

**QUE VEULENT LES PRIMIPARES DE L'AUDOMAROIS
POUR FAVORISER LE DÉMARRAGE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ?
DE QUOI ONT-ELLES BESOIN ?**



Christine Baroux

**Travail réalisé dans le cadre de la formation
« Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE »
CREFAM**

Remerciements

Aux futures mamans qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

Madame Albertine Desruelles, conseillère en accompagnement professionnel,
qui a été directeur de mémoire.

Mesdames Bénédicte Popineau et Anne Peigne, médecins de PMI,
chefs de service local de l'Audomarois.

Mes collègues puéricultrices de PMI et sage-femme du centre de planification familiale.

Madame Mélanie Hanquez pour son aide technique avec les différents outils.

Mon mari pour son soutien, ses encouragements et la prise en charge de la maison.

Mes enfants qui ont accepté que je sois moins disponible pendant cette période et particulièrement
Laura, pour son aide technique avec l'ordinateur.

Madame Laure Marchand-Lucas, formateur référent, médecin, directeur du CREFAM.

Madame Danièle Bruguières, formateur du CREFAM

Sommaire

Introduction	1
I) Le cadre dans lequel je travaille	3
1) La Protection Maternelle et Infantile (PMI)	3
2) Dans le Pas-de-Calais	4
II) Méthodologie de l'enquête	4
III) Résultats.....	6
1) Caractéristiques des futures mères interrogées	6
2) Vécu de la grossesse	7
3) L'information et le suivi de la grossesse	8
4) Besoins, attentes et représentations autour de l'accouchement	9
5) Les soins à la naissance	10
6) L'alimentation de l'enfant à naître.....	11
7) Connaissances des compétences de l'enfant in utero et à la naissance	13
8) Les besoins et les priorités pour la naissance et le post-partum immédiat	14
IV) Analyse de l'enquête.....	15
V) Processus d'évolution	20
Conclusion.....	22
Petit mémo pour les futurs parents.....	24
Bibliographie.....	25
Annexe 1 : Les missions du Conseil Général	27
Annexe 2 : Guide d'entretien	28
Annexe 3 : Les manœuvres au cours de la naissance	30
Annexe 4 : Le contact peau à peau et la première tétée.....	33
Annexe 5 : Les soins au nouveau-né en salle de naissance	36
Annexe 6 : Les compétences du nouveau-né	38
Glossaire.....	40

Introduction

Depuis le début de la formation de consultante en lactation à laquelle je participe, j'entends les formateurs dire : « les femmes devraient savoir... », ou « on devrait le dire aux femmes en prénatal ». Au cours de mon travail en Protection Maternelle et Infantile (PMI), je rencontre les femmes enceintes avec l'objectif de les informer, de les sensibiliser et de les accompagner dans l'élaboration de leur projet de naissance, en particulier dans le domaine de l'allaitement maternel.

Pour atteindre cet objectif, j'ai mis au point un questionnaire. J'ai rencontré des futures mères et le leur ai soumis. Je souhaitais appréhender ce que savent les femmes primipares sans activité professionnelle, suivies par la sage-femme de PMI dans l'Audomarois au sujet des conditions optimales pour qu'un allaitement maternel démarre bien en salle de naissance.

Je me suis demandée : « Que veulent-elles savoir ? De quoi ont-elles besoin ? »

« Que savent-elles des besoins de leurs nouveau-nés et de leurs compétences à la naissance ? »

J'ai choisi ce sujet car il s'agit de ma pratique quotidienne : au cours des visites à domicile, je propose aux femmes enceintes l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) au cours duquel nous abordons le Projet de Naissance.

Le Projet de Naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période post-natale.

Cet entretien me permet d'aborder le ressenti des femmes, leurs questionnements et leurs attentes. Il me permet également de parler de l'allaitement maternel à des femmes qui n'ont pas conscience de son intérêt pour elles et leurs bébés, soit qu'elles n'en aient jamais entendu parler, soit qu'elles en aient entendu parler en termes négatifs. Elles n'ont, pour beaucoup d'entre elles, jamais vu une femme allaiter. D'autres thèmes primordiaux sont évoqués tels que le « peau à peau » et la proximité entre la mère et l'enfant.

Au cours du travail de mémoire, j'ai analysé les réponses au questionnaire avec l'objectif de dégager de nouvelles pratiques professionnelles dans le domaine de l'EPP. Je suis partie

des représentations des femmes rencontrées, de leurs besoins et de leurs aspirations, ce qui m'a permis de développer une écoute plus active, plus centrée sur la personne et plus empathique.

La future mère qui peut exprimer ses besoins et les revendiquer sera actrice de son projet de naissance. Avoir des réponses à ses questions lui permettra de faire le choix d'allaiter ou pas en connaissance de cause.

Je souhaite partager mon travail avec mes collègues de PMI et avec le personnel de la maternité, pour une collaboration constructive.

I) Le cadre dans lequel je travaille

1) La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

L'ordonnance du 2 novembre 1945 crée la PMI en définissant le cadre de la protection médico-sociale de toutes les femmes enceintes, en suite de couches ainsi que de tous les enfants de 0 à 6 ans. Un souci de sécurité sanitaire fonde d'abord son action, mais très vite son champ d'intervention s'ouvre sur d'autres objectifs. Plusieurs lois précisent ou encouragent de nouvelles dynamiques. Les missions de la PMI s'inscrivent dans une démarche visant au bien-être et à l'épanouissement de l'enfant dans ses différents milieux de vie.

La circulaire du 16 mars 1983 précise les orientations du Service Départemental de la PMI en particulier concernant les services spécifiques rendus aux femmes enceintes. A ce moment, les Conseils Généraux sont destinataires des déclarations de grossesse. Une visite à domicile est proposée aux femmes les plus vulnérables.

La loi du 18 décembre 1989 sur la promotion de la Santé et de l'Enfance donne à la PMI la mission d'organiser des consultations prénatales, post-natales et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes.

La loi du 05 mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance renforce la prévention par la détection le plus précocement possible des situations à risques. L'entretien psychosocial du 4^{ème} mois (EPP) de grossesse doit être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes (article L. 2112-1 du code de la Santé publique : cf. Annexe 1).

Cet entretien vise à leur donner la parole pour :

- favoriser leur participation active dans le déroulement de la naissance et l'accueil de leur bébé,
- répondre le plus justement possible aux besoins exprimés par les parents,
- améliorer la prise en charge obstétricale,
- organiser un réseau de soin personnalisé autour de la future maman lorsqu'il est nécessaire.

Le texte recommande d'informer les futures mères ou le couple sur les avantages de l'allaitement maternel dans l'alimentation de la première année et la résolution des problèmes liés à cette pratique.

Ces recommandations sont cohérentes avec celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations unies pour l'Enfance (UNICEF) ¹.

La loi conforte les compétences spécifiques de la PMI pour la prévention périnatale. Elle est reconnue comme un acteur majeur à divers titres et en particulier pour ses compétences dans le suivi pré et post-natal, pour son rôle en matière de Santé publique, pour sa connaissance du nourrisson et du jeune enfant. Son implantation sur le territoire et son ancrage local font des professionnels de PMI des acteurs de proximité majeurs. La relation avec d'autres professionnels de santé, d'établissements hospitaliers ou spécialisés, leur collaboration étroite avec les professionnels du travail social et de l'aide sociale à l'Enfance placent ces services au cœur du dispositif de prévention.

2) Dans le Pas-de-Calais

A la lecture des avis de grossesse, la sage-femme propose une visite à domicile

- aux mineures,
- aux femmes primipares sans activité professionnelle,
- aux femmes ayant réalisé leur déclaration de grossesse tardivement,
- aux femmes présentant une grossesse pathologique.

Nous travaillons en réseau avec les établissements de santé de notre secteur. Dans l'Audomarois, nous travaillons essentiellement avec la maternité du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer (CHRSO), où les médecins ou sages-femmes proposent un relais à domicile quand ils le jugent utile. Dans les Maisons du Département, les travailleurs médico-sociaux interpellent la sage-femme quand ils repèrent une difficulté à domicile ou en rendez-vous, au bureau.

II) Méthodologie de l'enquête

J'ai choisi de rencontrer une vingtaine de femmes enceintes répondant aux critères suivants:

- habitant dans l'Audomarois,
- primipare,
- sans emploi au moment de l'étude.

La sélection a été faite de manière aléatoire parmi les déclarations de grossesse qui répondaient à ces exigences entre le 10/11/2009 et le 22/01/2010. J'ai adressé un courrier aux femmes retenues, leur proposant ma visite à domicile avec un jour et une heure de rendez-vous.

Au cours de cette visite, le courrier spécifiait bien que leur serait proposé l'EPP. Elles étaient averties une semaine à l'avance et pouvaient refuser ma visite. Les femmes qui ont refusé ont déclaré avoir déjà eu l'EPP et commencé un suivi.

Lors de notre rencontre, nous faisons connaissance. Je me présentais et je lui précisais la raison de ma visite. Je notais son identité et autres renseignements administratifs, je la questionnais sur ses conditions de vie, son entourage familial et social. Je commençais l'EPP de façon habituelle, puis je lui parlais de mon travail de mémoire dans le cadre de ma formation de consultante en lactation et je lui demandais si elle acceptait de m'aider en répondant à mon questionnaire.

J'ai rencontré 17 femmes qui ont toutes accepté de répondre au questionnaire.

L'entretien durait entre 45 et 90 minutes, en moyenne 1 heure.

Pour pouvoir aborder tous les thèmes que je souhaitais explorer et proposer le même questionnaire aux femmes, j'avais établi un guide d'entretien (cf. Annexe 2). Celui-ci était orienté sur les sujets en lien avec les conditions du démarrage de l'allaitement maternel.

Pour construire ce questionnaire, je m'étais appuyée sur ma façon d'aborder la personne. Je souhaitais qu'elle puisse parler. Je voulais lui permettre d'exprimer ses besoins ou d'en prendre conscience. Je voulais aussi aborder des thèmes qui ont une répercussion importante sur le démarrage de l'allaitement maternel. Au fur et à mesure de notre dialogue, je répondais à ses questions et l'informais en essayant d'être au plus près de ses préoccupations.

Nous échangeons sur son ressenti, ses connaissances et ses souhaits vis-à-vis des conditions de la naissance et du démarrage de l'allaitement.

Cinq futurs pères sur 17 étaient présents. Quatre ont participé à l'entretien, un se tenait à distance tout en entendant la conversation. Deux pères ont quitté la pièce à mon arrivée.

Le guide d'entretien papier était photocopié, servait de canevas et me permettait de noter les réponses.

J'ai ensuite reporté les résultats obtenus dans un tableau récapitulatif, ce qui a permis de regrouper certaines réponses et de dégager les sentiments, les préoccupations et les besoins ressentis par ces futures mères.

III) Résultats

3) Caractéristiques des futures mères interrogées

Ces informations ont été extraites des dossiers des femmes remplis au début de l'entretien.

L'examen des dossiers administratifs des 17 femmes recrutées pour l'enquête a montré que :

- La moitié des femmes avaient entre 18 et 21 ans, 14 femmes avaient moins de 25 ans (cf. Figure 1) ;
- La plupart des femmes étaient à plus de 6 mois de grossesse, la moitié étaient entre 26 et 29 semaines d'aménorrhée (cf. Figure 2) ;
- Six femmes sur 17 avaient un niveau d'études équivalent au baccalauréat ou au-dessus (cf. Figure 3).

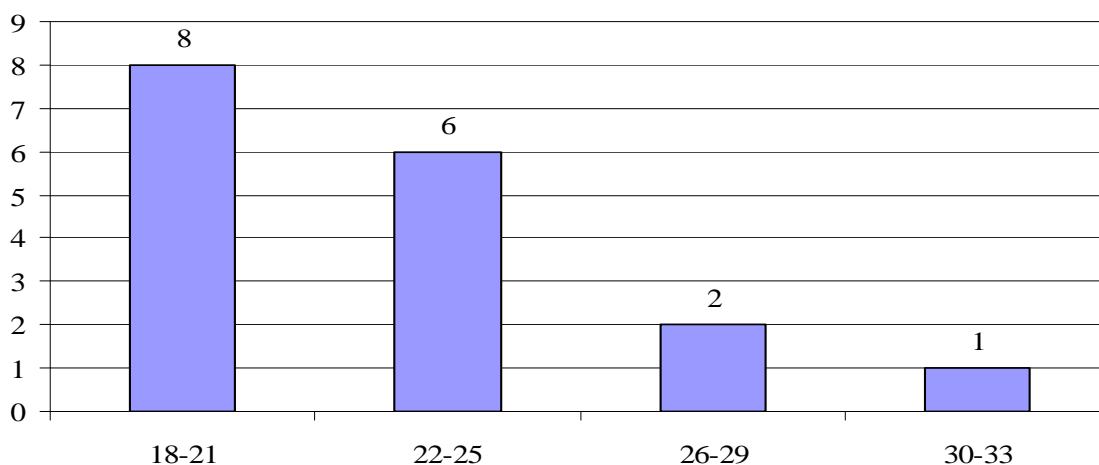


Figure 1 : Répartition des 17 futures mères interrogées selon leur âge.

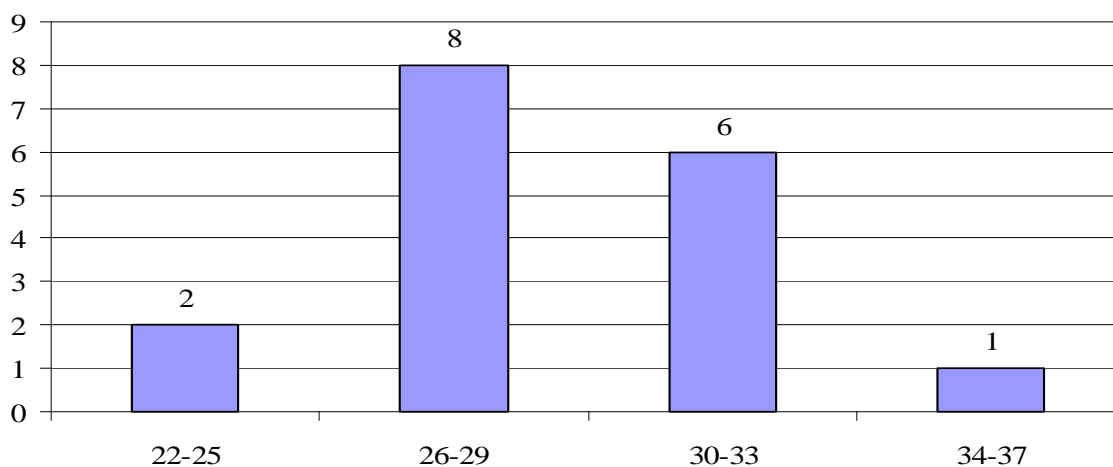


Figure 2 : Répartition des 17 futures mères interrogées selon l'âge de leur grossesse (exprimé en semaines d'aménorrhée).

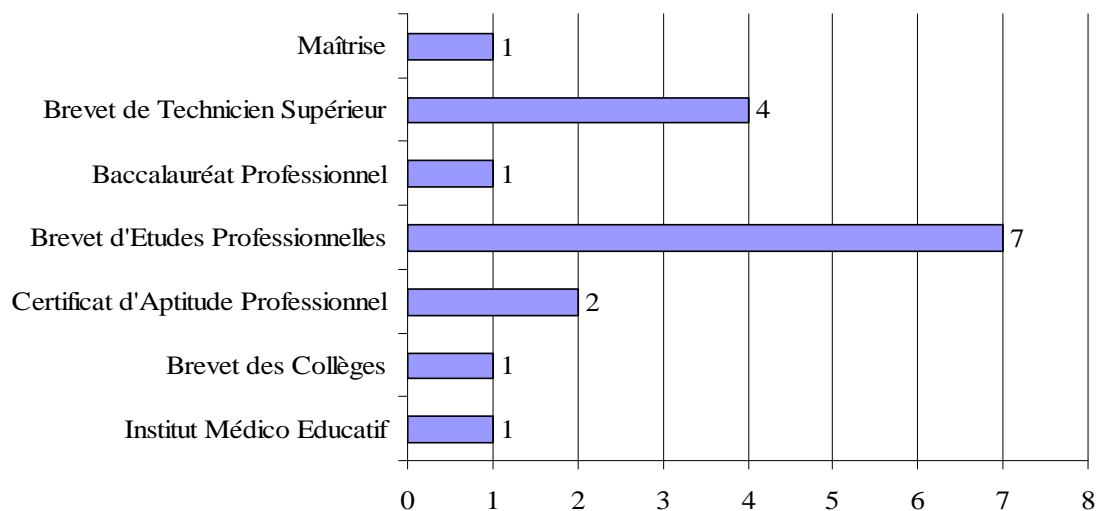


Figure 3 : Répartition des 17 futures mères interrogées selon leur niveau d'études.

4) Vécu de la grossesse

Le début de grossesse s'était bien passé pour 8 des 17 femmes. Huit patientes se plaignaient de troubles psychosomatiques. Ces derniers s'étaient parfois prolongés au-delà du troisième mois. Deux femmes avaient eu des difficultés à être enceinte. Une future mère a exprimé que cette grossesse non prévue avait été difficile à accepter.

Sentiments exprimés	Nombre de femmes
Colère	1
Irritabilité	1
Joie, bien-être, apaisement	11
Inquiétude, angoisse	5
Instabilité émotionnelle	1
De plus en plus confiante	1

Tableau 1 : réponses des 17 femmes sur leurs sentiments depuis le début de la grossesse. Plusieurs réponses étaient possibles.

Sur leur ressenti, 11 des femmes exprimaient la joie d'être enceinte et de vivre cette expérience. Cinq d'entre elles parlaient de leur inquiétude sur la santé de l'enfant, le déroulement de la grossesse, la survenue d'une complication. Quand la grossesse n'était pas attendue, la mère exprimait de la colère. Une patiente a décrit des hauts et des bas selon les jours sans explications précises. Une future mère a expliqué qu'au début de la grossesse, elle avait eu des soucis qui l'avaient beaucoup inquiétée mais que plus elle se rapprochait du terme, plus elle se sentait prête à « être mère ».

Une femme s'est sentie plus irritable que d'habitude.

Le Tableau 1 décrit les réponses des femmes sur leurs sentiments depuis le début de leur grossesse.

5) L'information et le suivi de la grossesse

Les 17 futures mères étaient toutes suivies régulièrement et bénéficiaient d'une consultation prénatale mensuelle. Elles avaient repéré les ressources du secteur : l'hôpital (à 7,5 kms) pour 9 d'entre elles, et un gynécologue en ville, médecin généraliste ou sage-femme libérale pour 4 d'entre elles. Certaines (4) avaient commencé le suivi en ville et l'avaient poursuivi à l'hôpital, suite à une hospitalisation ou à une échographie faite dans l'établissement.

Elles connaissaient peu la PMI, ne savaient pas qu'une sage-femme pouvait les accompagner durant leur grossesse et au delà. Cinq des 17 primipares ont accepté un suivi complémentaire à domicile par la sage-femme de PMI.

Elles ont eu la possibilité d'échanger avec leur médecin, leur gynécologue ou leur sage-femme. Une femme a déclaré faire entièrement confiance à son médecin généraliste qui la rassure bien. D'autres se sont senties mieux renseignées dès qu'elles sont allées à la maternité. Douze femmes considéraient qu'elles avaient reçu des informations suffisantes et rassurantes, 4 avaient toujours beaucoup de questions pratiques qu'elles n'avaient pas osé poser en consultation. Elles ont toutes exprimé le besoin d'être rassurées.

Sur les 17 femmes interrogées, 14 ont eu des informations sur les séances de préparation à la naissance, dont 7 qui ne prévoyaient pas de les suivre (cf. Tableau 2). Plusieurs femmes ont évoqué les difficultés de déplacement (pas de moyen de transport, horaires des bus inadaptés). Certaines ont mentionné la crainte de se retrouver en groupe.

Une future mère n'était pas autorisée à se déplacer du fait de sa grossesse pathologique.

Réponses	Nombre de femmes
Oui, ne les suivra pas	7
Oui, les suivra	6
Oui, ne sait pas encore	1
Non	3

Tableau 2 : Réponses des 17 futures mères à la question « Vous a-t-on parlé des séances de préparation à la naissance ? ».

6) Besoins, attentes et représentations autour de l'accouchement

Sur les 17 femmes interrogées, 16 avaient prévu d'accoucher au Centre hospitalier de la région de Saint-Omer (CHRSO) et une au Centre hospitalier de Dunkerque.

Elles **souhaitaient être accompagnées** par :

- Le futur père pour 14 d'entre elles ;
- Leur tante pour 2 d'entre elles ;
- Sa propre mère pour l'une.

A la question de ce qu'est **un accouchement normal**, la réponse la plus fréquente citée par 9 femmes était que tout aille bien pour la mère et l'enfant (cf. Tableau 3).

Réponses	Nombre de femmes
Quand tout va bien pour la mère et l'enfant	9
Le flou total + Peu importe le déroulement + Ne sait pas	3
Sans intervention médicale	1
Sans complication par exemple césarienne	4

Tableau 3 : réponses des 17 futures mères interrogées sur ce qu'était un accouchement normal pour elles.

Huit femmes n'avaient pas de souhait particulier pour que l'accouchement se passe bien. La réponse la plus fréquente portait sur l'accouchement normal et la bonne santé du bébé (cf. Tableau 4).

Souhait cité pour que l'accouchement se passe bien	Nombre de femmes
Ne pas avoir mal	2
Accouchement normal, bonne santé du bébé	5
N'ont pas pu exprimer de besoin particulier	8
Que les professionnels soient attentifs envers elle	1
Présence de son compagnon et de sa mère primordiale	2
Peau à peau pour donner le sein	1

Tableau 4 : Réponses des 17 futures mères sur ce qu'elles souhaitaient pour que l'accouchement se passe bien. Plusieurs réponses étaient possibles.

Si l'accouchement ne se passait pas comme prévu, 6 femmes ne savaient pas ce dont elles pourraient avoir besoin. Dix femmes ont cité le besoin de soutien (cf. Tableau 5).

Besoins cités	Nombre de femmes
Ne sait pas	6
Aura besoin de : Soutien + Chaleur + Sérénité + Une présence + Réconfort de sa mère	10
Aura besoin d'explications + Une bonne prise en charge + Fait confiance à l'équipe médicale	2

Tableau 5 : Réponses des 17 futures mères sur ce qu'elles souhaitaient si l'accouchement ne se passait pas comme elles l'avaient prévu. Plusieurs réponses étaient possibles.

Toutes les femmes avaient entendu parler de la péridurale. Dix femmes y étaient favorables, dont 2 avec des appréhensions (cf. Tableau 6).

Décision au sujet de la péridurale	Nombre de femmes
Favorable	8
Favorable avec des appréhensions	2
Défavorable	3
Hésitante	4

Tableau 6 : Décision des 17 futures mères sur la péridurale.

Pour 9 femmes, la péridurale apportait un soulagement et du confort, elle permettait une diminution de la douleur. Cinq femmes avaient entendu parler des risques et des échecs et redoutaient d'avoir mal au dos. Deux femmes souhaitaient plus d'informations pour se décider. Une femme évoquait sa peur des piqûres, une femme considérait que la péridurale n'était pas utile quand tout se passe bien et une autre souhaitait garder les sensations.

7) Les soins à la naissance

Dix femmes avaient entendu parler **du peau à peau**, 7 ne connaissaient pas cette pratique. Six femmes n'avaient pas d'idée sur les soins faits au nouveau-né juste après la naissance (cf. Tableau 7).

Soins cités	Nombre de femmes
La maman ne s’imagine pas les soins prodigués à la naissance	6
On fait crier le bébé	1
On lui passe une sonde dans la gorge pour le désobstruer	1
La toilette est reportée au lendemain de la naissance ainsi que la mesure de la taille	4
On prend ses mensurations : poids, taille.	3
On le réchauffe	1
On s’occupe des soins du cordon	7

Tableau 7 : Connaissances des 17 futures mères sur les soins prodigués au nouveau-né après la naissance. Plusieurs réponses étaient possibles.

8) L'alimentation de l'enfant à naître

Sur les 17 femmes interrogées, 6 souhaitaient allaiter, 10 avaient choisi de donner le biberon et une femme hésitait.

Quinze femmes avaient échangé sur la façon de nourrir leur bébé (parfois avec plusieurs personnes) : avec leur compagnon pour 6 mères, avec des membres de leur famille pour 12 (mère, cousine, belle-sœur), avec un professionnel de santé pour 3 mères et avec une amie pour une.

Sur les 17 mères, 11 connaissaient quelqu’un qui avait allaité : pour 8, une femme de sa famille, pour 2, une amie. Une femme avait entendu un témoignage à l’école lors d’un exposé.

Les femmes ont été invitées à s’exprimer sur leurs motivations pour le choix de l’allaitement au sein (cf. Tableau 8) ou sur les freins qui les empêchaient d’allaiter (cf. Tableau 9). Les arguments en faveur de l’allaitement maternel étaient que « c’est la meilleure nourriture pour l’enfant », « qu’il favorise le rapprochement mère-enfant », « que c’est naturel ». Une jeune femme avait écouté le témoignage d’une femme allaitante durant ses études et était enthousiasmée par ce témoignage. Une future-mère savait que le lait maternel est meilleur pour la croissance et la santé mais elle ne pensait pas allaiter. Une autre aurait souhaité allaiter mais y renonçait car le futur père souhaitait s’investir.

Les réticences étaient la peur « que ce soit contraignant », « fatigant », « que l’allaitement maternel fasse mal ». La pudeur était un frein également pour certaines. Laisser le père participer aux repas et prendre sa place était important pour une future mère, d’autres

n'avaient jamais vu un enfant au sein. Une femme fumait et craignait que ce soit une contre-indication à l'allaitement maternel.

Six femmes connaissaient l'existence de réunions de mères sur l'allaitement, 11 n'en avaient pas entendu parler.

Motivations pour l'allaitement maternel	Nombre de femmes
Il s'agit de la meilleure nourriture pour le bébé, en particulier pour les prématurés Meilleur lait - Meilleur pour la croissance	5
L'allaitement favorise le rapprochement Le contact peau à peau	2
C'est naturel	1
C'est sacré	1
Enthousiasmée par un témoignage	1

Tableau 8 : Raisons citées par 8 futures mères qui parlent de l'allaitement maternel. Six d'entre elles souhaitent allaiter. Plusieurs réponses étaient possibles

Motivations pour choisir le biberon	Nombre de femmes
L'allaitement est fatigant	1
La pudeur, ne veut pas montrer sa poitrine	2
Trouve l'allaitement maternel contraignant	1
Souhaite laisser le papa prendre sa place	1
A peur que les mises au sein fassent mal	1
Sait que l'allaitement est meilleur pour la croissance et la santé du bébé mais ne se sent pas prête	1
Elle fume	1
Prendra sa décision en fonction du terme et du poids de son bébé	1
N'a jamais vu quelqu'un allaiter-Ne vient pas à l'idée- Sa mère n'a pas allaité	2

Tableau 9 : Raisons citées par les 11 futures mères qui souhaitaient donner le biberon. Plusieurs réponses étaient possibles.

9) Connaissances des compétences de l'enfant in utero et à la naissance

Sur les 17 femmes enceintes, 4 n'avaient pas conscience des compétences de leur bébé in utero. Les compétences les plus souvent citées étaient les mouvements, l'ouïe, la communication, la déglutition de liquide amniotique (cf. Tableau 10).

Compétences citées	Nombre de femmes
Il bouge, il s'étire	10
Il est capable d'entendre	8
Il cherche à communiquer	5
Il avale le liquide amniotique, il a le hoquet	4
Il suce son pouce	2
Il est capable de sentir	3
Il voit la lumière à travers la paroi utérine	2
Il réclame à manger	1
Il pleure	1

Tableau 10 : Réponses des 13 futures mères qui ont cité une ou plusieurs compétences de leur bébé in utero.

Huit personnes sur 17 ne connaissaient pas les compétences du nouveau-né. L'odorat, la vue, l'ouïe et la capacité de pleurer étaient les plus cités (cf. Tableau 11).

Compétences citées	Nombre de femmes
Il sent	4
Il voit	3
Il entend	4
Il cherche pour se nourrir	2
Il pleure	3
Il a des capacités gustatives	1
Il peut prendre appui sur ses pieds	1
Il reconnaît sa mère	1

Tableau 11 : Réponses des 9 futures mères qui ont cité une ou plusieurs compétences de leur bébé à la naissance.

10) Les besoins et les priorités pour la naissance et le post-partum immédiat

Les dernières questions posées en fin d'entretien portaient sur les besoins, les attentes et les priorités des futures mères. Ont été le plus souvent cités le soutien du père, la présence de la famille et le besoin d'être écoutée (cf. Tableau 12). Parmi les points les plus importants, les futures mères ont cité la bonne santé du bébé (8 femmes sur 17). La découverte du peau à peau et la proximité avec l'enfant ont été cités 4 fois (cf. Tableau 13). Enfin, 15 femmes ont considéré qu'avoir du soutien les aiderait pour exprimer leurs souhaits. Deux femmes ne savaient pas si du soutien les aiderait.

Besoins exprimés	Nombre de femmes
Ne sait pas, rien de particulier	3
D'être soutenue par le papa + De la présence permanente du père ou de la grand-mère, d'un membre de la famille	6
D'écoute, d'attention, d'être rassurée	6
De proximité avec le bébé	1
Un bébé en bonne santé + Que tout se passe bien	3

Tableau 12 : Réponses des 17 futures mères à la question « De quoi auriez-vous envie pour la naissance de votre bébé ? Plusieurs réponses étaient possibles.

Le plus important est	Nombre de femmes
De bénéficier de la péridurale	1
Que le bébé soit en bonne santé	8
La découverte du bébé	1
La découverte du peau à peau ; la proximité	4
Le dialogue avec les professionnels ou avec la famille	1
Tout ce dont on vient de parler	1
L'allaitement	1

Tableau 13 : Réponses des 17 futures mères à la question « Qu'est ce qui est le plus important pour vous dans ce que vous venez de me raconter ? »

IV) Analyse de l'enquête

Je me suis adressée à des primipares sur le secteur de l'Audomarois. Ces femmes étaient à la maison, car elles n'avaient pas trouvé d'emploi, elles étaient nouvelles arrivées sur le territoire ou leur formation était insuffisante pour certaines. Ces dernières avaient souvent commencé un cursus qui ne leur plaisait pas, faute de place ou qu'elles n'avaient pas le niveau requis. Il est difficile de trouver un emploi dans la région.

L'âge de la grossesse au moment de l'intervention variait entre 22 et 37 semaines. Nous recevons en général les déclarations de grossesse entre le 4^{ème} et le 5^{ème} mois. Intervenir au 8^{ème} mois ou au-delà peut paraître tardif mais parfois un changement d'adresse oblige à faire des recherches et retarde le rendez-vous. Il arrive également que la future-mère reporte le rendez-vous pour des raisons personnelles. Une visite à domicile, même en fin de grossesse, permet à la future mère d'être rassurée et de s'exprimer.

Le niveau d'études des femmes était très varié, allant du Brevet des collèges à la Maîtrise. Une personne a fréquenté un Institut Médico Educatif (IME). Elles répondaient de façon crédible au questionnaire. Il a été nécessaire parfois de reformuler la question. Je peux émettre l'hypothèse qu'elles avaient accès à la lecture ou à l'information par les revues et émissions télévisées ou qu'elles pouvaient faire des recherches sur Internet. Deux personnes ont expliqué avoir entendu des témoignages ou vu des cassettes à l'école. Certaines m'ont dit ne pas se documenter ni dans les livres, ni sur Internet. Elles avaient reçu des informations de la part de leur entourage, ou des professionnels qu'elles avaient rencontrés.

La moitié des femmes se sont plaintes de troubles psychosomatiques. Ces derniers ont pu se prolonger au-delà du troisième mois. Dans ces cas, j'ai évoqué avec elles leur vie quotidienne, leurs inquiétudes, leurs peurs. Au cours de l'entretien, les femmes aimaient aborder certains sujets (les compétences du nouveau-né, les préparatifs) et étaient peu habituées à mettre des mots sur leur ressenti.

J'ai pu constater l'ambivalence de la femme enceinte : joie, bonheur et craintes, peurs : peur d'accoucher prématurément, de perdre le bébé (surtout en cas d'antécédent de fausse-couche), la peur de l'accouchement, la peur et l'appréhension des gestes médicaux.

Il faut du temps pour réaliser qu'un bébé sera bientôt là et que beaucoup de choses vont changer, pour prendre confiance en soi aussi.

La moitié des jeunes femmes (8) n'ont pu exprimer de besoin particulier pour l'accouchement car elles ne savaient pas encore précisément comment cela se passerait, elles n'avaient pas encore eu leurs séances de préparation à la naissance. Les personnes inscrites auront la possibilité de poser leurs questions et se familiariseront avec la maternité et son personnel. J'ai proposé aux femmes qui ne pouvaient y assister de les revoir pour aborder les questions qui les préoccupaient. « Pour que tout se passe bien » (besoin exprimé par 5 femmes), je les ai rassurées sur leur capacité de mettre au monde ce bébé là, sur le déroulement de l'accouchement, sur le respect de la physiologie. « Pour que le bébé soit en bonne santé » (exprimé également par 5 femmes), il est important qu'elles sachent que l'allaitement maternel est le mode d'alimentation le plus adapté pour le petit humain. La proximité, le « peau à peau », l'immaturité du système immunitaire sont des thèmes importants à aborder. Les rencontres autour de l'allaitement proposées par la maternité sont l'occasion de voir un bébé au sein, car des mères allaitantes y participent, et d'échanger entre elles. Malheureusement peu d'entre elles avaient eu l'information. Elles n'osaient souvent pas venir à ces réunions.

Deux futures mères souhaitaient ne pas avoir mal. Leur préoccupation principale était de bénéficier de la péridurale. Quelle était leur représentation de l'accouchement ?

L'attention du personnel, la proximité avec le bébé étaient des besoins primordiaux respectivement pour 2 d'entre elles.

Souvent elles avaient prévu d'être accompagnées par leur compagnon ou plus rarement par leur mère. L'une des femmes interrogées devait être soutenue par sa tante, le futur père exprimant la crainte de faire un malaise au moment de la naissance. C'est important d'être rassurée sur le fait qu'on ne sera pas seule. Elles pouvaient déjà échanger avec cette personne sur leur représentation du déroulement de la naissance.

Elles savaient que la péridurale supprime ou atténue la douleur ; ce qu'elles redoutaient le plus. Mais elles avaient entendu parler des effets secondaires, des échecs. Je leur ai parlé du déroulement, des éventuelles contre-indications, des limites de la médecine (ça ne marche pas à 100 %). Elles devraient savoir que les médicaments utilisés peuvent avoir des conséquences sur le comportement de l'enfant (cf. Annexe 3), que le soutien au moment de la naissance et du démarrage de l'allaitement les aideront à réussir leur projet.

J'ai pu à ce moment là parler de la lumière douce, du silence, de l'intimité, de la sécurité², insister sur le soutien de la personne qui l'accompagne et de la sage-femme qui la prend en charge. Les interventions possibles et leurs conséquences peuvent être expliquées.

Les couples avaient une idée très vague des soins donnés au bébé à la naissance. Ils citaient les soins au cordon, les mensurations. Certains savaient que l'on ne baigne plus les bébés. Ils ne savaient pas pourquoi. Les gestes plus invasifs ont été cités une fois. Un père pensait que la stimulation du nouveau-né était indispensable pour le faire crier. J'ai insisté sur le fait que la naissance est une épreuve pour l'enfant et qu'il a besoin d'être rassuré et sécurisé, réchauffé. Rendre aux parents leur rôle indispensable au moment de la naissance leur donne confiance en eux et leur donne une position face au pouvoir médical.

Si tout va bien, les soins de routine ne sont pas urgents (cf. Annexe 5). Actuellement, de nombreuses structures ont encore des réticences à reconsidérer leurs pratiques de routine ; certaines explorent des façons de faire permettant d'accéder à la demande des futures mères, ces dernières étant écoutées dans leur souhait d'allaitement maternel.

Le « peau à peau » a été abordé pour certaines d'entre elles par la sage-femme en consultation prénatale (CPN). Elles ont lu des revues spécialisées, regardé des émissions de télévision et bien-sûr certaines ont regardé sur Internet. C'était une notion nouvelle pour elles. C'était valorisant pour elles de savoir que leur bébé a besoin d'être en contact avec elles et que cela lui apporte tant de bienfaits.

Elles aimaient entendre les bénéfices du « peau à peau », les moyens de le favoriser et de ne pas le perturber (cf. Annexe 4). Parler de la protection thermique³, de la colonisation par les germes familiaux⁴, du lien mère enfant me semble primordial.

Concernant l'alimentation du bébé, la plupart des femmes en ont parlé avec leur entourage. L'aide et le soutien du papa sont importants pour la réussite du projet d'allaitement⁵. Connaître ses représentations des seins de la femme, l'idée qu'il se fait de son rôle sont des sujets dont nous pouvons parler. Les pères ont un rôle très important de soutien, de protection du couple mère-enfant qu'il faut mettre en valeur.

Je rencontre souvent les futures mères au 6^{ème} voire 8^{ème} mois et souvent elles ont déjà pris leurs décisions. Les études montrent que souvent la décision d'allaiter ou pas est prise avant la grossesse⁶.

Grâce à certaines techniques de communication, les professionnels permettent au couple ou à la future mère d'exprimer ses peurs, ses doutes et peuvent apporter une information éclairée sans pour autant leur faire penser qu'ils ont tort. Mme LANDAIS⁵, puéricultrice, formatrice, consultante en lactation IBCLC, propose de poser des questions ouvertes, d'être inconditionnellement positif, de partir des besoins de la personne et de l'encourager à trouver plusieurs réponses à ses questionnements.

Plusieurs situations existent : les femmes qui souhaitent allaiter et qui ne l'ont jamais vu faire dans leur entourage. Elles ont besoin de voir un bébé au sein et je leur donne les dates et horaires des « rencontres autour de l'allaitement » au CHRISO ou les coordonnées de l'association de mère à mère la plus proche (il n'y en a qu'une à la campagne, difficile d'accès pour les audomaroises). Les déplacements ne sont pas faciles dans la région : transports en communs peu développés, région assez rurale. Elles ont des réticences pour aller dans des groupes, il faudrait des personnes relais, des lieux connus et familiers.

Concernant la pudeur, reconnaître que c'est une préoccupation fréquente, exprimée par beaucoup de femmes, peut les rassurer. Chercher avec elles des solutions.

Pour ce qui est de la fatigue et des contraintes, l'encourager à exprimer les difficultés de sa vie quotidienne, admettre que la fin de la grossesse est pénible avec ses nuits écourtées, ainsi que l'accouchement qui prend beaucoup d'énergie, expliquer comment agissent les hormones, leur rôle sur le sommeil, évoquer la proximité qui facilite l'allaitement et le sommeil.

La peur de la douleur des tétées est compréhensible compte tenu de tout ce que la future mère a entendu des uns et des autres, mais la bonne connaissance des positions et de la façon dont bébé va ouvrir sa bouche l'aidera.

Pour certaines, l'allaitement maternel est une habitude familiale ou culturelle, elles ont pu en discuter en famille, elles voient des enfants au sein couramment. Elles ont des questions plus précises, les aider à trouver elles-mêmes leurs réponses leur donnera confiance en leurs capacités.

Pour celles qui ne souhaitent pas allaiter, j'évoque la tétée de colostrum qui est proposée systématiquement. Elles sont souvent prêtes à la donner. Ce sera pour elles l'occasion de vivre ce moment d'intimité avec leur bébé et peut-être de changer d'avis, comme le montre l'expérience de Lons Le Saulnier HAB⁷. Je peux parler de la protection biologique du bébé

par le lait maternel⁸, de sa spécificité pour leur bébé, de sa composition qui varie avec les besoins de l'enfant. Je leur apporte une information qu'elles utiliseront selon leur bon vouloir. Si elles sentent que je les respecte, elles auront plus confiance en elles pour oser faire des choses différentes ou ce qu'elles souhaitent⁹.

Celles qui pensent avoir un petit bébé ou qui craignent d'accoucher prématurément ont besoin de savoir que le lait maternel est considéré comme un médicament pour le petit enfant fragile ou malade.

Dans l'enquête, les futures mères étaient très attentives aux mouvements actifs de leurs bébés. Elles les interprétaient à leur façon. Certaines communiquaient avec le fœtus. Les pères partageaient ces moments émouvants. Beaucoup ont cité le besoin d'entrer en relation avec le bébé. Elles pressentaient que leur enfant cherchait à entrer en relation avec ses parents.

Peu de futures mères avaient conscience que leur bébé possède le goût et l'odorat grâce au liquide amniotique et que ces facultés lui permettent de chercher le sein à la naissance. In utero, le fœtus est nourri en permanence. Il se réveille spontanément indépendamment du degré de remplissage de son estomac. A la naissance il s'éveille spontanément, il cherche le contact ; s'il n'obtient pas de réponse il pleure. Il présente une période d'éveil exceptionnel où il est particulièrement compétent pour rencontrer ses parents et pour trouver le sein, s'y placer et téter vigoureusement¹⁰.

Elles connaissaient mal les compétences du nouveau-né mais quelle satisfaction pour une maman de savoir que son bébé a besoin d'être rassuré et sécurisé et qu'elle est la personne la plus capable de le faire avec son compagnon. Grâce au « peau à peau » elle va le réchauffer, et lui permettre de prendre le sein quand il le voudra.

Ce dont elles avaient le plus souvent envie, c'était la présence de leur compagnon, le soutien et l'écoute de l'entourage et du personnel. Dans ces moments très particuliers où se mêlent la peur de l'inconnu, les sensations physiques pas toujours confortables et l'impatience de faire connaissance avec leur bébé, la présence rassurante du futur père ou d'un membre de la famille est importante. Les paroles et gestes bienveillants du personnel hospitalier les aideront à garder confiance en elles.

Elles souhaitaient que tout se passe bien et que l'enfant soit en bonne santé. Cette requête nous engage à respecter la physiologie, pour ne pas provoquer la dystocie. Pour la bonne

santé de l'enfant, la nature a prévu l'allaitement maternel. Il favorise la proximité, la protection immunologique, le maintien de la température et l'établissement de la relation mère-enfant entre autres.

Après la préoccupation dominante pour la santé du bébé vient la découverte du « peau à peau ». Pouvoir garder son bébé près d'elle, savoir que c'est ce qui est le mieux pour lui sont des éléments primordiaux pour elle.

Le plus important peut être le confort grâce à la péridurale, un accouchement qui se passe bien, le contact et la relation avec l'enfant. Au cours de notre entretien nous avons abordé beaucoup de sujets qui leur tiennent à cœur.

Déjà pendant la grossesse, elles aiment être rassurées. Au moment de la naissance, ce soutien est indispensable. Des gestes respectueux, de la douceur, des mots simples et rassurants, une attitude attentionnée seront les bienvenus.

La majorité aura besoin de réconfort, de bienveillance et de soutien si les choses ne se passent pas comme elles l'ont prévu.

Les explications aident à comprendre et à accepter les imprévus.

Certaines femmes ne savaient pas comment gérer un imprévu, c'est compréhensible. L'environnement sera étranger, les personnes peut-être inconnues. Elles ne pouvaient s'imaginer dans cette situation mais le soutien, le respect aident à passer des caps difficiles.

V) Processus d'évolution

Ma formation de consultante en lactation m'a donné envie de partager et d'informer les primipares sur l'allaitement maternel :

- sur les recommandations de l'OMS concernant l'allaitement maternel, les bénéfices du lait maternel pour l'enfant et sa mère (immunité, nutrition...) ¹¹,
- sur la proximité (chaleur, peau à peau, colonisation par la flore familiale) (cf. Annexe 4),
- sur les compétences du nouveau-né, les signes d'éveil, le comportement neurologique, la première tétée, les réflexes archaïques (cf. Annexe 6),
- sur les soins de routine en salle de naissance (cf. Annexe 5),
- sur les conditions de la naissance : péridurale, médicaments... (cf. Annexe 3),
- sur l'importance du soutien familial, professionnel, associatif ^{12, 13}.

Au commencement de mon travail, ces notions me paraissaient essentielles à transmettre aux femmes enceintes, qu'elles aient fait le choix d'allaiter ou pas. Sans doute ces renseignements étaient assez nouveaux pour moi et je voulais les partager. Mais au fur et à mesure des entretiens réalisés, je me suis aperçue que les femmes n'avaient pas du tout les mêmes attentes et que leurs préoccupations principales étaient « que tout se passe bien » et « que le bébé soit en bonne santé ».

Au cours des premiers entretiens, je me suis rendue compte que le questionnaire ne correspondait pas toujours au niveau de compréhension des futures mamans. Parfois ce questionnaire les mettait mal à l'aise ou ne leur permettait pas de répondre.

Un des entretiens que j'ai eu avec une femme s'est révélé difficile. Cette future maman était très angoissée et avait par-dessus tout besoin que je la rassure. Je n'ai pas été assez à l'écoute de ce qu'elle me disait verbalement ou dans son attitude. Je suis restée centrée sur mon objectif. A la fin de l'entretien, elle m'a redit son mal-être et je me suis alors remise en question, réalisant que je n'avais pas répondu à ses besoins : écoute, réassurance, réponse à ses propres questions du moment.

A partir de ce moment là, j'ai changé ma façon d'aborder mes entretiens. Je me suis centrée sur les personnes, j'ai été attentive à répondre à leurs besoins, besoins d'écoute, de réassurance.

Je me suis rendue compte que certaines questions étaient trop difficiles à comprendre, ou, en tous cas, les mettaient dans l'embarras :

La question 4 « Pourriez vous me parler de la péridurale ? » est devenue : « Avez-vous entendu parler de la péridurale, que pouvez vous m'en dire ? »

Et la question 11 « Si les choses ne se passent pas comme on l'a prévu, il reste possible de se donner les moyens d'aller de l'avant. Avez-vous une idée de ce que vous, votre compagnon, et votre bébé pourraient faire dans ce cas là ? » est devenue : « Pour vous c'est quoi un accouchement normal ? Si les choses ne se passent pas comme vous l'avez prévu, de quoi auriez vous besoin ? »

Je me suis alors fixé l'objectif d'être plus à l'écoute des femmes. Depuis que j'ai commencé à mener mon entretien plus centré sur la personne, je me suis sentie plus satisfaite de mon travail. Les entretiens se déroulent mieux et je me suis aperçue que les personnes parlaient plus et étaient plus à l'aise.

J'ai compris que les questions et les besoins devaient venir des femmes et que mon rôle était de les écouter et de les informer. J'ai réalisé qu'il me fallait partir de là où elles en étaient. Mon rôle est, d'une part, de leur donner l'occasion de s'exprimer en leur offrant un espace de parole et, d'autre part, de les accompagner à mettre des mots sur leurs besoins. Au cours de mes entretiens, j'ai pris conscience de l'influence familiale sur ces futures mamans. Il est important qu'elles puissent trouver des réponses claires et précises de façon à ce qu'elles puissent s'affirmer dans leur choix. Les accompagner pour qu'elles se sentent autonomes, compétentes pour s'occuper de leur bébé.

Le Dr MARCHAND-LUCAS dans son « VISA pour une communication efficace » nous guide ainsi dans une écoute active ¹⁴ :

- ✓ Valoriser la future maman : lui donner la confiance en soi, avoir une attitude non jugeante.
- ✓ Informer la future maman : expliquer les techniques d'allaitement sans faire à sa place, donner des informations positives, pertinentes. Elles seront données de façon générale pour ne pas fermer l'échange et permettre un réajustement (ex : « la plupart des bébés... »)
- ✓ Suggérer à la future maman : si nécessaire, sans être directif, proposer des possibilités...
- ✓ Être authentique : être dans une relation vraie, sincère, empathique, congruente.

Conclusion

Les primipares que je rencontre en prénatal reçoivent beaucoup d'informations de la part des professionnels de santé, des organismes. Ces informations sont essentiellement médicales (conseils hygiéno-diététiques, suivi de grossesse...) ou administratives. Avec leur entourage elles échangent et s'imprègnent de l'influence culturelle familiale. Elles recherchent dans leur famille des femmes qui vivent ou ont vécu l'expérience de la grossesse et de la naissance. Elles ont peu de renseignements sur les compétences de leur bébé et sur ses besoins mais ne ressentent pas forcément le besoin d'avoir ces connaissances.

Les adultes ont besoin de s'approprier leur décision. Pour les aider à préciser cette décision, on peut leur proposer des questions sans les leur imposer. On crée ainsi le besoin de savoir mais on n'impose pas notre savoir. Une information donnée non demandée ne

sera pas retenue. En proposant aux femmes une liste de questions ou de thèmes possibles à aborder, (voir le Mémo ci-dessous) je les amène à acquérir les compétences qui vont leur permettre de faire des choix éclairés.

Si la future maman ne souhaite pas poser ses questions de suite, je lui indique des endroits où elle pourra les poser.

Les ressources du secteur (réunions, carrefours, liste de professionnels, liste de consultantes en lactation, réunion de mères à mères, lignes téléphoniques, associations qui soutiennent l'allaitement) seront communiquées aux femmes afin qu'elles choisissent les personnes qui seront les plus aptes à répondre à leurs questionnements.

L'offre de « réunions de mères à mères » devrait être augmentée par des encouragements et formations qui permettraient à des femmes de concrétiser ces projets. Des formations d'accompagnantes existent. Ces personnes devraient être proches des quartiers, connues et se retrouver dans des lieux familiers. En rencontrant d'autres femmes enceintes ou femmes qui allaitent déjà, elles vont renforcer leur sentiment de compétence et d'efficacité. Elles vont apprendre si elles en ont besoin. Ces groupes permettent le partage d'expérience, l'expression des difficultés et créent des liens. Ils seront un lieu de rencontre et par la suite les femmes pourront aborder d'autres thèmes tels que la diversification, la propreté ...

Vérifier que ces propositions sont utiles et efficaces fait partie du travail. Cela permettra de valider ou pas ces techniques. Il me faudra établir un questionnaire de satisfaction remis aux mères par le biais de la maternité ou envoyé par courrier.

Si ces procédés sont appréciés des mères et futures mères, il sera intéressant de les transmettre aux collègues de PMI, mais aussi à toutes les professionnelles qui travaillent auprès des femmes enceintes et des mères. Si le petit mémo proposé s'avère difficile à comprendre ou trop abstrait, il me faudra trouver des formulations plus simples et plus proches de leur mode d'expression.

Approcher ainsi les femmes en leur permettant de prendre confiance en elle à leur rythme, leur offrir la possibilité de savoir, sans les assommer d'informations qu'elles ne retiendront pas, est novateur et mérite d'être testé.

Pour terminer, je suis heureuse de constater que ce travail m'a permis de changer ma posture professionnelle. J'ai remis en questions mes pratiques. J'aborde désormais les femmes différemment, l'essentiel pour moi maintenant est de les écouter, de répondre à leurs besoins et non plus de leur apporter mon savoir coûte que coûte. C'est aussi les accompagner pour qu'elles puissent exprimer leurs besoins.

Petit mémo pour les futurs parents

Ce mémo est destiné à vous donner des sujets de discussion ou d'échange à propos de la naissance de votre bébé et du démarrage de l'allaitement maternel. Lors de votre rencontre avec un professionnel de santé, vous aurez l'opportunité de choisir les thèmes qui vous intéressent. Souhaitez vous échanger sur :

- Les compétences de votre bébé in utero, ce qu'il sait faire, et comment il se prépare à la naissance et à votre rencontre.
- Les compétences du nouveau-né pendant les premières heures de vie, son besoin de faire connaissance avec ses parents. Les adaptations qu'il va vivre.
- Les besoins du nouveau-né : proximité, nutrition, chaleur, protection biologique et immunologique.
- Le déroulement de l'accouchement, les meilleures conditions pour favoriser la rencontre mère-enfant et le démarrage de l'allaitement maternel.
- La manière dont se déroule un allaitement dans la pratique (rythmes, durée des tétées...).
- Le rôle du futur papa. Comment il vit la grossesse, comment il imagine son bébé, sa vision de l'allaitement maternel, comment il peut vous aider. Son rôle de protecteur et de soutien est primordial. Le rôle de votre entourage familial ou social.
- La pudeur. Que pensez-vous de l'allaitement en public ?
- Les changements dans votre vie quotidienne avec l'arrivée du bébé et ce dont vous aurez besoin. Ce que cela impliquera pour vous.
- Les rythmes de votre enfant et les particularités concernant son sommeil. Reconnaître les signes d'éveil. Savoir quand votre bébé est prêt à téter. Le sommeil partagé, les pleurs, le portage.
- Les lieux d'informations, de soutien, d'échanges avec d'autres mères, les lieux de rencontres, les coordonnées de professionnels qualifiés qui respectent vos choix.
- Tout autre sujet à votre convenance.

Bibliographie

¹ OMS /FISE. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité ; Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, recommandation n°3 ; p4. Genève: OMS; 1989.

² ODEMENT M. L'amour scientifique. Genève. Jouvence 2001, 174 p ; p51-53.

³ OMS La protection thermique du nouveau-né : guide pratique. Genève: OMS; 1997.

⁴ OMS /FISE Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité ; p24. Genève: OMS; 1989.

⁵ LANDAIS M. Entretien anténatal : comment parler d'allaitement maternel ? Les dossiers de l'obstétrique 2007;366:26-27.

⁶ ANAES. Allaitement maternel, Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant ; Service recommandations et références professionnelles. Paris. ANAES ; 2002 ; p38.

⁷ ANAES ; Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant ; service recommandations et références professionnelles; Paris. ANAES ; 2002 ; p82

⁸ LAURENT C. Le lait maternel aspects pratiques ; d'après une conférence donnée auprès de personnel de PMI.2002.

⁸ Comité de nutrition de la société française de pédiatrie. La promotion de l'allaitement maternel c'est aussi l'affaire des pédiatres ; éditorial Arch. Pediatr. 2000 ; 7:1149-53.

⁹ MARCHAND-LUCAS L. Informer sur l'allaitement maternel : dépasser la culpabilité. Journal des professionnels de l'enfance ; janvier/février 2007 ; n°44.

¹⁰ GREMMO-FEGER G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. LLL France ; Les Dossiers de l'allaitement 51; avril-mai-juin 2002.

¹¹ Résolution WHA 54.2 de la 54eme Assemblée Mondiale de la Santé du 16 Mai 2001.

¹² Le soutien aux mères : un cadeau en or (éditorial). LLL France ; Les Dossiers de l'allaitement 77 ; 2008.

¹³ TURCK D. Promouvoir ; les grandes lignes des actions possibles. Cahiers de la puériculture n°159 sept 2002.

¹⁴ MARCHAND-LUCAS L. VISA pour une communication favorisant la confiance. Le journal des professionnels de l'enfance ; n°44 ; p 36-37.

Annexe 1 : Les missions du Conseil Général

Article L2112-2 modifié par

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 Article 1JORF 6 mars 2007

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale dans les conditions définies par le chapitre Ier du titre Ier du livre III de la présente partie ;

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations.

Annexe 2 : Guide d'entretien

Dans le cadre de ma formation de Consultante en lactation je souhaite réaliser un travail sur les connaissances des femmes à propos des meilleures conditions pour accueillir le nouveau-né et en particulier pour que l'allaitement maternel démarre le mieux possible.

Êtes-vous d'accord pour m'aider dans ce travail en acceptant cet entretien ?

1 Pouvez-vous me parler du début de votre grossesse, de votre suivi, des informations que vous avez reçues des professionnels et de votre entourage.

2 Qu'avez-vous ressenti depuis que vous êtes enceinte ?

3-1 Où avez-vous prévu d'accoucher ?

3-2 Que souhaiteriez-vous en particulier pour votre accouchement ?

3-3 Qui vous accompagnera pour cette naissance ?

4 Avez-vous entendu parler de la péridurale, que pouvez vous m'en dire ?

5 Avez-vous déjà entendu parler du « peau à peau » ?

6-1 Avez-vous réfléchi à la façon dont vous allez nourrir votre bébé ?

6-2 Avec qui en avez-vous parlé ?

6-3 Connaissez-vous dans votre entourage des personnes qui ont allaité leur bébé ?

6-4 Qu'en pensez-vous ?

7 Vous a-t-on parlé des séances de préparation à la naissance et des rencontres autour de l'allaitement ?

8 Que savez-vous aujourd'hui des soins que l'on prodigue à l'enfant à la naissance ?

9-1 Que savez-vous aujourd'hui des compétences des bébés in utero ?

9-2 Que savez-vous aujourd'hui des compétences des bébés à la naissance ?

10-1 De quoi auriez-vous envie pour vous et votre compagnon, pour la naissance de votre bébé ?

Que veulent les primipares de l'audomarois pour favoriser le démarrage de l'allaitement maternel ?
De quoi ont-elles besoin ?

10-2 Qu'est ce qui est le plus important pour vous dans ce que vous venez de me raconter?

10-3 Cela vous aiderait-il d'avoir un soutien pour exprimer ce que vous souhaitez ?

11 Pour vous c'est quoi un accouchement normal ? Si les choses ne se passent pas comme vous l'avez prévu, de quoi aurez vous besoins ?

Annexe 3 : Les manœuvres au cours de la naissance

Il est généralement admis que la péridurale favorise le recours aux manœuvres obstétricales, par exemple le forceps ou la ventouse, qui ne sont pas inoffensifs pour le nouveau-né. Elles peuvent être la cause de lésions, de douleurs, de perturbation de la succion. Les résultats d'études sont néanmoins délicats à interpréter car les procédures obstétricales (type de produits utilisés, doses injectées), les pratiques en salle de naissance et le soutien de l'allaitement en post-partum sont des paramètres essentiels qui peuvent varier beaucoup entre les études.

L'étude de ANIM-SOMUAH [1] n'a pas montré de façon significative que la péridurale soit associée avec une probabilité plus importante d'avoir recours aux manœuvres instrumentales, ni d'avoir une césarienne ; les conclusions étaient similaires pour le risque que la mère ait mal au dos ou que l'enfant ait un score d'Apgar bas à 5 min de vie.

En cas de péridurale précoce, on observait une augmentation des taux de césariennes, sauf si elle était posée dans la phase active.

RIORDAN [2] a étudié l'impact des produits utilisés tels que le Fentanyl, et autres opioïdes, la Bupivacaine et la Morphine en cas de césarienne. Elle a montré que l'impact sur le nourrisson est fonction du temps écoulé entre l'injection chez la mère et la naissance de l'enfant et de la dose injectée. Il existe des variations en fonction des capacités de l'enfant à métaboliser et excréter le produit. L'administration de ces produits comporte le risque d'une chute de tension artérielle qui compromet l'oxygénation de l'enfant, les autres effets possibles sont l'allongement du travail, les extractions instrumentales plus fréquentes, les bradycardies fœtales, les lésions du sphincter anal chez la mère. L'étude a montré que si on attend que la dilatation soit à 5 cm, la péridurale n'augmente pas la durée du travail ni la fréquence des dystocies.

Dans une étude récente, l'auteur a utilisé le Breast feeding Assesement Tool pour évaluer le déroulement des tétées chez 92 enfants dont les mères avaient eu une péridurale et 37 dont les mères avaient eu un accouchement non médicalisé. Les consultantes en lactation de 3 hôpitaux avec 2 ans d'expérience ont évalué le démarrage de l'allaitement. Les mères ont évalué aussi les tétées avec les mêmes formulaires. Les scores des bébés allaient de 0 à 12.

Les enfants des mères avec un accouchement non médicalisé avaient de meilleurs scores : 11,5 en moyenne ; les scores des enfants dont les mères avaient eu une péridurale étaient en moyenne à 8,5 comme ceux des enfants des mères qui avaient reçu une analgésie intraveineuse. Toutefois la prévalence de l'allaitement à 6 semaines était la même chez toutes les femmes.

En 1982, MURRAY et al [3] ont étudié les conséquences de l'analgésie maternelle sur le comportement des nouveau-nés. Un groupe de mère avaient reçu de la Bupivacaine 0,5 % en continu, un groupe avait bénéficié d'une péridurale et d'une injection d'ocytocine, le troisième groupe avait bénéficié d'inhalation de gaz nitreux. Le quatrième avait subi une infiltration périnéale de Lidocaine et le cinquième n'avait eu aucune intervention. Les enfants des deux premiers groupes avaient en moyenne de moins bons scores aux tests d'évaluation de l'état physiologique et neurologique. A 6 jours de vie, les enfants des deux premiers groupes avaient encore des scores inférieurs.

TORVALDSEN [4] a essayé de déterminer les associations entre la péridurale et l'allaitement maternel pendant la première semaine post-partum et l'arrêt de l'allaitement dans les 24 semaines post-partum (PP). L'étude a été réalisée en Australie en 1997 et a concerné 1280 femmes de plus de 16 ans. Pendant la première semaine 93 % des femmes allaitaient complètement ou partiellement, 60 % d'entre elles continuaient à 24 semaines PP. L'analgésie pendant le travail et le type de naissance étaient significativement associés à des allaitements partiels ou à des difficultés d'allaitement pendant la première semaine.

L'analgésie, l'âge maternel et l'éducation étaient associés à un arrêt de l'allaitement avant 24 semaines PP. Les femmes ayant eu une péridurale avaient tendance à arrêter l'allaitement plus que les femmes qui n'avaient reçu aucune méthode médicamenteuse. Les femmes à hauts risques d'arrêt d'allaitement doivent être aidées et soutenues. Les difficultés d'allaitement surviennent surtout si le soutien est inadéquat.

L'épisiotomie peut causer des douleurs chez la mère et la rendre inconfortable pour se positionner pour l'allaitement.

Au cours de la surveillance du travail les pressions digitales sur le sommet du crâne et les fontanelles, la rupture des membranes peuvent être source de douleurs ; ainsi que la pose d'électrode sur le scalp du bébé.

Un séjour en incubateur est inconfortable et stressant à cause du bruit et de la chaleur sèche.

Le stress et la douleur du bébé contribuent à modifier son comportement, perturbent ses moyens d'expression pour manifester son besoin de téter.

[1] ANIM-SOMUAH M., SMYTH R., HOWELL C. Epidural versus non epidural or no analgesia in labor. Cochrane Database Syst. rev, 2005 oct19 (4), CD000331.

[2] RIORDAN J. Epidurals and breastfeeding. B Abstract 1999; 19(2):11-2.

[3] MURRAY AD., DOLBY RM., NATION RL. et al. Effect of epidural anesthesia on newborns and their mother. Child development, 1981, 52:71-82.

[4] TORVALDSEN S., ROBERTS C., SIMPSON J., THOMPSON J., ELLWOOD D. Intrapartum epidural analgesia an breastfeeding: a prospective cohort study, International Breastfeeding Journal, 2006, 1:24.

Annexe 4 : Le contact peau à peau et la première tétée

La quatrième recommandation des « 10 conditions pour le succès de l'allaitement » est libellée comme suit depuis 2008 (site de la CoFAM) : « Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins 1 heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin (il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants, y compris ceux qui sont nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 Semaines d'Aménorrhée) ».

WIDSTRÖM et al (1987) et RIGHARD et ALADE (1997) [1] ont montré qu'en l'absence de sédation, la quasi-totalité des nourrissons portés sur la poitrine de leur mère immédiatement après la naissance adoptaient un comportement caractéristique avant la première tétée. Les premiers mouvements effectués après 12 à 44 minutes étaient suivis d'une prise de sein correcte, accompagnée d'une tétée effectuée spontanément au bout de 27 à 71 minutes.

WIDSTRÖM a montré qu'après la naissance, le réflexe de succion était optimal, au bout de 45 minutes, puis allait décroissant pour s'interrompre durant 2h-2h30. Dans le cas d'une césarienne, sous anesthésie locale, l'allaitement devrait être engagé immédiatement, s'il s'agit d'une anesthésie générale, l'allaitement pourra être mis en route dès que la mère a repris conscience. (Gonzales, 1990)

Quatre études (SOZA et al 1976, DE CHÂTEAU et WIBERG 1977, THOMPSON [5], HARTSOCK et LARSON 1979, ALI et LOWRI 1981) ont montré l'efficacité du contact précoce sur l'augmentation de la durée des taux d'allaitement entre 2 et 3 mois.

Dans le monde mammifère, on a établi que plus tôt était engagé le contact après la naissance, plus solide et plus durable se révélait le comportement maternel. WIDSTRÖM et al ont montré en 1990 que le contact tactile précoce du mamelon et de l'aréole influence positivement les relations mères -enfants.

AWI DD. et ALIKO EA. [2] recommandent que le premier contact soit prioritaire sur toutes les autres pratiques de routine.

MOORE dans son étude randomisée contrôlée [3] décrit une « période sensible pour l'établissement de l'allaitement maternel » : pendant les deux premières heures de vie, les nouveau-nés sont très réceptifs au toucher, à la chaleur et à l'odeur de leur mère. L'enfant

est placé ventre contre le ventre ou la poitrine de sa mère pendant les premières minutes suivant la naissance. Le score d'Apgar est relevé et l'aspiration est faite seulement sur indication médicale. L'enfant est séché et couvert d'une couverture chaude. Il porte un bonnet.

Les niveaux de catécholamines sécrétées suite à la compression de la tête fœtale et à la diminution intermittente d'oxygène pendant les contractions utérines augmentent la sensibilité olfactive qui guide l'enfant vers le mamelon. Après les deux heures, l'enfant entre dans une phase de sommeil qui correspond à une baisse des catécholamines.

Un article de la Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS rapporte 30 études portant sur 1925 paires mères-enfants concernant le peau à peau. Cette pratique a entraîné une durée allongée de l'allaitement. L'analyse a montré des effets bénéfiques sur le maintien de la température du nouveau-né, ses pleurs, sa glycémie, les scores de la relation mère-enfant. Le nouveau-né à terme présentait une meilleure stabilité cardio-respiratoire.

L'introduction de la méthode « mère-kangourou » dans les unités de soins spécialisés pourrait faciliter l'introduction et l'acceptation du contact peau à peau comme pratique systématique.

Une étude canadienne [5] montre que le succès de l'allaitement est supérieur quand le contact peau à peau et la première tétée ont été initiés en salle de naissance. Le groupe témoin suivait les pratiques de routine, dans le groupe « contact » les enfants étaient mis en peau à peau avec leur mère et restaient à proximité de celle-ci. Les conclusions montraient que le contact précoce peut influencer significativement le comportement maternel. Le peau à peau et la mise au sein en salle de naissance favorisent l'allaitement pendant les deux premiers mois. L'observation des réactions maternelles (attention, caresses, regards...) peut donner des indications sur le déroulement futur de l'allaitement, les femmes qui montrent moins de réactions auront besoin de davantage de soutien.

[1] OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, 1999 ; 35-37.

[2] AWI DD, ALIKO EA. The influence of pre and post-partum factors on the time of contact between mother and her newborn after vaginal delivery. Niger J Med. 2004, 13(3):272-5.

[3] MOORE E R, ANDERSON GC. Randomized Controlled Trial early Mother-infant skin to skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2007, 52(2):116-25.

[4] PUIG G, SGUASSERO Y. Contact peau à peau précoce des mères et de leur nouveau-né en bonne santé : Commentaire de la BSG (dernière mise à jour : 09.11.07). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.

[5] THOMPSON ME, HARTSOCK TG, LARSON C. The importance of immediate post-natal contact: its effect on breastfeeding. *Canadian Family Physician*; 1979, 25:1374-8.

Annexe 5 : Les soins au nouveau-né en salle de naissance

Selon le Dr GREMMO-FEGGER, pédiatre IBCLC, service de gynéco-obstétrique au CHU de Brest [1], pendant les deux premières heures de vie, le nouveau-né présente une période d'éveil calme au cours de laquelle il est particulièrement actif et vigilant. Après avoir été séché et placé sur le ventre de sa mère il va tout mettre en œuvre pour trouver le sein et découvrir sa mère. Cela prend du temps, pendant lequel il est souhaitable de laisser le couple mère-bébé ensemble et ne pas les déranger avec des soins de routine qui peuvent être faits plus tard (comme l'aspiration gastrique, la pesée, le bain, la désinfection oculaire).

La lumière vive et le bruit peuvent gêner le processus.

L'aspiration gastrique sera réalisée dans des indications précises, par exemple en cas de traitement de la mère par des psychotropes ou d'administration d'analgésiques pendant le travail. L'OMS dans son guide de réanimation précise que cette manœuvre est inutile chez les bébés qui commencent à pleurer et qui respirent dès la naissance. [2]

En 1992 ESTOL et al [3] ont observé que l'aspiration oro-naso-pharyngée pouvait être cause de bradycardies et de troubles du rythme cardiaque. Le volume aspiré serait si faible qu'il n'influencerait pas le processus d'adaptation des poumons.

CARRASCO en 1997 [4] a montré que la saturation en oxygène des enfants aspirés à la naissance était plus basse que celle des enfants non aspirés.

WIDSTRÖM et al en 1987 [5] ont étudié les effets de l'aspiration gastrique chez des nouveau-nés à terme nés par voie basse. Ils ont remarqué que leur comportement pouvait être perturbé quand ils avaient subi cette aspiration. Les effets physiologiques sont mineurs, mais l'inconfort est réel pour le bébé et les avantages peu nombreux. L'aspiration gastrique peut causer des lésions œsophagiennes.

MERCER et al [6] donne quelques précisions sur les pratiques de base auprès d'un nouveau-né : selon lui, aucune conclusion ne peut être établie concernant les effets des analgésiques prescrits à la mère sur le bébé mais l'utilisation judicieuse des médicaments est recommandée. Il conseille de ne pas clamber le cordon immédiatement pour éviter l'anémie. Il recommande le peau à peau pour la régulation thermique.

Il préconise d'abandonner l'aspiration gastrique systématique du nouveau né ainsi que l'aspiration à la vulve en cas de liquide méconial. Ces manœuvres doivent être basées sur l'état de santé du bébé.

Les soins de routine ne sont pas urgents : la pesée, les soins du cordon, le bain peuvent favoriser l'hypothermie et priver le nouveau-né de ses repères olfactifs, l'instillation de collyre va gêner le contact visuel mère-enfant, l'administration de vitamine K, la prise de température (axillaire), l'habillage.

Ils pourront être réalisés après une période de contact prolongé et ininterrompu jusqu'à ce que le bébé soit prêt à téter ou à prendre le biberon.

[1] GREMMO-FEGER G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. LLL France. Les dossiers de l'allaitement 51, avril-mai-juin 2002.

[2] OMS. Premiers soins de réanimation du nouveau-né : guide pratique. Genève: OMS; 1999.

[3] ESTOL PC, PINIZ H, BASALO S, SIMINI F, GRELA C. Oro-naso-pharyngeal suction at birth: effects on respiratory adaptation on normal term vaginally born infants. *Journal of Perinatal Medicine* 20, 1992: 297-305.

[4] CARRASCO M, MARTELL M, ESTOL PC. Oro-naso-pharyngeal suction at birth: effect on arterial oxygen saturation. *Journal Pediatric*, 1997, May, 130(5); 832-4.

[5] WIDSTRÖM AB, RANSJO-ARVIDSON A.B, CHRISTENSSON K, MATTHIESSEN AS, WINBERG J, UVNÄS-MOBERG K. Gastric suction in healthy newborn infants effects on circulation and developing feeding behaviour. *Acta Paediatrica*, 1987, 76(4), 566-72.

[6] MERCER J, ERICKSON-OWENS D, GRAVES B, MUMFORD HALEY M. Evidence-based practices for the fetal to the newborn transition. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2007, 52(3): 262-272.

Annexe 6 : Les compétences du nouveau-né

Ingrid BAYOT détaille dans son article [1] les compétences du fœtus in utéro et leurs évolutions à la naissance. In utéro le bébé est nourri en permanence. L'alternance éveil sommeil est réglée par la maturité cérébrale et non par le degré de remplissage de l'estomac.

Durant la grossesse le fœtus cherche à entrer en relation avec ses parents. Les échographies montrent qu'un fœtus éveillé est capable d'effectuer des gestes précis.

Le nouveau-né utilise ses compétences pour entrer en relation avec l'adulte. Il s'éveille spontanément, il recherche le contact. En éveil calme, il utilise ses réflexes archaïques pour trouver le sein.

Chez le nouveau-né à terme en bonne santé placé en peau à peau, les éveils sont suffisants pour assurer la prise alimentaire dont il a besoin.

L'étude de Suzanne D. COLSON, Judith H MEEK et Jane M HAWDON [2] détaille les réflexes archaïques du nouveau-né et nous montre comment la position de la mère et de l'enfant favorisent leur utilisation. « S'ils ne sont pas dérangés après la naissance les nouveau-nés présentent une séquence de comportements réflexes qui les amèneront à prendre le sein et à téter ».

KLAUS et KENNEL dans « la magie du nouveau-né » [3] précisent comment le bébé utilise le goût et l'odeur du liquide amniotique présent sur ses mains pour les associer avec l'odeur des sécrétions des tubercules de Montgomery. Il observe le visage de sa mère, il est attiré par les formes rondes.

Les nouveau-nés préfèrent la proximité avec leur mère, se souviennent de la relation étroite avec les parois utérines et les rythmes internes.

Evelyne COLLOT-BEAUSIRE, consultante en lactation [4] insiste sur l'importance des repères olfactifs du nouveau-né dans le démarrage de l'allaitement, dans l'apprentissage des goûts.

[1] BAYOT I. Éveils et compétences du nouveau-né ; les rythmes neurologiques et alimentaires du nouveau-né et leur évolution. Janvier 2006. <http://www.coconaire.net/articles/eveilsalimentationIB.pdf> (accès le 30 janvier 2010).

[2] COLSONS., MEEK J., HAWDON J. Positions optimales stimulant l'expression des réflexes facilitant l'allaitement. LLL France. Les dossiers de l'allaitement n°79, avril-mai-juin 2009

[3] KLAUS MH, KLAUS PH. La magie du nouveau-né. Paris, Ed. Albin Michel, La cause des bébés, 2000.

[4] COLLOT-BEAUSIRE E. La stimulation du goût et de l'odorat de l'enfant au sein. Le Journal des professionnels de l'enfance n°44, janvier/février 2007.

Glossaire

EPP : Entretien Prénatal Précoce

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CHRSO : Centre Hospitalier de Saint Omer

SF : Sage-femme

SA : semaine d'aménorrhée

CPN : consultation prénatale

IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant

PP : post-partum

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IME : Institut Médico-Educatif