

Marie De Coninck, sage-femme, centre hospitalier de Lens.

Elodie Fontenoy, pédiatre, centre hospitalier de Lens.

Isabelle Leleu-Jacquart, puéricultrice, centre hospitalier de Lens.

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION  
PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE  
L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE  
AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT,  
DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

MEMOIRE DE FORMATION DE CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC

FORMATION CREFAM

PROMOTION 2009/2010

## Sommaire

I- Introduction .....	1
II- Population et méthode .....	2
2.1- Les pratiques autour de l'allaitement maternel au CH de Lens .....	2
2.2- Identification de la population étudiée .....	5
a)- La population des mères .....	5
b)- La population des nouveau-nés.....	6
2.3- Le déroulement de l'étude.....	6
a)- Recueil du vécu des mères pendant le séjour en maternité.....	6
b)- La proposition de rendez-vous.....	7
c)- Organisation de la consultation et recueil du deuxième questionnaire (ANNEXE II) .....	7
d)- Recueil de données auprès des femmes non venues à la consultation.....	9
e)- La population des perdus de vue.....	9
2.4- Période d'inclusion.....	9
2.5- Méthodologie statistique .....	9
III- Résultats .....	10
3.1- Population étudiée .....	10
3.2- Expérience antérieure d'allaitement et décision d'allaiter .....	11
3.3- Expérience en maternité .....	12
3.4- Le vécu des mères en maternité .....	12
3.5- L'enquête auprès des femmes venues en consultation.....	13
3.6- L'enquête auprès des femmes non venues en consultation.....	15
IV- Discussion.....	19
V- Conclusion .....	25
Bibliographie.....	27
Annexe I : Questionnaire à réaliser auprès des mères allaitantes en maternité du CH Lens ...	29
Annexe II : Questionnaire à réaliser lors de la consultation précoce de suivi allaitement ou appel téléphonique.....	32

## I- Introduction

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé de 2003 (OMS) <sup>(1)</sup> et de la Haute Autorité de Santé de 2002 (HAS) <sup>(2)</sup> préconisent un allaitement maternel exclusif les six premiers mois de vie de l'enfant puis partiel au moins deux ans. En France, le taux d'allaitement en maternité n'était que de 56 % en 2005, et seules 5 % des femmes allaitaient encore à quatre mois. Dans le Pas-de-Calais, 36 % des femmes allaitaient en maternité en 2002. <sup>(3)</sup>

Dans le service de la maternité du centre hospitalier (CH) de Lens, les taux d'allaitement maternel ont été évalués à 41 % en 2008 sur un échantillon de la population. Ces allaitements maternels évoluaient ensuite vers une introduction rapide du lait artificiel, puisque sur les 105 mères allaitant suivies dans cet échantillon, seule la moitié poursuivait un allaitement maternel exclusif à un mois. <sup>(4)</sup>

Les études nationales <sup>(5)</sup> et internationales <sup>(6)</sup> montrent que pour aider ces femmes à poursuivre leur allaitement, il est souhaitable de proposer une consultation spécialisée de suivi. De plus, la population de l'échantillon de femmes interrogées en 2008 semblait également souhaiter pouvoir bénéficier de cette forme de soutien <sup>(4)</sup> Nous avons donc proposé à des femmes allaitant à la maternité du CH Lens une consultation précoce (avant J 15) et systématique de suivi et de soutien de leur allaitement.

L'objectif principal de notre étude était de vérifier que la création de cette consultation précoce et systématique répondait bien aux besoins des femmes allaitant. L'objectif secondaire était d'identifier la population de femmes qui n'avait pas répondu à notre invitation, afin d'en définir les besoins plus spécifiques.

## II- Population et méthode

### 2.1- Les pratiques autour de l'allaitement maternel au CH de Lens

Le CH de Lens comporte une maternité de niveau III, qui comptait 2680 naissances en 2009. L'allaitement maternel en maternité représentait 41 % des naissances en 2009 (selon les certificats du huitième jour, 41 % des femmes allaitaient en maternité dans le Pas de Calais en 2004). Parmi un échantillon de 115 mères allaitant et hospitalisées à la maternité du CH de Lens en 2008, seules 52 % allaitaient encore exclusivement à 1 mois. Onze pour cent des femmes allaitant ne voulaient pas allaiter au-delà d'un mois, et ceci sans avoir eu recours à la moindre information spécifique concernant l'intérêt de l'allaitement maternel. Pour les autres mères ayant modifié leur allaitement le premier mois, il s'agissait donc d'un échec dans leur projet d'allaiter. <sup>(4)</sup>

Afin de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel chez les femmes suivies au CH de Lens, plusieurs actions ont été mises en route ou renforcées ces dernières années. La part des consultations prénatales réalisée par les sages-femmes a été considérablement augmentée (multiplication par quatre du nombre des consultantes), ce qui a permis de voir plus de femmes, et ce, dès le début de leur grossesse avec l'entretien du 4<sup>e</sup> mois. L'interaction répétée avec les sages-femmes permet aussi d'aborder l'allaitement de façon plus régulière au cours de la grossesse. <sup>(7)</sup>

Lors de la préparation à l'accouchement proposée à la maternité, une séance aborde plus spécifiquement l'allaitement maternel. Néanmoins cette préparation n'est suivie que par environ 20 % de femmes. En parallèle, des réunions d'échanges et d'information sont organisées au sein de la maternité pour les futures mères, dont une « causerie » où ces femmes s'entraînent aux positions d'allaitement et au portage en écharpe. Moins de 30 % des femmes

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL,  
RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

allaitant ayant accouché au CH de Lens en 2008 avaient participé à ces réunions (40 % des primipares et moins de 15 % des multipares).

Les femmes hospitalisées dans le service de suivi des grossesses pathologiques rencontrent un pédiatre qui participe à la visite des obstétriciens afin d'aborder tranquillement la question de l'allaitement maternel, en dehors de l'urgence liée à une naissance prématurée éventuelle. Une sage-femme de PMI vient également rencontrer ces femmes lors de leur hospitalisation, ce qui permet de faire le lien pour réaliser le suivi à leur sortie. Lors de la surveillance à domicile, la sage-femme peut donc accompagner la future mère sur le sujet de l'allaitement et répondre aux questions avec plus de sérénité.

Une modification des pratiques a été initiée ces dernières années, et ceci dès la salle de naissance. Le confort de la parturiente est recherché afin d'accueillir en douceur son enfant : lumières tamisées, silence ou musique... Le peau à peau et la tétée précoce devraient être proposés à toutes les mères quand leur état de santé et celui de leur enfant le permet. Le bain du nouveau-né en salle de naissance a été abandonné et les soins de routine sont le plus souvent décalés après la première heure de vie. Une grande majorité du personnel adhère à ces pratiques. Dans le service des suites de couches, la réflexion sur nos pratiques a déjà produit d'autres modifications :

- retarder le bain,
- éviter de séparer systématiquement la mère et l'enfant la première nuit,
- ne donner les compléments de lait artificiel que sur prescription médicale ou à la demande expresse de la maman. Ils sont alors préférentiellement administrés à la seringue. Au moment de l'étude, les mères ne recevaient pas systématiquement d'information sur l'impact des compléments de lait artificiel.

## LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?

Après la sortie de la maternité, un grand nombre des modifications précoces de l'allaitement maternel semble en partie lié à l'absence de possibilité de recours à des conseils donnés par des professionnels formés et disponibles. Dans notre bassin de vie lensois, ce recours est limité.

- Il n'existe pas de consultation spécifique de suivi de l'allaitement.
- Les visites des puéricultrices de PMI sont le plus souvent réalisées vers la fin du premier mois de vie de l'enfant.
- Les associations de soutien de l'allaitement ne sont pas représentées localement.
- Les sages-femmes libérales sont peu nombreuses et peu sollicitées (population défavorisée) et seules deux se disent capables de réaliser des consultations spécifiques de soutien de l'allaitement (une est titulaire du Diplôme inter universitaire de lactation humaine et allaitement maternel).
- Il n'y a pas de pédiatre de ville à Lens.

Par conséquent, le suivi de l'allaitement est le plus souvent réalisé par le médecin traitant. Outre le fait que sa disponibilité est limitée (une consultation pour des difficultés d'allaitement maternel nécessite plus d'une demi-heure), il peut se sentir démuni pour évaluer les différents aspects de l'allaitement.

L'ensemble des professionnels de santé qui travaille à la maternité du CH de Lens (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture) s'accorde à penser qu'un soutien de l'allaitement après la sortie de maternité est nécessaire, notamment sous la forme d'une consultation spécialisée hospitalière. Après une enquête réalisée en 2008 dans le service auprès de 115 mères allaitant, celles-ci formulaient le désir d'un suivi de l'allaitement par des professionnels formés, après leur sortie de maternité.<sup>(4)</sup> C'est dans cet environnement que nous avons voulu créer cette consultation.

## 2.2- Identification de la population étudiée

### a)- La population des mères

Nous avons inclus un échantillon de mères primipares ou multipares, francophones, ayant accouché au CH de Lens, dont l'enfant (ou les enfants en cas de naissance gémellaire) est resté en maternité et était allaité. Le choix des patientes s'est aussi fait spontanément selon la disponibilité et la charge de travail des puéricultrices de la maternité qui réalisaient les entretiens.

Étaient exclus les couples mère-enfant qui présentaient au moins un des critères suivants :

- réanimation maternelle ou néonatale à la naissance,
- malformation de la face ou du cou de l'enfant,
- encéphalopathie chez l'enfant,
- pathologie psychiatrique maternelle sévère (psychose, toxicomanie...).

Nous avons repris dans notre premier questionnaire (ANNEXE I) les facteurs de risque reconnus d'interruption précoce de l'allaitement maternel tels que l'âge de la mère, son niveau d'études, son activité professionnelle, sa parité <sup>(2)</sup>.

Nous avons également relevé l'existence d'un tabagisme persistant pendant la grossesse, et les conditions de vie pouvant interférer avec le recours à des consultations de suivi (isolement maternel, absence de moyen de transport personnel). L'isolement maternel a été caractérisé par : l'absence de conjoint, de ressources familiales ou sociales, et/ou de recours aux services de proximité tels que la PMI.

## LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?

Certains items concernaient toutes les mères, y compris les primipares, et visaient à évaluer la qualité de l'entourage et du soutien familial autour de l'allaitement. Pour les multipares, la description du dernier allaitement était notée avec, en particulier, un relevé de la durée de l'allaitement et des sources de conseils éventuellement consultées. Nous avons demandé aux mères, qui avaient interrompu précocement leur allaitement, quelle était la cause de cette interruption, et de quel soutien elles auraient souhaité pouvoir bénéficier lors de leur précédent allaitement.

### **b)- La population des nouveau-nés**

Les nouveau-nés inclus devaient réunir les critères précédemment décrits. Nous avons également enregistré leur terme, leur poids de naissance et le pourcentage calculé de perte de poids lors de leur séjour dans le service des suites de couches.

## **2.3- Le déroulement de l'étude**

### **a)- Recueil du vécu des mères pendant le séjour en maternité**

Le premier questionnaire (ANNEXE I) a été réalisé en fin de séjour, pour ne pas influencer les mères, ni leur accompagnement en maternité et avoir suffisamment de recul sur l'évolution de l'allaitement lors de leur séjour.

Les réponses ont été recueillies par les puéricultrices du service des suites de couches au cours d'un entretien avec la mère.

Les questions étaient posées sous formes de questions ouvertes, la puéricultrice cochant ensuite les items proposés dans le questionnaire.



## LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?

En dehors des critères identifiant les mères et leurs enfants, nous avons centré ce questionnaire sur le démarrage de l'allaitement en maternité. Les conditions influençant la mise en place de l'allaitement lors du séjour ont été relevées (peau à peau, tétée en salle de naissance, séparation mère enfant lors du séjour en suites de couches, proposition de compléments de lait maternel ou artificiel). Nous avons également questionné les mères sur une éventuelle préparation à l'allaitement suivie en anténatal, et sur la qualité de l'accompagnement réalisé par l'équipe médicale et paramédicale.

### **b)- La proposition de rendez-vous**

À la fin de l'entretien en maternité, nous avons expliqué aux mères qu'elles avaient la possibilité de recourir de façon systématique à une consultation spécifique de suivi et de soutien de leur allaitement. Cette consultation précoce devait être réalisée entre J 10 et J 15, le rendez-vous pouvant être donné lors du recueil de données ou avant la sortie de maternité. En cas d'hésitation, les mères pouvaient appeler secondairement dans le service afin de prendre ce rendez-vous, celui-ci devant évidemment se dérouler avant J 15.

Les mères ont été informées qu'en cas de non recours à cette consultation, nous les contacterions par téléphone, avec leur accord, à la fin du premier mois pour suivre l'évolution de leur allaitement.

### **c)- Organisation de la consultation et recueil du deuxième questionnaire (ANNEXE II)**

Nous avons souhaité revoir précocement les mères pour ne pas risquer que l'allaitement soit déjà interrompu, d'où ce rendez-vous donné entre J 10 et J 15. Les consultations d'allaitement ont été réalisées, soit par une sage-femme (Marie De Coninck), soit par une puéricultrice (Isabelle Leleu-Jacquart) du service de suites de couches, toutes

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

deux en cours de formation de consultante en lactation (IBCLC). Pendant cette consultation, le deuxième questionnaire était rempli (ANNEXE II). En cas de nécessité, un avis médical pouvait être requis auprès d'un pédiatre du service.

Cette consultation a été organisée dans le bâtiment du service de maternité, dans une salle équipée pour l'occasion d'un fauteuil d'allaitement et d'un pèse-bébé. L'observation d'une tétée étant souvent souhaitable, le temps prévu par consultation était d'une heure. Lors de cet entretien, nous avons évalué l'évolution de l'allaitement depuis la sortie de maternité selon des critères objectifs tels que la croissance de l'enfant et sur les impressions maternelles. Nous avons demandé aux mères si elles avaient recours à des compléments de lait maternel ou artificiel, et si oui, pourquoi. Un relevé des difficultés rencontrées a été effectué (engorgement, mastite, douleur...) et nous avons noté les éventuelles solutions trouvées par ces mères. En cas d'avis extérieur intervenu avant cette consultation, nous avons demandé à ces mères ce qu'elles avaient pensé du soutien et des conseils obtenus. À la fin de l'entretien, il était demandé aux mères si cette consultation avait répondu à leurs attentes et si elles souhaitaient que ce type de suivi se pérennise.

Nous avons défini l'allaitement maternel exclusif comme l'absence de tout apport de lait artificiel, et l'allaitement mixte comme un allaitement comprenant du lait maternel et du lait artificiel, quelles que soient les proportions bues. L'alimentation des 24 heures précédant la consultation a été considérée afin de qualifier l'allaitement de chaque enfant. <sup>(9)</sup>

#### **d)- Recueil de données auprès des femmes non venues à la consultation**

Les femmes, qui ne se sont pas rendues à la consultation d'allaitement avant J 15, ont été contactées par téléphone à la fin du premier mois de vie de leur enfant. Lors de cet appel, nous avons utilisé le même questionnaire que lors de la consultation (ANNEXE II). Cet appel téléphonique avait pour principal objectif de recueillir des données sur les mères qui avaient modifié leur allaitement dans le premier mois, sans pour autant recourir à l'aide offerte par la consultation. Nous avons voulu savoir pourquoi ces femmes ne se sont pas tournées vers la consultation, auprès de qui elles avaient obtenu d'éventuels conseils, ainsi que les raisons de la modification de leur allaitement. Nous leur avons demandé quel type de soutien de leur allaitement aurait été plus approprié dans leur cas.

#### **e)- La population des perdus de vue**

Les perdus de vue sont définis par les mères qui ne sont pas venues en consultation et que nous n'avons pas réussi à contacter par téléphone par la suite, malgré des appels réitérés (abandon après cinq appels).

### **2.4- Période d'inclusion**

L'inclusion s'est effectuée sur une période de deux semaines en décembre 2009 et de deux autres semaines en janvier 2010.

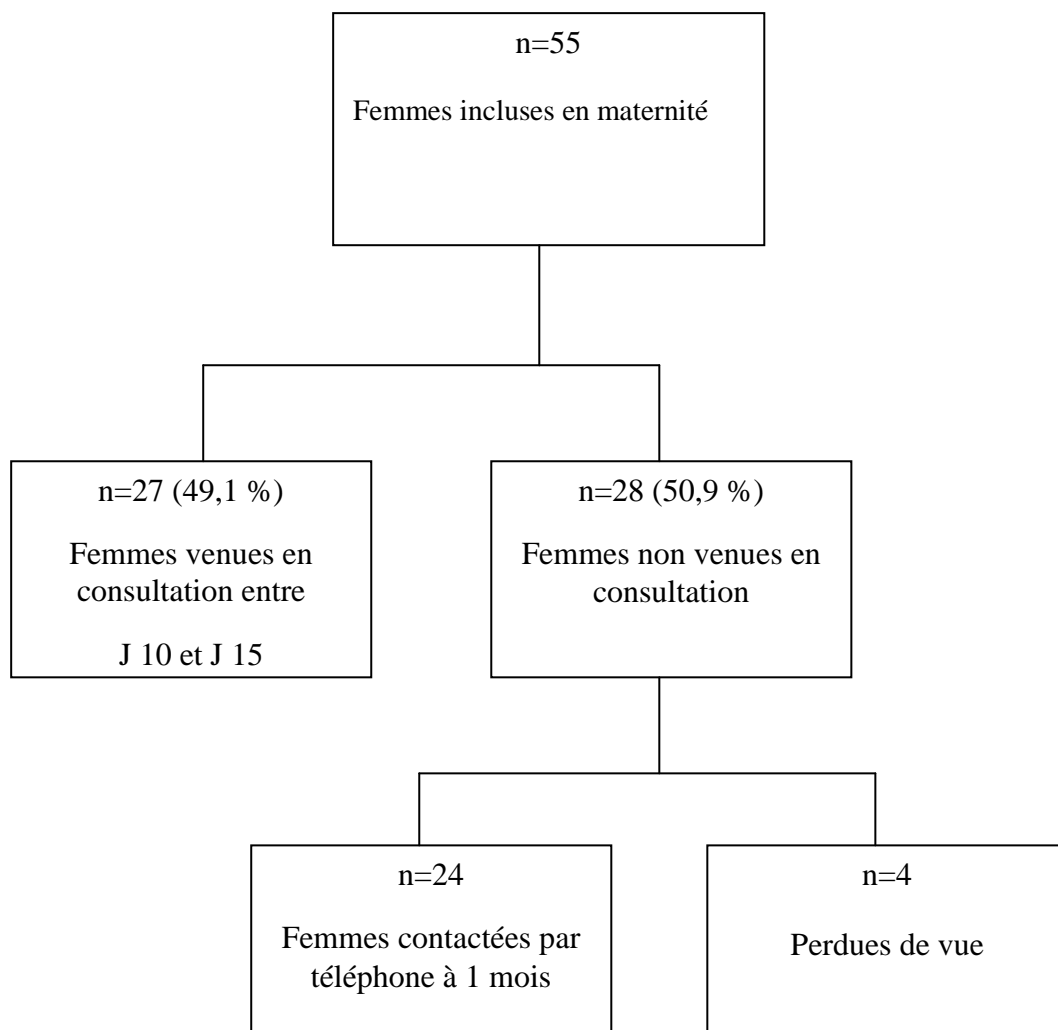
### **2.5- Méthodologie statistique**

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel EPI INFO. Une valeur de  $p = 0,05$  a été considérée comme statistiquement significative lors de la réalisation du test du Chi2 pour les comparaisons de fréquences.

## III- Résultats

### 3.1- Population étudiée

La population que nous avons incluse dans notre étude correspond à un échantillon de 55 femmes qui allaient en maternité. Toutes les femmes, qui ont été sollicitées par les puéricultrices, ont accepté le premier entretien. Ces femmes devaient ensuite être revues en consultation précoce entre J 10 et J 15 de façon systématique. Celles qui ne s'étaient pas présentées à cette consultation étaient contactées par téléphone à un mois. Le suivi s'est effectué comme le montre la figure 1.



**Figure 1** : répartition du suivi de la population de femmes incluses dans l'étude.

Cet échantillon était composé de 52,7 % (n=29) de femmes primipares. L'âge moyen de ces femmes était de 28,0 +/- 4,0 ans (de 19 à 39 ans). Elles avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat dans 78,2 % des cas et une activité professionnelle dans 67,3 %. Elles étaient 7,3 % (n=4) à poursuivre un tabagisme actif pendant la grossesse, ainsi que 7,3 % à ne pas vivre avec un conjoint. Parmi ces familles, 89,1 % possédaient une voiture personnelle et pour 76,4 % le trajet entre leur domicile et le CH de Lens était de moins de 20 minutes.

Les enfants de ces femmes étaient des singletons, nés au terme moyen de 39,0 +/- 1,1 semaines d'aménorrhée (SA), avec un poids de naissance de 3312 +/- 488 g.

### 3.2- Expérience antérieure d'allaitement et décision d'allaiter

Vingt-quatre femmes multipares avaient déjà allaité et toutes sauf quatre avaient pratiqué un allaitement maternel exclusif le premier mois. L'allaitement avait duré au moins deux mois pour 62,5 % d'entre elles.

Seules 16,7 % (n=4) de ces femmes avaient allaité moins d'un mois lors de leur dernière expérience. Pour plus de la moitié des neuf femmes qui avaient allaité moins de deux mois, il s'agissait d'un arrêt par « manque de lait ». Aucune consultation spécifique de suivi de l'allaitement existant, la source principale de conseils était les proches (famille, amis) dans 50 % des cas (n=12). Les autres sources de conseils étaient le médecin traitant, la PMI, internet ou d'autres sources écrites. Quatre femmes déclaraient n'avoir obtenu de conseil de personne.

Pendant cette grossesse, une préparation à l'accouchement avait été suivie par 49,1 % (n=27) des femmes, dont 23 primipares. Dix-sept femmes, soit 30,9 %, avaient participé à une préparation à l'allaitement, dont 14 primipares. La décision d'allaiter chez les primipares

étudiées avait été prise à 51,7 % pendant la grossesse et 44,8 % avant. Seule une femme a décidé d'allaiter au moment de la naissance.

### 3.3- Expérience en maternité

Les naissances ont eu lieu par voie basse pour 83,6 % (n=46) des femmes. En salle de naissance, le peau à peau avait pu être réalisé pour 76,4 % (n=42) des enfants. Une tétée en salle de naissance avait été possible pour 70,9 % (n=39) d'entre eux. On remarquait que, pour les enfants nés par voie basse, 13 % n'avaient pas eu de proposition de peau à peau et 19,6 % n'avaient pu bénéficier d'une tétée précoce. Dans le service des suites de couches, 43,6 % (n=24) des couples mère-enfant avaient été séparés au moins une nuit (mise en nurserie de l'enfant) : tous les enfants nés par césarienne sauf un (n=8) et un tiers des enfants nés par voie basse.

Lors de leur séjour en maternité, cinq enfants (9,1 %) avaient reçu des compléments de lait maternel et 16 enfants (29,1 %) avaient reçu du lait artificiel. La perte de poids moyenne en maternité était de 8 % +/- 2,3 (de 3 % à 14 %). Douze enfants (21,8 %) avaient perdu au moins 10 % de leur poids de naissance.

### 3.4- Le vécu des mères en maternité

Parmi les mères de notre échantillon, 89,1 % (n=49) pensaient que les informations données à propos de l'allaitement par le personnel soignant de la maternité étaient suffisantes. Néanmoins 6 femmes les trouvaient insuffisantes ou contradictoires. De même, 94,5 % (n=52) jugeaient suffisant l'accompagnement pour l'aide aux tétées. Au moment de leur retour au domicile, seules 60 % (n=33) des mères se sentaient sereines vis-à-vis de leur allaitement. On pouvait remarquer que seules 25,5 % (n=14) des mères vivaient ce début d'allaitement comme facile et conforme à leurs attentes. Les autres femmes le jugeaient

comme essentiellement douloureux dans 21,8 %, déstabilisant dans 12,7 %, ou encore difficile mais conforme à leurs attentes dans 40,0 % des cas.

À leur sortie, ces mères qui allaitent, pensaient pouvoir obtenir des conseils de diverses sources, mais le plus souvent, elles comptaient sur leurs proches (29,1 %) ou sur leur médecin traitant (29,1 %). Si 85,5 % des femmes interrogées affirmaient qu'une consultation spécialisée de suivi de l'allaitement serait utile, seules 56,4 % (n=31) des mères souhaitaient profiter d'une consultation précoce systématique entre J 10 et J 15.

### 3.5- L'enquête auprès des femmes venues en consultation

Parmi les 31 femmes de l'échantillon qui étaient initialement intéressées par une consultation systématique précoce, 24 femmes sont venues. De plus, trois femmes qui se disaient peu concernées sont également venues. Pour les 24 femmes qui ne souhaitaient pas de consultation précoce systématique pour soutenir leur allaitement, toutes sauf une désiraient avoir recours à une consultation spécialisée en cas de souci d'allaitement. Lors de leur séjour dans le service de la maternité, ces femmes qualifiaient leur ressenti du démarrage de l'allaitement comme difficile dans 20 cas. Vingt-deux enfants avaient perdu au moins 7 % de leur poids de naissance, et sept au moins 10 %. Au moment de leur sortie à domicile, 13 femmes étaient anxieuses vis-à-vis de l'évolution de leur allaitement.

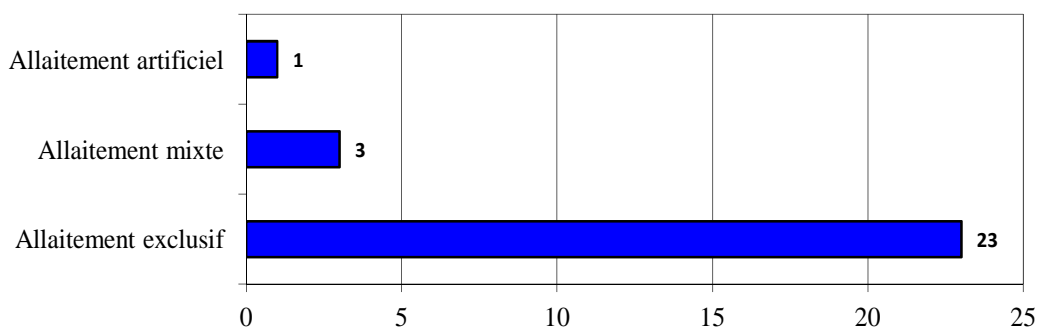


Figure 2 : mode d'alimentation des 27 enfants vus à la consultation précoce.

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

On constate donc que quatre femmes (14,8 %) venues avaient déjà modifié leur allaitement. La raison de l'introduction du lait artificiel était une insuffisance de lactation ressentie pour trois femmes, et des tétées jugées trop fréquentes pour la dernière. Toutes avaient introduit le lait artificiel sur un avis extérieur (pour trois femmes, il s'agissait du médecin traitant), et toutes étaient déçues des conseils reçus et regrettaient l'introduction. Deux femmes, qui poursuivaient un allaitement mixte, avaient déjà pensé abandonner leur allaitement.

Pour les 23 femmes qui poursuivaient un allaitement maternel exclusif, 16 (69,6 %) avaient déjà rencontré des difficultés, et 12 (52,2 %) avaient déjà pensé l'abandonner. Les difficultés principales exprimées étaient des tétées jugées trop fréquentes (n=5), une lactation insuffisante (n=3), des douleurs lors des tétées (n=3), des coliques ou des pleurs de l'enfant (n=2), une prise de poids insuffisante (n=2), une mastite (n=1).

Si 14 des femmes poursuivant un allaitement maternel exclusif avaient déjà eu une consultation avec leur médecin traitant, seule une y était allée spécifiquement pour rechercher des conseils pour son allaitement.

Depuis leur sortie de maternité, les sources de conseil et de soutien étaient multiples : les proches (n=7), le médecin traitant (n=7), internet et autres livres et magazines (n=3), une sage-femme libérale (n=1). Dix de ces femmes étaient insatisfaites des conseils reçus. Neuf femmes n'avaient reçu aucun conseil.

La consultation a eu lieu en moyenne à J 12,1 +/- 1,6. Parmi les 27 enfants venus en consultation, 15 (55,6 %) n'avaient pas repris leur poids de naissance à J 10, dont 12 étaient alimentés exclusivement au sein. Quatre de ces enfants avaient perdu plus de 10 % de leur poids de naissance en maternité. Huit mères auraient souhaité cette consultation plus tôt.



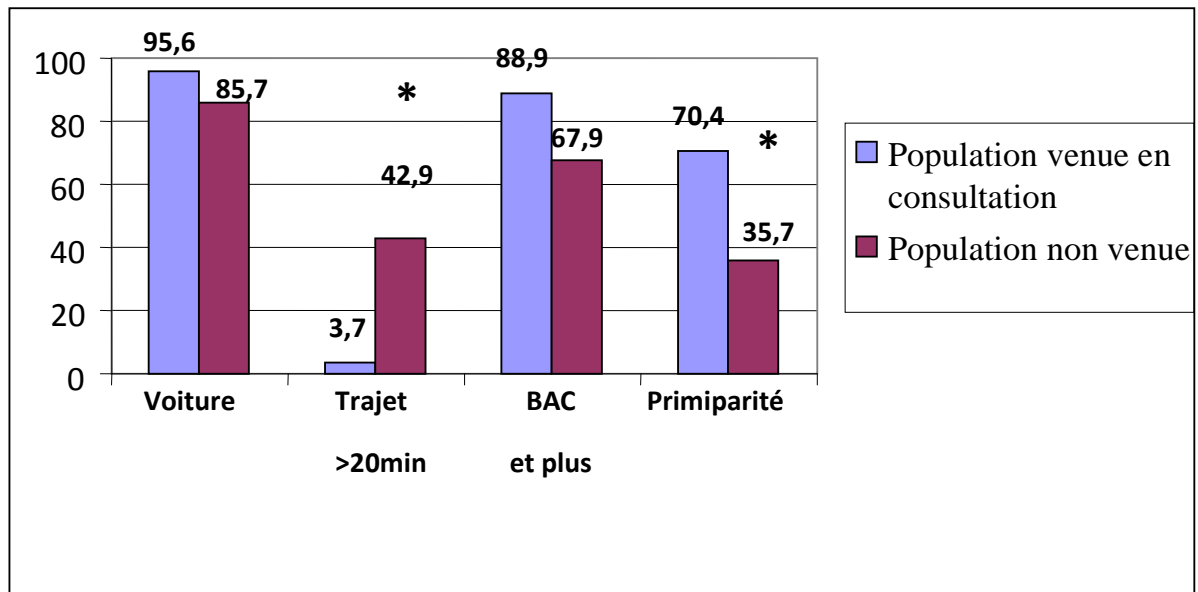
Toutes les femmes venues étaient satisfaites de la consultation et souhaitaient pouvoir y avoir éventuellement recours par la suite.

Les 27 femmes qui étaient venues en consultation possédaient toutes, sauf deux, une voiture personnelle, et toutes, sauf une, habitaient à moins de 20 minutes du CH de Lens. Il s'agissait majoritairement de primipares (n=19).

### 3.6- L'enquête auprès des femmes non venues en consultation

Vingt-huit femmes ne s'étaient pas présentées en consultation, dont 24 avaient pu être contactées par téléphone à un mois, et 4 (7,2 % de du groupe initial) étaient perdus de vue. Les femmes qui ne sont pas venues avaient annoncé pour 71,4 % (n=20) d'entre elles dès la maternité qu'elles ne souhaitaient pas de consultation systématique précoce, mais une consultation seulement en cas de problème d'allaitement. Quelques différences apparaissent dans la comparaison des populations entre les deux groupes de mères, venues ou non en consultation (Figure 3). On pouvait constater que la fréquence des familles habitant loin était significativement plus élevée dans la population des femmes non venues en consultation ( $p < 0,001$ ), alors que la possession d'un véhicule personnel n'était pas statistiquement différente. On voit également que la proportion de mères primipares était significativement plus importante dans la population venue en consultation ( $p = 0,01$ ). Avoir au moins le BAC était associé à une plus grande probabilité de venir à la consultation précoce, même s'il ne s'agit là que d'une tendance ( $p = 0,05$ ). On remarquait par ailleurs que la proportion des femmes qui avaient suivi une préparation à la naissance était significativement plus importante dans la population des femmes venues entre J 10 et J 15 (66,7 % versus 32,1 % ;  $p = 0,02$ ).

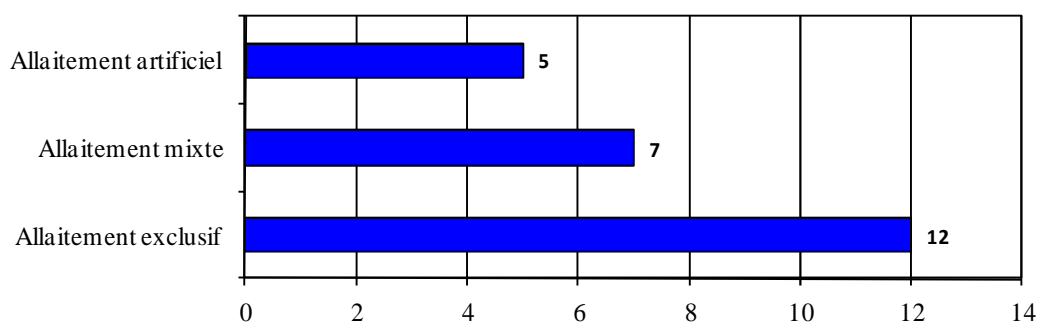
LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?



**Figure 3 :** différences exprimées en pourcentages des femmes venues (n=27) ou non (n=28) en consultation précoce de suivi de l'allaitement, sur le fait de posséder une voiture, d'habiter à plus de 20 minutes du CH de Lens, d'avoir un niveau d'études supérieur ou égal au BAC et d'être primipare. \* : p< 0,05.

Lors de leur séjour dans le service de la maternité, les femmes, qui par la suite ne s'étaient pas présentées à la consultation, n'avaient pas eu de démarrage de leur allaitement plus facile que les autres. Sur 28 femmes, 21 qualifiaient leur ressenti du démarrage de l'allaitement comme difficile. Dix neuf enfants avaient perdu au moins 7 % de leur poids de naissance, et quatre au moins 10 %. Au moment de leur sortie à domicile, neuf femmes étaient anxieuses vis-à-vis de l'évolution de leur allaitement.

La Figure 4 présente le mode d'allaitement des enfants non venus en consultation.



**Figure 4 :** mode d'allaitement à un mois des 24 enfants non venus à la consultation précoce (recueil par téléphone).

Lors de l'interrogatoire téléphonique à un mois, 70,8 % (n=17) des 24 femmes exprimaient avoir eu des difficultés avec leur allaitement. Ces difficultés étaient majoritairement une production de lait insuffisante (n=7), et des tétées vécues comme trop fréquentes (n=4). Les principales sources de soutien et de conseils les plus fréquemment citées étaient le médecin traitant dans 33,3 % (n=8), et la puéricultrice de PMI dans 16,7 % (n=4) des cas. Les proches n'ont été cités que deux fois. Parmi les cinq femmes qui avaient arrêté l'allaitement maternel, toutes le regrettaient, sauf celle dont c'était le choix. De même, parmi les sept mères qui pratiquaient un allaitement mixte, cinq regrettaient l'introduction du lait artificiel et auraient souhaité pouvoir avoir accès à une consultation spécialisée avant (pour les deux autres mères, il s'agissait d'un choix personnel mais ne faisant pas suite à une information sur l'intérêt d'un allaitement plus prolongé). Sur les 19 mères qui allaitaient encore et qui avaient des difficultés, 14 avaient déjà pensé abandonner l'allaitement. Des 12 enfants alimentés exclusivement par du lait maternel, quatre avaient une croissance insuffisante selon les courbes de l'OMS. Pour deux de ces enfants, la mère ne recevait de conseil de personne, mais les deux autres étaient suivies par le médecin traitant.

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

Des 24 mères contactées par téléphone, la moitié expliquait ne pas avoir eu le sentiment qu'une consultation précoce était nécessaire soit parce qu'elles préféraient une autre source de conseils, soit parce qu'elles pensaient n'avoir besoin de personne. Or, quatre de leurs enfants avaient une croissance insuffisante. Pour neuf femmes, l'absence de venue en consultation était directement liée à des difficultés de déplacement (trois mères ne s'étaient pas déplacées pour des raisons plus anecdotiques).

Les mères, qui n'étaient pas venues en consultation précoce, étaient huit (33,3 %) à penser qu'un standard téléphonique spécifique de soutien de l'allaitement pourrait être une solution plus adaptée pour elles. Elles étaient quatre à souhaiter un soutien plus précoce de la puéricultrice de PMI, et seulement deux à vouloir participer à un réseau de mères de quartier. Les dix autres mères préféraient, soit rester avec leur médecin traitant, même si elles reconnaissaient souvent regretter d'avoir suivi ses conseils, soit ne recourir à aucun suivi pour trois d'entre elles. Aucune mère ne comptait sur l'aide d'association (telle que la Leche league...).

Enfin, parmi toutes les femmes (n=31) qui, en maternité, se disaient intéressées par une consultation précoce systématique, seules sept ne sont pas venues dont cinq pour des raisons climatiques indépendantes de toute volonté (chute de neige prolongée). Pour les deux autres familles non venues, une mère était alitée pour des raisons médicales et un enfant était hospitalisé en réanimation néonatale.

## IV- Discussion

Cette étude est une analyse qualitative fondée sur l'observation et le suivi d'un échantillon de 55 femmes allaitant, sélectionné sur une période de cinq semaines, lors de l'hiver 2009-2010, à la maternité du CH de Lens. Le suivi a pu être réalisé pour 92,3 % de la population de l'échantillon (seules quatre femmes ont été perdues de vue).

La population qui compose notre échantillon présentait en moyenne des caractéristiques socio économiques favorables. Ainsi les femmes qui allaitaient avaient pour beaucoup un niveau d'étude supérieur (78,2 %) et une activité professionnelle (63,7 %). Elles possédaient très souvent une voiture (89,1 %). De même, les facteurs péjoratifs tels que le tabagisme actif et l'isolement étaient rares dans cette population. Les caractéristiques des femmes observées dans cette étude illustrent bien le fait qu'en France et surtout dans le Pas-de-Calais, les femmes qui allaitent ont souvent un plus haut niveau socio-économique <sup>(2)</sup>.

L'analyse des antécédents d'allaitement des multipares montre que celles qui souhaitaient allaiter étaient celles qui avaient eu une expérience précédente qu'elles jugeaient satisfaisante. Parmi elles, rares étaient celles qui avaient allaité moins d'un mois (4/24). Malgré le faible effectif, ces résultats illustrent la pauvreté des ressources en matière de soutien de l'allaitement, après la sortie de maternité dans notre bassin de vie.

L'observation des pratiques en maternité révèle qu'au moment de l'étude, les recommandations de l'OMS<sup>(9)</sup> ou de l'HAS<sup>(7)</sup> pour favoriser l'allaitement maternel n'étaient pas encore appliquées de façon systématique. Ainsi, pour un tiers des enfants observés, on constate l'absence de tétée précoce. Un quart des enfants n'avait pas été placé en peau à peau

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

en salle de naissance, sans qu'aucune raison médicale ne le justifie. Il semble que les pratiques en salle de naissance dépendaient plus du soignant présent que d'un projet commun suivant un protocole établi. L'information du personnel soignant sur les recommandations de l'OMS paraît insuffisante. L'intérêt de retarder les premiers soins (si l'état de santé de l'enfant le permet) n'était donc que rarement connu, ce qui explique l'hétérogénéité des pratiques.

L'analyse de la perte de poids des enfants allaités, peut être un outil d'évaluation de la qualité de l'accompagnement de leurs mères, dans le service des suites de couches. Un accompagnement de bonne qualité permet, le plus souvent, de limiter la perte de poids des enfants. Dans le groupe d'enfants étudiés, la perte de poids moyenne était de 8 % avec un maximum de 14 %. La réponse, du personnel soignant à cette évolution pondérale, était de proposer des compléments de lait, au-delà de 10 % de perte du poids de naissance. Plus du quart des enfants avaient reçu des compléments de préparation pour nourrisson. L'ensemble de nos observations dans le service au moment de l'étude est cohérente avec ces résultats. Peu de soignants avaient assimilé les notions d'allaitement à l'éveil. De même, l'attention des mères sur les signes de faim était rarement attirée. Il en découlait des tétées souvent trop rares. On peut également remarquer que l'accompagnement de tétées restait peu fréquent, à moins que la mère ne soit déjà en difficulté. L'aide apporté par les soignants autour de l'allaitement intervenait, majoritairement en cas de problème identifié, et non en soutien systématique et préventif. L'idée que l'allaitement est « naturel » explique peut-être ces pratiques... Ceci peut expliquer aussi pourquoi tant de femmes qualifiaient le démarrage de l'allaitement de difficile ou douloureux, et également pourquoi elles étaient si nombreuses à ne pas se sentir en confiance à leur sortie. Malgré tout, les femmes se sentaient bien accompagnées lors de leur séjour. Était-ce faute de comparaison avec des pratiques qui auraient permis d'éviter la

plupart des difficultés rencontrées ? Dans le service, de nombreuses femmes souffrant de crevasses font peu appel au personnel soignant pour accompagner les tétées. Elles utilisent souvent, dès les premiers jours, des bouts de sein siliconés. Ont-elles l'impression que la survenue de ces crevasses est inéluctable ? Ont-elles peur de déranger le personnel en le sollicitant ? Les solutions qu'elles mettent en place témoignent d'un manque d'information. Le faible recours au soutien peut refléter l'impression d'inéluctabilité de difficultés en cas d'allaitement.

Dans notre étude, toutes les femmes sauf une, avaient décidé d'allaiter bien avant la naissance, quoique près de la moitié des primipares avaient fait leur choix en cours de grossesse. La majorité d'entre elles s'attendait à un démarrage difficile de cet allaitement. La tradition, dans notre bassin de vie, n'est pas d'allaiter mais de choisir une alimentation par lait artificiel. Les habitudes familiales sont rarement en faveur de l'allaitement maternel, qui peut paraître un choix plus compliqué : les mères citaient toutes des témoignages d'allaitement difficiles ayant mené à un sevrage précoce dans leur entourage, et rarement des histoires simples d'allaitement prolongé. Quand l'allaitement est une pratique rare, peu connue, peu soutenue, rares sont les mères pour lesquelles celui-ci se déroule sans difficulté. Reproduire les pratiques culturelles liées à l'alimentation au biberon en cas d'allaitement maternel conduit exceptionnellement au succès de l'allaitement. <sup>(10)</sup>

Pour leur retour à domicile, les femmes rapportaient plusieurs sources de conseils et de soutien. Ainsi un tiers des femmes comptait sur leurs proches (qui n'avaient souvent pas vécu une expérience positive d'allaitement maternel), et un autre tiers sur le médecin traitant, souvent peu formé en allaitement maternel. D'après le rapport de l'Anaes, « le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements avec un professionnel

## LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?

formé au suivi de l'allaitement (en complément des soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone dans les pays où existe déjà un programme de soutien organisé combinant plusieurs actions. »<sup>(10)</sup>. Les médecins généralistes reçoivent très précocement les couples mère-enfant mais peuvent se sentir dépassés par la spécificité de l'accompagnement des allaitements maternels. Bien souvent, il leur est difficile de consacrer une heure à soutenir une femme dont l'allaitement est défaillant. Dans son étude de 2004, Taveras relatait ces deux problèmes. « Les cliniciens manquent de confiance en leur compétence à soutenir l'allaitement. Ils ont peu de pratique et sont septiques quant aux bénéfices de l'allaitement maternel par rapport au lait artificiel ». <sup>(10)</sup> Dans notre bassin lensois, les mères ne peuvent compter sur l'aide d'un pédiatre de ville compte tenu de la démographie médicale actuelle (les pédiatres sont-ils tous toujours à jour dans leurs connaissances sur l'allaitement ?). Nous ne sommes donc pas surpris de constater que 85 % des femmes interrogées en maternité souhaitent pouvoir bénéficier d'un suivi spécialisé pour leur allaitement. Seules 56 % d'entre elles percevaient un intérêt à bénéficier d'une consultation de façon précoce systématique (sans attendre que l'allaitement soit compromis).

La moitié des femmes de l'échantillon (27 femmes) étaient venues en consultation entre J 10 et J 15. Il s'agissait de femmes pour lesquelles cette consultation pouvait en effet être particulièrement intéressante : primipares, démarrage de l'allaitement compliqué, perte de poids importante de l'enfant en maternité, anxiété maternelle à la sortie de maternité. On remarquait également que plus de la moitié des enfants venus en consultation n'avait pas repris leur poids de naissance à J 10. Il semble donc que la population la plus à risque d'une modification précoce de son allaitement ait été intéressée par cette consultation. Ces femmes s'étaient déplacées pour cette consultation, et ceci, même lorsque leur allaitement se passait bien (contre toute attente).



**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

Près de 15 % des femmes venues avaient déjà modifié leur allaitement. Ces modifications faisaient suite à un avis extérieur, le plus souvent donné par le médecin traitant. Toutes les femmes venues étaient déçues de ce changement dans leur allaitement, même si aucune ne s'était opposée aux recommandations du généraliste (pas de deuxième avis demandé...). Notre étude illustre bien le vécu difficile de ces mères, qui les mène souvent à renoncer à leur allaitement. Les deux tiers de celles qui allaitaient encore la deuxième semaine ressentaient des difficultés, et la moitié songeait à abandonner cet allaitement.

Toutes ces données nous permettent de répondre à l'objectif principal de notre étude. La création d'une consultation précoce systématique répond bien à un besoin des mères de notre bassin de vie. L'évaluation par les mères venues en consultation souligne encore ce fait puisque 100 % d'entre elles en étaient satisfaites et souhaitaient pouvoir bénéficier de nouvelles consultations par la suite en cas de besoin.

Néanmoins, certaines femmes (l'autre moitié de l'échantillon) qui auraient pu trouver un bénéfice à venir en consultation précoce ne sont pas venues. Cette population habitait significativement plus loin. C'est cet argument que les mères mettaient le plus fréquemment en avant pour expliquer leur refus de prendre un rendez-vous. Dans cette population, la proportion d'allaitement maternel n'était plus que de 50 % à un mois, ce qui est tout à fait identique à l'observation réalisée sur l'échantillon de 2008 à la maternité du CH de Lens.<sup>(4)</sup> Sans modification de l'information et de l'accompagnement des mères pendant et après leur séjour en maternité, il semble donc que l'évolution des taux d'allaitement maternel au-delà du premier mois ne puisse spontanément s'améliorer d'une année à l'autre. Ceci confirme également la nécessité d'améliorer l'aide que le CH de Lens offre aux femmes en maternité

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

puis juste après leur sortie, puisque 70 % des femmes contactées à un mois exprimaient ressentir des difficultés vis-à-vis de leur allaitement.

Au sein de la population des femmes non venues en consultation, les sources de conseils étaient, par ordre de fréquence, le médecin traitant puis la PMI. Les proches n'étaient que très rarement cités. La presque totalité des femmes qui avaient modifié leur allaitement le regrettaient et a posteriori auraient souhaité pouvoir bénéficier d'une consultation spécialisée. Cette étude montre que le suivi des enfants allaités peut être insuffisant. Ceci est illustré par la croissance pondérale insuffisante à un mois pour un tiers des enfants en allaitement exclusif. Certains de ces enfants n'étaient suivis par aucun professionnel de santé, ce qui suggère l'isolement de ces mères que notre consultation ne peut toucher (population qui ne s'était pas non plus rendue aux réunions de préparation à la naissance ni à l'allaitement). Pour cette sous-population de femmes peu mobiles, souvent plus isolées, il sera peut être intéressant par la suite de pouvoir proposer un autre accompagnement, tel que des groupes de mères de quartier (projet de soutien de mère à mère débuté à Roubaix par exemple), bien qu'en les interrogeant sur leurs besoins et leurs souhaits, seules deux y étaient spontanément favorables. Une solution différente sera donc peut être à trouver (favoriser une visite plus précoce de la PMI, créer un standard téléphonique...).

## V- Conclusion

L'ensemble des observations de notre étude convergent vers la nécessité de la création d'une consultation spécialisée de suivi de l'allaitement des femmes du bassin lensois, avec une première consultation précoce avant J 15, à proposer systématiquement à toutes les femmes avant leur sortie de la maternité. Nous souhaitons évaluer lors d'une seconde étude l'impact de cette consultation sur la poursuite de l'allaitement maternel au-delà du premier mois.

Il sera également nécessaire de réfléchir avec l'ensemble des partenaires de proximité tels que la PMI pour trouver un autre moyen de soutien des femmes qui échappent à toute proposition de consultation au sein du CH de Lens. Compte tenu de la confiance que les femmes accordent à leur médecin de famille, une information des médecins généralistes par un consultant IBCLC sur la prise en charge des difficultés de l'allaitement maternel (et sur l'intérêt éventuel d'une consultation spécialisée) pourrait être un bon moyen de soutenir ces femmes. En 2005, Labarère <sup>(5)</sup> mettait en évidence que le soutien de médecins généralistes ayant reçu une formation de cinq heures, dans le cadre d'une consultation préventive précoce après la sortie de maternité, améliorerait la durée de l'allaitement.

Enfin, il serait souhaitable, pendant le séjour en maternité, d'améliorer la mise en place du suivi ultérieur pour toutes les femmes et particulièrement celles les plus à risque d'échec d'allaitement et qui échappent à la consultation (primipares qui habitent loin, avec un faible niveau d'études, et n'ayant pas participé aux réunions prénatales).

Nous devons essayer de repérer les femmes ayant besoin de renforcer leur confiance vis-à-vis de leur allaitement, avant leur retour au domicile. La confiance en soi des mères et leur sentiment d'efficacité personnelle sont en effet d'importants facteurs prédictifs de la durée d'allaitement <sup>(11)</sup>. Blyth et al. ont mené, en Australie, une étude prospective auprès de

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL, RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

300 mères pendant le dernier trimestre de grossesse. L'enquête a eu lieu par entretiens téléphoniques à une semaine puis à quatre mois après l'accouchement. La confiance en soi pour l'allaitement a été évaluée au moyen de la « Breastfeeding Self-Efficacy Scale ». Il s'agit d'un questionnaire auto-administré composé de 33 items formulés selon une approche positive. Les résultats ont montré que les mères ayant une confiance élevée en leur capacité d'allaiter allaitaient significativement plus, et de manière exclusive, à une semaine et à quatre mois, que les autres mères.

Afin d'améliorer notre accompagnement, il nous paraît indispensable de sensibiliser l'ensemble du personnel soignant de la maternité et pour cela de favoriser la mise à jour des connaissances théoriques et pratiques autour de l'allaitement maternel. Une réflexion sur les pratiques en salle de naissance est prévue afin d'officialiser un protocole de prise en charge conforme aux recommandations de l'OMS <sup>(1)(9)</sup> et de la HAS <sup>(7)</sup>. Les femmes qui présentent des facteurs de risque d'arrêts précoces d'allaitement maternel (absence de peau à peau, de tétée précoce, séparation nocturnes, administration de compléments) doivent être repérées afin que l'équipe puisse leur proposer un accompagnement individuel précoce <sup>(6)</sup>.

## Bibliographie

- (1) Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève: OMS; 2003.
- (2) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002.
- (3) Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Brochure éditée par la Société Française de Pédiatrie dans le cadre du Plan National Nutrition Santé, 2005.
- (4) Pietzak S. Facteurs prédictifs de l'arrêt de l'allaitement maternel exclusif avant un mois. Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire de Lactation Humaine et Allaitement Maternel. Université Lille II.2008
- (5) Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit : a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. Pediatrics 2005; 115: e139-146.
- (6) International Lactation Consultation Association. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. Raleigh (NC): ILCA; 2005.  
Traduction française "Guide clinique pour l'établissement d'un allaitement maternel exclusif. ». (International Lactation Consultant Association) .
- (7) Haute Autorité de la Santé. Favoriser l'allaitement maternel, processus, évaluation. Paris : HAS ; 2006.
- (8) Organisation Mondiale de la Santé. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : conclusions d'une réunion de consensus du 6 au 8 Novembre 2007. Washington, D.C. Genève: OMS; 2009.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596663\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596663_fre.pdf)
- (9) Organisation Mondiale de la Santé. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève : OMS ; 1999.

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL,  
RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

- (10) Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet MI, Berrewaerts J. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? Belgique. École de santé Publique – Centre « Recherche en systèmes de santé », Série de dossiers techniques 06-41 ; Bruxelles : Université catholique de Louvain. Faculté de médecine ; Juillet 2006.
- (11) Blyth R, Creedy DK, Dennis CL et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. Birth 2002; 29 : 278-84.

## Annexe I: Questionnaire à réaliser auprès des mères allaitantes en maternité du CH Lens

- 1- Date de l'accouchement :
- 2- Date de réalisation du questionnaire :

### Identification de la mère :

- 3- Nom :
- 4- Nom de jeune fille :
- 5- Prénom :
- 6- Age :
- 7- N° de téléphone :
- 8- Adresse :
- 9- Niveau d'étude : inférieur au bac                      niveau bac et plus
- 10- Activité professionnelle : oui                      chômage                      Femme au foyer
- 11- Tabagisme actif pendant la grossesse :                      oui                      non
- 12- Parité :
- 13- Vie commune avec le père de l'enfant :                      oui                      non
- 14- Grossesse simple                      Grossesse gémellaire

### Identification du bébé :

- 15- Nom du bébé :
- 16- Prénom du bébé :                      Prénom de J2
- 17- Terme :
- 18- Poids de naissance (g) :                      Poids de J2
- 19- Poids de sortie (g) :                      Poids de J2
- 20- Poids minimum durant le séjour :                      Poids de J2
- 21- S'agit-il d'un premier allaitement :                      oui                      non

### Si antécédent d'allaitement :

- 22- Durée du dernier allaitement :  
                    < 1 mois                      entre 1 mois et 2 mois                      entre 2 et 6 mois                      >6 mois
- 23- S'agissait-il d'un allaitement exclusif le premier mois :                      oui                      non
- 24- D'autres femmes, y compris votre propre mère, ont-elles déjà allaité dans votre entourage :                      oui                      non
- 25- Conseils et soutien lors du précédent allaitement obtenus auprès de :  
                    la famille, amis                      un appel téléphonique à la maternité  
                    médecin traitant                      le pédiatre de ville  
                    la puéricultrice de PMI                      un appel à une association de soutien  
                    une consultation aux urgences                      une consultation pédiatrique hospitalière  
                    internet, magazines, livres                      aucun
- 26- Auriez-vous apprécié d'avoir la possibilité de vous adresser à une consultation spécifique de soutien à l'allaitement ?                      oui                      non

**27- Quel a été, selon vous, la cause de l'arrêt de votre précédent allaitement ?**

- choix personnel
- reprise du travail
- manque de lait /insuffisance de lactation
- trop de lait / hyperlactation
- prise de poids insuffisante de l'enfant
- affection du sein (crevasses, engorgement, lymphangite, abcès...)
- douleurs lors des tétées
- coliques / pleurs du bébé
- pathologie maternelle incompatible avec l'allaitement (si oui, laquelle ?) :
- traitement médical maternel incompatible avec l'allaitement (si oui, lequel ?) :
- autres :

**Allaitement actuel :**

- 28- Avez-vous participé à une préparation à l'accouchement ?**    oui            non
- 29- Avez-vous participé à une préparation à l'allaitement ?**    oui            non
- 30- Vous aviez prévu d'allaiter :**
- |                    |                      |                |
|--------------------|----------------------|----------------|
| avant la grossesse | pendant la grossesse | à la naissance |
|--------------------|----------------------|----------------|
- 31- Mode d'accouchement :**    voie basse                            césarienne

**En salle de naissance :**

- 32- Peau à peau :**            oui            non
- 33- Tétée précoce :**            oui            non

**Suites de couches :**

- 34- Séparation (nursery) maman / bébé :**            oui            non
- 35- Utilisation de compléments de lait maternel :**    oui            non
- 36- Utilisation de lait artificiel :**            oui            non
- 37- Date d'apparition de la montée de lait :**    J2-J3    J4-J5    >J5
- 38- Baby blues :**            oui            non
- 39- Informations données par l'équipe de maternité pour accompagner l'allaitement :**
- |             |               |           |                 |
|-------------|---------------|-----------|-----------------|
| suffisantes | insuffisantes | homogènes | contradictaires |
|-------------|---------------|-----------|-----------------|

- 40- Accompagnement des tétées par l'équipe de maternité estimé :**
- |           |             |
|-----------|-------------|
| suffisant | insuffisant |
|-----------|-------------|

**41- Comment qualifieriez-vous le démarrage de votre allaitement ?**

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| facile et conforme à mes attentes      | début douloureux           |
| difficile mais conforme à mes attentes | difficile et déstabilisant |

**42- Comment vous sentez vous au moment de la sortie, vis-à-vis de votre allaitement ?**

- |         |                                    |               |
|---------|------------------------------------|---------------|
| sereine | <input type="checkbox"/> angoissée | on verra bien |
|---------|------------------------------------|---------------|



**Après la sortie :**

**43- Vers qui souhaitez-vous vous tourner en priorité en cas de soucis d'allaitement ?**

la famille, amis	un appel téléphonique à la maternité
médecin traitant	le pédiatre de ville
la puéricultrice de PMI	un appel à une association de soutien
une consultation aux urgences	une consultation pédiatrique hospitalière
internet, magazines, livres	personne

**44- Pensez-vous qu'une consultation spécifique de soutien à l'allaitement au sein du CH Lens pourrait vous être utile ?**

oui non

**45- Souhaitez-vous venir à cette consultation avant la fin de la 2<sup>e</sup> semaine de vie de votre enfant à titre systématique ?**

oui non

**46- Souhaitez-vous ne venir à cette consultation uniquement en cas de soucis d'allaitement ?**

oui non

**47- Accepteriez-vous qu'on vous contacte par téléphone si vous ne venez pas à cette consultation ?**

oui non

**48- Si non , Pourquoi ?**

**49- Date du RDV de consultation :**

**Si le RDV n'est pas pris à la sortie la dame peut prendre RDV avant J15 au 2519.**

**50- Moyen de transport utilisé pour venir au CH Lens :**

Voiture personnelle	Transport par un proche (famille, ami ...)
Transport en commun	À pied
Transport en commun	Aucune possibilité de déplacement

## Annexe II : Questionnaire à réaliser lors de la consultation précoce de suivi allaitement ou appel téléphonique.

- 1- Date de l'accouchement :
- 2- Date de réalisation du questionnaire :
- 3- Age de l'enfant en jours :

### Identification de la mère et de l'enfant :

- 4- Nom et prénom de la mère :
- 5- Nom de jeune fille :
- 6- Nom et prénom du bébé :
- 7- Poids de naissance (g) :
- 8- Poids de sortie de maternité (g) :
- 9- Poids lors de la consultation (g) :

### Évolution de l'allaitement depuis la sortie de maternité :

- 10- Allaitement en cours :
  - Allaitement maternel exclusif  
(bébé n'a pas reçu de compléments ces 24 dernières heures)
  - Allaitement mixte
  - Allaitement artificiel

### Si allaitement artificiel :

- 11- Âge de l'enfant à l'arrêt de l'allaitement maternel (AM):
- 12- Raison principale de l'arrêt de l'AM :
  - Choix personnel d'un allaitement
  - Reprise du travail
  - Manque de lait /insuffisance de lactation
  - Trop de lait / hyperlactation
  - Prise de poids insuffisante de l'enfant
  - Affection du sein (crevasses, engorgement, lymphangite, abcès...)
  - Douleur lors des tétées
  - Tétées trop jugées trop fréquentes
  - Réveils nocturnes jugés trop fréquents
  - Pleurs, coliques
  - Pathologie maternelle incompatible avec l'allaitement (si oui, laquelle ?) :
  
  - Traitement maternel médicamenteux incompatible avec l'allaitement  
(si oui, lequel ?) :

**13- Depuis votre sortie, par qui avez-vous obtenu des conseils à propos de votre allaitement ?**

la famille, amis	un appel téléphonique à la maternité
le médecin traitant	le pédiatre de ville
la puéricultrice de PMI	un appel à une association de soutien
une consultation aux urgences	une consultation pédiatrique hospitalière
internet, magazines	aucun
sage-femme libérale	autre

**14- Les conseils que vous avez reçus pour poursuivre votre allaitement vous ont-ils satisfaite ?**

oui non

**15- L'arrêt de l'allaitement a-t-il fait suite à un avis extérieur ?**

oui non

**16- Qui a conseillé l'arrêt de l'AM ?**

**17- Regrettez-vous l'arrêt de cet allaitement ?**

oui non

**18- Auriez vous souhaitez souhaité venir à cette consultation plus tôt afin d'éviter d'arrêter l'allaitement ?**

oui non

**Si allaitement mixte :**

**19- Âge de l'enfant à l'introduction du lait artificiel :**

**20- Raison principale de l'introduction du lait artificiel :**

Choix personnel d'un allaitement  
Reprise du travail  
Manque de lait /insuffisance de lactation  
Trop de lait / hyperlactation  
Prise de poids insuffisante de l'enfant  
Affection du sein (crevasses, engorgement, lymphangite, abcès...)  
Douleur lors des tétées  
Tétées trop jugées trop fréquentes  
Réveils nocturnes jugés trop fréquents  
Pleurs, coliques  
Pathologie maternelle incompatible avec l'allaitement (si oui, laquelle ?) :

Traitement maternel médicamenteux incompatible avec l'allaitement  
(si oui, lequel ?) :

**21- Depuis votre sortie, par qui avez-vous obtenu des conseils à propos de votre allaitement ?**

la famille, amis	un appel téléphonique à la maternité
le médecin traitant	le pédiatre de ville
la puéricultrice de PMI	un appel à une association de soutien
une consultation aux urgences	une consultation pédiatrique hospitalière
internet, magazines	aucun
sage-femme libérale	autre

22- Les conseils que vous avez reçus pour poursuivre votre allaitement vous ont-ils satisfaite ?

oui non

23- L'introduction du lait artificiel a-t-il fait suite à un avis extérieur ?

oui non

24- Qui vous l'a conseillé ?

25- Regrettez-vous l'introduction du lait artificiel ?

oui non

26- Auriez vous souhaité venir à cette consultation plus tôt, afin d'éviter l'introduction du lait artificiel ?

oui non

**Si allaitement maternel exclusif :**

27- Comment qualifieriez-vous votre allaitement ?

Idéal et conforme à vos attentes                      Fatigant  
Difficile mais conforme à vos attentes              Difficile et déstabilisant

28- Comment vous sentez vous pour la poursuite de votre allaitement ?

Plutôt sereine                      Plutôt angoissée                      On verra bien

29- Avez-vous déjà pensé abandonner votre allaitement ?      oui                      non

30- Avez-vous rencontré des difficultés d'allaitement ?      oui                      non

31- Si oui, quelle principale difficulté avez-vous rencontrée ?

Manque de lait / insuffisance de lactation  
Trop de lait / hyperlactation  
Prise de poids insuffisante de l'enfant  
Affection du sein (engorgement, lymphangite, abcès ....)  
Douleur lors des tétées  
Tétées jugées trop fréquentes  
Réveils nocturnes jugés trop fréquents  
Pleurs, coliques

32- Depuis votre sortie, par qui avez-vous obtenu des conseils à propos de votre allaitement ?

la famille, amis                      un appel téléphonique à la maternité  
le médecin traitant                      le pédiatre de ville  
la puéricultrice de PMI                      un appel à une association de soutien  
une consultation aux urgences                      une consultation pédiatrique hospitalière  
internet, magazines                      aucun  
sage-femme libérale                      autre

33- Les conseils que vous avez reçus pour poursuivre votre allaitement vous ont-ils satisfaite ?                      oui                      non

34- Avez-vous déjà revu votre médecin traitant ?                      oui                      non

35- Si oui, l'avez-vous vu pour :

Des soucis liés à l'allaitement  
À titre systématique, l'allaitement a été abordé  
À titre systématique, l'allaitement n'a pas été abordé

**LA CRÉATION D'UNE CONSULTATION PRÉCOCE, SYSTÉMATIQUE, DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL,  
RÉPOND-T-ELLE AUX BESOINS DES FEMMES ALLAITANT, DU BASSIN DE VIE LENSOIS ?**

**36- Comment allaitez-vous ?**

Tétées simples

Utilisation de bout de sein siliconés (téterelle)

Utilisation d'un tire-lait

**37- Avez-vous déjà pensé arrêter d'allaiter ?**

oui non

**38- Auriez-vous souhaité venir à cette consultation plus tôt ?**

oui non

**A la fin de la consultation :**

**39- Avons-nous répondu à vos attentes lors de cette consultation ?**

oui non

**40- Si le CH de Lens proposait par la suite d'avoir ce type de consultation régulièrement, pensez-vous que cela pourrait vous aider ?**

oui non