

La consultation de lactation précoce

Marie De Coninck, sage-femme, consultante en lactation IBCLC

Elodie Fontenoy, pédiatre, consultante en lactation IBCLC

Isabelle Leleu-Jacquart, puéricultrice, consultante en lactation IBCLC

Centre Hospitalier de Lens (62)

Résumé

En 2008, 41 % des femmes réalisaient un allaitement maternel lors de leur séjour dans le service des suites de couche à la maternité du Centre Hospitalier de Lens. La moitié des allaitements étaient abandonnés ou associés à des préparations pour nourrissons avant la fin du premier mois. Les mères sont souvent peu ou mal conseillées par rapport à leur allaitement une fois sorties de maternité dans ce bassin de vie. Nous avons proposé une consultation précoce systématique de soutien de l'allaitement entre le 10^e et le 15^e jour de vie de l'enfant à 55 femmes pendant l'hiver 2009/2010.

Vingt-sept femmes sont venues et toutes ont exprimé leur satisfaction par rapport à cette consultation. Les 28 femmes qui ne sont pas venues habitaient plus loin, étaient plus souvent des multipares, et souvent moins informées à propos de l'allaitement en anténatal. Le vécu du démarrage de leur allaitement n'avait pas été meilleur que celui des femmes venues en consultation. A un mois, la moitié de ces femmes avaient introduit les préparations pour nourrisson avant la fin du premier mois et le regrettaient le plus souvent. Dans ce groupe, la croissance des enfants allaités était parfois insuffisante malgré le suivi traditionnel par le médecin traitant et la PMI.

Les femmes non intéressées par la consultation précoce souhaitaient pouvoir contacter un standard téléphonique ou bénéficier de visites plus précoces des puéricultrices de PMI. Le soutien par le médecin traitant est très important pour ces familles, même si ses conseils sont souvent remis en cause, ils sont suivis.

I- Introduction

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 (en France, le taux d'allaitement en maternité était de 56 % en 2005). Seule la moitié des femmes qui allaitaient en maternité poursuivait un allaitement maternel exclusif à un mois en 2008⁽¹⁾. Nous avons proposé à des femmes allaitant à la maternité du CH de Lens une consultation précoce, entre le 10^e et le 15^e jour de vie de leur enfant, et systématique de suivi et de soutien de leur allaitement afin de favoriser la poursuite de l'allaitement au-delà des premiers jours.

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

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 (pas de consultation spécifique de suivi de l'allaitement, visites des puéricultrices de PMI le plus souvent réalisées vers la fin du premier mois de vie de l'enfant, pas d'association de soutien de l'allaitement présente localement, sages-femmes libérales peu nombreuses et peu sollicitées, pas de pédiatre de ville à Lens). Par conséquent, le suivi de l'allaitement est le plus souvent réalisé par le médecin traitant. 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.⁽¹⁾ C'est dans cet environnement que nous avons voulu créer cette consultation.

Nous avons inclus un échantillon de 55 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. L'observation a été effectuée sur une période de cinq semaines, lors de l'hiver 2009-2010. Trois questionnaires ont été réalisés.

III- Résultats

Le suivi a pu être réalisé pour 92,3 % de la population des 55 femmes de l'échantillon (quatre femmes perdues de vue). Cet échantillon était composé de 52,7 % (n=29) de femmes primipares. 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. Dix-sept femmes, soit 30,9 %, avaient participé à une préparation à l'allaitement, dont 14 primipares.

Pour un tiers des enfants observés, on constate l'absence de tétée précoce en salle de naissance. Un quart des enfants n'était pas mis en peau à peau en salle de naissance, sans qu'aucune raison médicale ne le justifie. 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. Au moment de leur retour au domicile, seules 60 % (n=33) des mères se sentaient sereines vis-à-vis de leur allaitement. Seules 56,4 % (n=31) des mères souhaitaient profiter d'une consultation précoce systématique entre le 10^e et le 15^e jour de vie de leur enfant.

Vingt-sept femmes sont venues à la consultation. Il s'agissait majoritairement de primipares. En maternité, vingt-deux enfants de ce groupe avaient perdu au moins 7 % de leur poids de naissance, et sept au moins 10 %. Quatre femmes (14,8 %) venues avaient déjà modifié leur allaitement avant le 10^e jour de vie de leur enfant. 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 cette introduction. Vingt-trois femmes poursuivaient un allaitement maternel exclusif, dont 16 (69,6 %) avec des difficultés, et 12 (52,2 %) avec des idées d'abandon. Parmi les 27 enfants venus en consultation, 15 (55,6 %) n'avaient pas repris leur poids de naissance à leur 10^e jour de vie, dont 12 étaient alimentés exclusivement au sein.

Vingt-quatre des 28 femmes non venues en consultation ont pu être contactées par téléphone à un mois. Douze femmes réalisaient encore un allaitement exclusif, sept pratiquaient un allaitement mixte, les cinq autres utilisaient exclusivement des préparations pour nourrissons.

Quelques différences apparaissent dans la comparaison des populations entre les deux groupes de mères, venues ou non en consultation. La fréquence des familles habitant loin (au-delà de 20 minutes de trajet) était significativement plus importante dans la population des femmes non venues en consultation ($p < 0,001$). La proportion de mères primipares était significativement plus importante dans la population venue en consultation ($p = 0,01$). Quant au niveau d'étude, on ne peut constater qu'une tendance à un niveau plus faible chez les femmes non venues ($p = 0,05$). On remarquait par ailleurs que la proportion de femmes qui avaient suivi une préparation à la naissance était significativement plus importante dans la population des femmes venues en consultation (66,7 % versus 32,1 % ; $p = 0,02$). 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 un démarrage de leur allaitement plus facile que les autres. A l'entretien téléphonique à un mois, 70,8 % ($n = 17$) des 24 femmes exprimaient avoir eu des difficultés avec leur allaitement. Ces femmes citaient comme principales sources de soutien et de conseils 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 une dont c'était le choix. De même, parmi les sept mères qui pratiquaient un allaitement mixte, cinq regrettaient l'introduction du lait artificiel. Des 12 enfants alimentés exclusivement par du lait maternel et dont les mères n'étaient pas venues, quatre avaient une croissance insuffisante selon les courbes de l'OMS.

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. 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'associations de soutien (telles que La Leche league...).

IV- 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 le 15^e jour de vie de l'enfant, 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 telle 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) sera proposé par l'intermédiaire de la formation continue.

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 ⁽²⁾⁽³⁾ et de la HAS⁽⁴⁾. Les femmes qui présentent des facteurs de risque d'arrêts précoces d'allaitement maternel (absence de peau à peau, de tétée précoce, séparations nocturnes, administration de compléments) doivent être repérées afin que l'équipe puisse leur proposer un accompagnement individuel précoce ⁽⁵⁾.

V- Bibliographie principale

- (1) 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
- (2) Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève: OMS; 2003.
- (3) Organisation Mondiale de la Santé. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève : OMS ; 1999.
- (4) Haute Autorité de la Santé. Favoriser l'allaitement maternel, processus, évaluation. Paris : HAS; 2006.
- (5) 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).