi"



Pleurs



Mouvements agités



Peau qui rougit

Calin **CALMER BEBE**
Peau à peau sur la poitrine
Parler
Caresser



MMU 5276 09/2011 (rapport)



amis-des-bebes.fr



IHAB
INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS - FRANCE

LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

Informar les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter.

Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.



Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.



Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Les critères relatifs aux nouveau-nés prématurés et/ou malades sont applicables aux services de maternité et de néonatalogie. L'icône  ne concerne que la néonatalogie.

TITRE DE LA THESE : L'accompagnement de l'allaitement maternel à la maternité du CHU de Dijon et à domicile : quel constat à un mois post-partum ?

AUTEUR : Fanny Tiare Maurel

RESUME : L'allaitement maternel fait partie des recommandations de l'OMS, qui sont claires sur l'exclusivité de celui-ci sur les 6 premiers mois du nourrisson. Le taux d'allaitement maternel est bien loin d'être satisfaisant en France et la promotion de celui-ci est encore trop timide.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité de l'accompagnement de l'allaitement maternel pendant le séjour post natal au sein de la maternité du CHU de Dijon et durant le premier mois du nouveau-né.

64 mères allaitantes sortant de la maternité du CHU de Dijon ont été incluses dans cette étude. Un défaut de prise en charge efficace dès la maternité a été mis en évidence, avec un taux d'allaitement à 60% et 41,25% d'AME. Le discours des professionnels était discordant, l'aide apportée ne permettait pas de mener à bien les projets des mamans dès leur sortie de la maternité. Les connaissances des mamans s'appuient trop peu sur des informations professionnelles (55%) qui leur permettrait d'évaluer objectivement leur allaitement. Le suivi en dehors de la maternité n'était pas assez suffisant, 14% n'avaient pas de rendez-vous SF ou puéricultrice et 16% n'en avaient qu'un seul sur le premier mois.

Le taux d'AM à un mois était de 78% de la population initiale, et 58% pour les exclusifs, soit un taux d'AM à un mois estimé à 47% et 35% pour les exclusifs. Ces chiffres sont inférieurs à nos espérances.

Il est nécessaire de mieux former les professionnels de santé. On peut proposer la formation des auxiliaires de puériculture et sage-femmes, puis de refaire une étude descriptive de l'allaitement maternel en sortie de maternité.

MOTS-CLES : ALLAITEMENT ; ACCOMPAGNEMENT ; MATERNITE ; CHU DE DIJON ; SUIVI ; PREMIER MOIS