

Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité Flaubert du Havre

**Sophie Douville, sage femme en maternité, consultante en lactation IBCLC
Maternité Flaubert Groupe Hospitalier du Havre (76)**

RESUME

De plus en plus de femmes choisissent d'allaiter leur enfant mais certaines y renoncent dès le séjour en maternité. Afin de mieux repérer, mieux accompagner ces mères en difficulté, une étude d'observation de type descriptif a été menée auprès des patientes accouchées à la Maternité Flaubert entre avril et septembre 2005. 64 % des mères de la population d'étude ont choisi d'allaiter ; 22 d'entre elles, soit 5,7 %, ont abandonné dès les premiers jours.

Les questionnaires complétés lors des entretiens ont révélé qu'elles étaient essentiellement primipares et que leur décision avait été prise tardivement. Elles ont, pour la plupart, abandonné rapidement, dans les 48 premières heures, la principale raison évoquée étant les douleurs occasionnées par les crevasses.

Les différents résultats obtenus ont défini un « profil » de patiente pour lesquelles notre accompagnement doit être renforcé, individualisé. Cette étude a permis d'identifier les diverses pratiques qui doivent être améliorées afin de favoriser l'instauration de l'allaitement dans notre service. La relation d'aide, élément indispensable à un accompagnement de qualité devrait permettre de mieux soutenir ces femmes en difficulté.

Introduction

De nombreuses études ont permis d'évaluer les durées d'allaitement, d'analyser les facteurs associés à son initiation et à son sevrage prématuré. Aucune ne s'attarde sur les arrêts précoces lors de la mise en place de l'allaitement pendant le séjour en maternité. Ces abandons en cours d'initiation soulèvent pourtant beaucoup de questions : Qui sont ces femmes ? Par quels facteurs leur choix a-t-il été influencé ? Quels types de difficultés ont-elles rencontrés ? Quelles solutions leur ont-elles été proposées ? Quel soutien ont-elles pu trouver ?

Enfin, que devons-nous modifier dans nos pratiques pour aider ces mères à dépasser les difficultés liées à l'apprentissage de l'allaitement maternel ?

Pour tenter de répondre à ces questions, une étude a été réalisée à la Maternité Flaubert en 2005.

Les obstacles qui perturbent la mise en place de l'allaitement sont multiples et variés. Ils proviennent de la mère, de l'enfant ou bien des deux simultanément. Les bouleversements psychiques qui accompagnent la naissance plongent la mère dans un état de vulnérabilité qui ne lui permet pas toujours de surmonter les contraintes, les douleurs, les incertitudes et les inquiétudes des premiers jours. Afin d'éviter à ces mères en difficulté un échec dans l'établissement du lien avec leur enfant, un accompagnement personnalisé s'avère indispensable.

La maternité Flaubert

La maternité Flaubert du Havre est une maternité de niveau 3 avec un taux d'allaitement de 65 % en 2003. Depuis mars 2003, le GHH emploie le Dr C. Laurent, consultante en lactation. Elle est à l'origine de différents projets visant à augmenter la compétence des professionnels (journées de formation) et à améliorer la cohérence dans l'accompagnement de l'allaitement.

L'étude

Méthodologie

L'étude a été menée auprès des patientes accouchées dans cette maternité du 1^{er} avril au 30 septembre 2005. L'échantillon retenu est constitué des patientes hospitalisées au 2^{ème} étage, dans le secteur de maternité traditionnelle. Sont donc exclues les mères dont les enfants ont été transférés dans les services de néonatalogie ou de réanimation dès la naissance.

Il s'agit d'une étude d'observation, de type descriptif.

Après avoir relevé manuellement les données nécessaires à la constitution de l'échantillon d'étude, les mamans qui ont interrompu leur allaitement ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire. Ce document comprenait 51 questions essentiellement fermées permettant de recueillir : des données générales sur les parents, les raisons du choix d'allaitement, les modalités d'accouchement et les caractéristiques de l'enfant ainsi que des informations sur le démarrage de l'allaitement.

Résultats

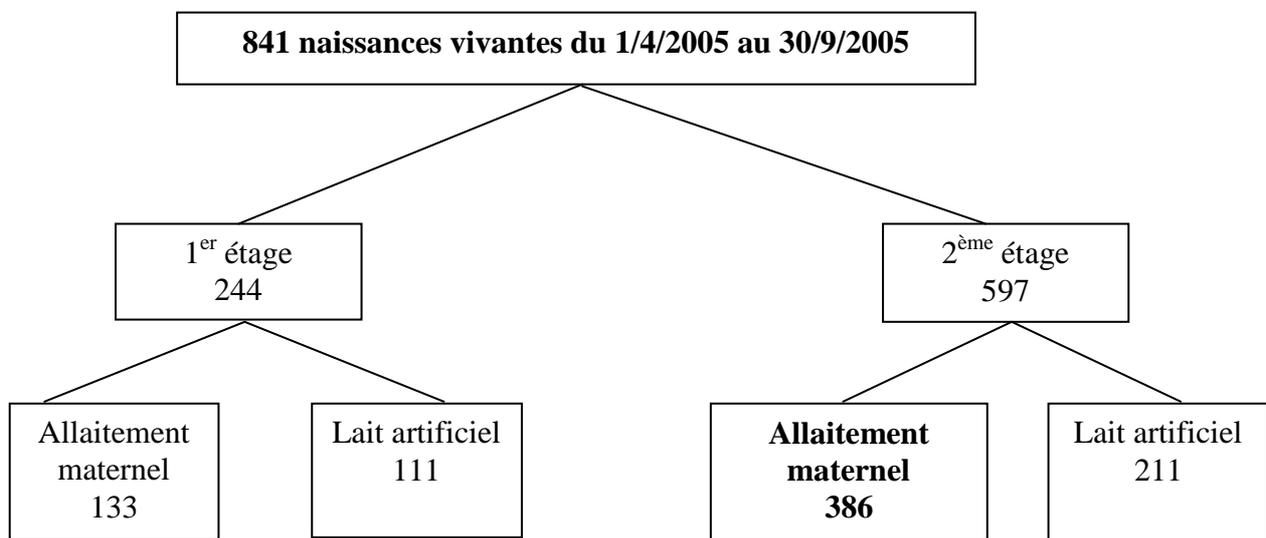


Figure 1 : Répartition des mères selon les deux étages de la maternité et selon leur choix pour l'alimentation de leur enfant pendant la période de l'étude.

Le taux d'allaitement maternel pour cette période est de 61,7 % pour l'ensemble de la maternité. Pour le 2^{ème} étage, sur l'échantillon retenu, le taux d'allaitement maternel est de 64,6 %.

Parmi les 386 femmes allaitantes du 2^{ème} étage, 22 ont abandonné leur projet d'allaitement pendant le séjour, soit 5,7 %.

Caractéristiques sociodémographiques des mères

L'âge moyen des mères interrogées est de 28 ans. 86 % sont d'origine française, elles vivent en couple (90 %). Elles sont essentiellement primipares (72 %). Parmi les 6 multipares, 3 n'avaient pas allaité leurs aînés ; les 3 autres décrivaient leurs précédents allaitements comme étant des échecs.

Facteurs culturels

13 femmes sur 22 avaient tardivement pris la décision d'allaiter (pendant la grossesse ou à l'accouchement). Pour la majorité des mères (63 %), la décision avait été prise seule, le conjoint était intervenu dans 40 % des cas. Les $\frac{3}{4}$ des femmes avaient bénéficié d'une préparation à la naissance et fréquentaient des femmes allaitantes.

Les arguments énoncés en faveur de la décision d'allaiter étaient principalement la relation avec l'enfant (72 %) et les propriétés du lait maternel (63 %).

La salle de naissance: modalités d'accouchement et caractéristiques de l'enfant

	Effectif	% des mères
Mode d'accouchement		
Voie basse spontanée	14	63
Voie basse instrumentale	3	14
Césarienne programmée	3	14
Césarienne non programmée	2	9
Anesthésie		
Sans	5	23
péridurale	14	63
Rachianesthésie	3	14
Anesthésie générale	0	0
Poids de naissance		
<2 500gr	0	
2 500-2 999gr	4	18
3 000-3 499gr	7	32
3 500-3 999gr	9	41
>ou= 4 000gr	2	9
Age gestationnel (semaines d'aménorrhée)		
35-36	0	
37-38	3	14
39-40	13	59
>ou= 41	6	27

Tableau 1 : Mode d'accouchement, recours à une anesthésie, poids de naissance et âge gestationnel de l'enfant pour les 22 mères de l'étude ayant sevré pendant le séjour en maternité.

19 nouveau-nés sur 22 ont tété pour la première fois en salle de naissance, 15 ont été placés en peau à peau sur leur mère. Les soins ont été réalisés avant la 1^{ère} mise au sein.

Jour de l'arrêt



Figure 2 : Nombre de femmes selon la date d'arrêt de leur allaitement, pour les 22 mères de l'étude.

Pratique de l'allaitement en maternité

	Effectif	% des mères
Allaitement à la demande		
Oui	20	91
Non	2	9
Couchage du bébé dans les premières 24 heures		
Incubateur	1	5
Berceau	11	50
Peau à peau	10	45
Cohabitation mère-enfant		
Dès la 1 ^{ère} nuit	14	64
À partir de la 2 ^{ème} nuit	4	18
Plus tard	4	18
Mise au sein accompagnée par le personnel soignant		
Oui	21	95
Non	1	5
Utilisation de complément		
Oui	12	55
Non	10	45
Utilisation d'une sucette		
Oui	4	18
Non	18	82

Tableau 2 : Caractéristiques du séjour en maternité pour les 22 mères ayant sevré durant le séjour.

Plus de la moitié des enfants ont reçu des compléments :

Six pour pleurs, cinq pour perte de poids supérieure à 10 % du poids de naissance, un pour mise au sein difficile, **aucun pour hypoglycémie.**

Dix femmes ont arrêté leur allaitement dans les 48 premières heures.

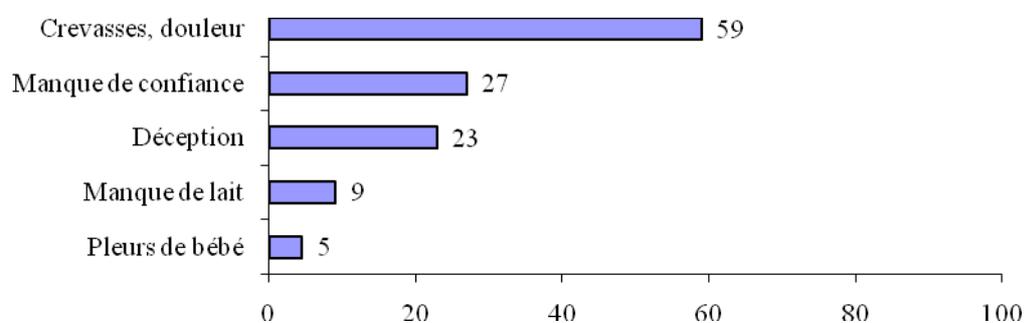


Figure 3 : Réponses données par les 22 mères sur les raisons du sevrage précoce, résultats en pourcentage du nombre de mères (plusieurs réponses possibles).

Raisons de l'arrêt

Les différentes difficultés rencontrées

● Les crevasses

Treize femmes sur vingt-deux ont eu des crevasses. Dans chaque situation, elles ont contribué à l'abandon de l'allaitement même si elles étaient parfois associées à d'autres motifs. Dans deux cas, ces douleurs n'ont pas été prises en compte par l'équipe : une femme ne les a pas signalées et l'autre a jugé tout traitement inutile.

Plusieurs suggestions ont été faites aux autres mamans :

- Application de colostrum puis de lait sur le mamelon après la tétée (10 femmes sur 11 « traitées »)
- Position et mise au sein revues (9 femmes sur 11)
- Application de Castor Equi® (9 femmes sur 11)
- Utilisation de bouts de sein en silicone (8 femmes sur 11)
- Port de coquille d'allaitement (7 femmes sur 11)

Une seule a été soulagée par ces propositions, l'abandon de son allaitement a été motivé par une autre raison.

On note qu'un frein de langue trop court a été coupé pour l'un des enfants dont la mère avait des crevasses.

● Engorgement mammaire

Une seule femme a décrit un engorgement. Il s'agissait d'une mère qui refusait d'allaiter à la demande et qui imposait des horaires de tétées. Elle a été soulagée par des massages permettant l'évacuation du lait, des anti-inflammatoires et l'application de « froid » entre les mises au sein.

● Insuffisance d'apport de lait

Cinq enfants ont perdu plus de 10% de leur poids de naissance. Parmi ces cinq situations, plusieurs causes ont été mises en évidence :

- Deux mamans avaient pratiqué une chirurgie de réduction mammaire et craignaient de ne pouvoir nourrir suffisamment leur enfant.
- Une femme a eu sa montée de lait mais la conduite singulière de son allaitement n'a pas permis une croissance satisfaisante de l'enfant.
- Pour les deux autres patientes, la montée de lait a été retardée (au-delà de 4 jours).
L'utilisation d'un tire-lait afin de stimuler la production lactée a été efficace pour une mère (diabétique insulinodépendante), mais aucune amélioration n'a été constatée.
L'autre mère avait déjà connu le même échec lors de sa précédente tentative.

● Les mamelons plats

Quatre mères ont rencontré cette difficulté. Deux ont abandonné très rapidement (dans les 24 premières heures). Deux autres ont persévéré :

- L'une a bénéficié de plusieurs suggestions de l'équipe : bout de sein en silicone, tire-lait, port de coquille, sans qu'aucune ne soit efficace.
- L'autre a été déstabilisée par des propositions émises par l'équipe qu'elle a jugées contradictoires.

● Comportement et pathologies de L'enfant

Un enfant a présenté un ictère qui a nécessité un traitement par photothérapie. Quatre nouveau-nés ont été considérés comme irritables, aucune étiologie n'a pu être retrouvée sauf pour un dont la maman fumait. Quatre enfants ont été douloureux (2 nés par césarienne, 1 par forceps). Ils ont tous bénéficié d'un traitement par paracétamol, trois ont été soulagés. Six ont été décrits comme

endormis, difficiles à réveiller. Huit ont été désignés comme crispés, ne pouvant ouvrir correctement la bouche. Enfin, six enfants ont reçu des traitements : paracétamol, calcium ou dompéridone.

● Pathologies de la mère

Certaines mères ont présenté des pathologies plus ou moins sévères : infection urinaire, anémie sévère, hypertension artérielle (HTA).

Près de la moitié (10/22) ont ressenti le baby blues et la majorité (18/22) a signalé un manque de sommeil avec accumulation de fatigue.

Cinq mamans ont été douloureuses (2 césariennes, 1 forceps) et ont été gênées dans leur mobilisation rendant les mises au sein difficiles.

Enfin, dans 18 cas sur 22, les papas ont soutenu leur femme dans leur décision d'arrêter.

Discussion

Qui sont ces femmes ?

Cette étude nous a permis de définir le profil des femmes qui sont susceptibles de renoncer rapidement à leur allaitement :

- Elles sont jeunes (moins de 30 ans), mariées ou vivent en couple, d'origine française, d'un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat et occupant à temps plein des postes d'ouvrières ou d'employées.
- Elles ont décidé d'allaiter tardivement.
- Elles sont primipares ou ont mal vécu leur allaitement antérieur.

Certains facteurs communs se retrouvent, que l'abandon survienne dès le séjour ou rapidement dans les semaines qui suivent. Deux études récentes [1], [2] qui s'intéressent aux arrêts prématurés retrouvent des résultats similaires aux nôtres, décrivant la prise de décision tardive, la primiparité, le mauvais vécu d'allaitement antérieur comme des facteurs de risque d'arrêts précoces. Il est donc essentiel de repérer rapidement ces situations à risque (la plupart des arrêts survenant dans les 48 premières heures) afin d'adapter et de personnaliser notre accompagnement.

Quelles difficultés ont-elles rencontrées? Quelles solutions ont été proposées ?

La raison principale invoquée pour l'arrêt de l'allaitement a été la douleur occasionnée par les crevasses. Chaque fois que l'équipe soignante a été sollicitée, plusieurs suggestions pratiques, dont certaines bien adaptées, ont été faites à la maman, mais elles n'ont malheureusement pas été efficaces. L'expertise nécessaire pour aider une mère à améliorer le positionnement du bébé au sein est encore en cours d'acquisition pour une partie des équipes.

De plus, comme l'a fait remarquer Mariella Landais [3], «il n'y a probablement pas de «recettes» infaillibles pour traiter cette situation, si ce n'est la présence chaleureuse du soignant auprès de la mère et du bébé».

L'étude a permis de constater que certaines «recettes» ont été proposées, mais elle ne peut mesurer la qualité de l'écoute reçue par ces mères en difficulté, face à une douleur qu'elles n'avaient pas imaginée.

Le rôle de l'équipe est de les accompagner, de les soutenir, de les écouter afin qu'elles puissent trouver en elles la force de poursuivre malgré la douleur. Valoriser leur compétence est essentiel pour qu'elles retrouvent confiance et courage.

La prévention de l'apparition de ces crevasses peut aussi s'avérer nécessaire. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, dans ses recommandations professionnelles [4], rappelle qu'«aucune mesure autre que celle du positionnement correct du bébé au sein dès la première tétée ne permet de prévenir les douleurs et les lésions du mamelon».

Quatorze mises au sein sur les 19 réalisées en salle de naissance ont été accompagnées par un membre du personnel qui a donc pu s'assurer d'une bonne prise du sein par l'enfant. Toutes les femmes qui l'ont souhaité ont été aidées lors des tétées suivantes, dans le service, mais près de la moitié ont signalé des enfants qui ne tétaient pas correctement.

Dans certaines situations, plusieurs difficultés se sont cumulées : frein de langue, mamelon ombiliqué, nouveau-né crispé. Ces situations auraient requis une aide spécialisée à chaque tétée pendant la période critique.

Comment modifier nos pratiques ?

Avant la naissance

La majorité des femmes qui ont renoncé à leur allaitement pendant le séjour (17/22) avaient pourtant participé à une préparation à la naissance. Comme le souligne Chantal Razurel [5] dans son mémoire, la préparation à la naissance pourrait s'orienter «vers une approche humaniste du sujet pour laisser émerger toutes les peurs et les contradictions et appréhender les patientes dans des dimensions multiples» et non pas comme un simple «moment» d'apprentissage pratique.

Les femmes de son étude certifient avoir reçu des informations qu'elles n'ont pas retenues, le moment n'étant pas propice.

Toutefois, Marc Pilliot, dans son allocution, lors de la Journée Régionale pour l'Allaitement du 19 mai 2005 [6], recommande aux mères de s'informer avant l'accouchement auprès des sages-femmes lors de séances de préparation ou auprès des associations de soutien. Ces renseignements leur permettront d'éviter d'être victimes de conseils peu adaptés et de tomber dans les pièges des premiers jours.

L'objectif de l'HAS, dans ses recommandations de 2006 [7], est « d'informer tous les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel, dans le respect de leur culture, afin d'aider leur décision sans imposer de choix ».

En salle de naissance

Un tiers des enfants de l'étude n'ont pu profiter du contact peau à peau avec leur mère après l'accouchement. Les différents avantages de ce contact précoce et prolongé sont aujourd'hui reconnus, notamment dans l'instauration de l'allaitement maternel.

Il facilite l'application de la 4^{ème} condition préconisée par l'IHAB.

Quatre de ces sept enfants étaient nés par césarienne, rendant, pour diverses raisons techniques, l'application de cette recommandation difficile. Le papa était-il présent ? Aurait-il pu prendre le relais ?

Seuls six enfants ont pu téter dans l'heure suivant la naissance. Les soins ont été réalisés avant la 1^{ère} mise au sein pour la majorité des enfants, ce qui a pu interférer avec la mise en route de l'allaitement.

La modification de certaines pratiques autour de la naissance s'avère donc nécessaire si l'on veut donner toutes ses chances à l'allaitement maternel, tout en veillant à la sécurité du nouveau-né et de sa mère.

Pendant le séjour

L'étude a permis d'identifier quelques pistes de travail pour notre service :

- La proximité mère-bébé : cette condition est indispensable au bon démarrage de l'allaitement mais aussi à l'établissement du lien. Elle induit une cohabitation mère-enfant 24h/24, ce qui n'a pas été le cas pour tous les enfants de l'enquête. L'inconfort et la mobilité réduite des mères césariées poussent souvent l'équipe à proposer l'accueil du nouveau-né en nursery pour la nuit. Plutôt que de séparer la mère et l'enfant, l'équipe pourrait aider celle-ci à s'installer confortablement tout en respectant la sécurité de chacun. Les tétées nocturnes, souvent décrites comme «anormales», sont indispensables au bon déroulement de l'allaitement et ne sont pas les seules responsables de la fatigue maternelle retrouvée chez 20 patientes de l'étude. Elles ont d'ailleurs un effet soporifique sur la mère. Cette particularité mériterait d'être plus souvent expliquée aux patientes.
- La prolongation du contact peau à peau au-delà de la salle de naissance est nécessaire car :
 - * Il diminue le risque d'hypothermie, ce qui aboutit à un meilleur maintien de la glycémie et à une meilleure adaptation métabolique. Il augmente le bien-être de l'enfant qui est moins susceptible de pleurer.
 - * Il favorise les interactions mère-enfant.
 - * Il facilite le démarrage de l'allaitement en stimulant les différents sens de l'enfant.

Seuls 10 enfants de l'étude ont été placés sur le ventre de leur maman au retour de la salle de naissance. Depuis peu, de nouvelles dispositions ont été prises pour que ce contact peau à peau soit proposé systématiquement à chaque maman césariée à son retour dans la chambre. Peut-être pourrions-nous élargir ultérieurement cette consigne aux autres mamans ?

- Un accès libre au sein : il rend indispensable la proximité mère-bébé et permet un allaitement à la demande. Cela semble bien compris et transmis par l'équipe puisque 2 femmes seulement ne l'ont pas mis en application.
- La diminution de compléments non justifiés : 12 bébés ont reçu des compléments. Onze étaient constitués de lait industriel, la montée de lait n'ayant pas eu lieu. Ces compléments n'étaient pas justifiés dans 7 situations : 6 ont été donnés pour pleurs et 1 pour mise au sein difficile. Faut-il rappeler que l'agitation et les pleurs du bébé ne sont pas des indications de compléments? D'autres alternatives peuvent être envisagées pour calmer l'enfant sans pour autant altérer la confiance de la mère. Les compléments doivent être donnés sur indications médicales qui sont limitées en maternité. L'introduction d'un seul biberon de lait industriel modifie durablement la flore intestinale de l'enfant et diminue les effets protecteurs de l'allaitement.
- La limitation de l'usage des tétines ou sucettes : ce message est bien passé auprès de l'équipe soignante puisque la totalité des compléments ont été donnés à la tasse. En revanche, il est important de pouvoir expliquer aux parents qui souhaitent utiliser des sucettes qu'elles peuvent interférer avec la mise en route de l'allaitement. Quatre mamans des bébés de l'étude ont recours à ces sucettes. Il est donc essentiel d'informer les mères des risques liés aux tétines tout en leur proposant des alternatives adaptées à leurs besoins.

Changements observés pendant l'étude

L'étude menée étant uniquement descriptive, elle soulève des questions qui nécessiteraient d'autres types d'enquêtes sur des sujets plus affinés. Cependant, sa réalisation, en sollicitant l'ensemble de l'équipe, a :

- sensibilisé au quotidien le personnel aux difficultés qui peuvent motiver l'arrêt de l'allaitement,
- modifié l'écoute des soignants qui ont rempli ces questionnaires auprès des mamans et qui ont souvent été surpris par l'intensité de l'échange,
- renforcé la vigilance de l'équipe face à des situations à risques (antécédent d'échec d'allaitement, antécédent de chirurgie mammaire, ..), l'amenant à adapter son accompagnement.

Conclusion de l'étude

L'étude a permis de définir des facteurs de risque permettant de détecter les mamans susceptibles d'abandonner rapidement leur allaitement.

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs occasionnées par les crevasses.

L'abandon très rapide laisse peu de temps à l'équipe pour renforcer la mère dans son choix.

Même s'il n'est pas souhaitable de « protocoliser » les conduites nécessaires au bon démarrage de l'allaitement, il faut néanmoins développer certaines pratiques favorisant son initiation : celles mises en évidence par l'étude correspondent aux conditions n° 4, 5, 6, 7, 8 et 9 de l'IHAB.

Cette évolution permettrait d'instaurer « une culture commune » de l'allaitement, harmonisant ainsi les modalités d'accompagnement. Mais le renouvellement permanent du personnel n'en permet pas la création, malgré les multiples formations. Au-delà de l'évolution des pratiques, un travail de réflexion collective est à mener pour améliorer la relation d'aide nécessaire à un accompagnement de qualité. Cette relation repose sur l'authenticité, l'empathie, le respect et l'acceptation. Elle fait appel à notre humilité et à notre modestie.

Comme le préconise M. Landais [3], il faut :

« Accepter de ne pas tout pouvoir traiter, reconnaître les compétences des parents les accompagner où qu'ils aillent ».

Deux ans plus tard ...

Le taux d'allaitement maternel pour le secteur de suites de couches traditionnelles est en très légère augmentation puisqu'il est de 66,3 % pour les 7 derniers mois (64,6 % en sept 2005).

Il est difficile d'évaluer le chemin parcouru au sein de la maternité depuis 2 ans, l'allaitement maternel ne faisant pas l'objet d'un projet de service. Actuellement, le regroupement des deux maternités du GHH sur un seul site, prévu pour 2008, monopolise toutes les attentions.

Cependant, l'allaitement maternel reste une préoccupation essentielle pour l'établissement puisqu'un projet global élaboré par le Dr C. Laurent a permis notamment de poursuivre le programme de formation engagé auprès des professionnels :

- 221 personnes ont participé à des sessions de formation de 3 jours réalisés par un organisme extérieur ou par le Dr Laurent, elle-même, entre 2004 et 2006.
- 4 professionnelles (infirmière puéricultrice, sage-femme) issues de différents services bénéficieront de la formation de consultante en lactation entre 2004 et 2009 : 2 ont déjà obtenu leur diplôme.
- Un médecin participera à la formation pour le DIU de lactation de 2008.

L'étude menée en 2005 dans le secteur de maternité avait permis d'identifier quelques pistes de travail :

Avant la naissance

La mise en place récente de réunions entre équipes prénatale et postnatale devrait permettre d'harmoniser nos discours afin d'éviter aux mamans les désillusions des premiers jours.

Chaque future mère devrait bénéficier au cours de la consultation du 4^{ème} mois ou lors des séances de préparation d'une information sur les bénéfices et la physiologie de l'allaitement maternel comme le recommande l'HAS [7].

Pendant le séjour

Le nombre d'arrêts d'allaitement pendant le séjour a diminué puisqu'il est actuellement de 4,8 % (5,7 % en 2005). La mise en évidence lors de l'étude d'un profil de maman susceptible de renoncer précocement à leur allaitement nous a permis d'intervenir plus rapidement. L'accompagnement systématique des premières tétées a permis de corriger rapidement les problèmes de position, ce qui a considérablement diminué les crevasses responsables de nombreux arrêts.

Les douleurs ne sont plus à l'origine des abandons, mais nous sommes de plus en plus confrontés à des situations difficiles où les mamans sortent sans que l'allaitement ne soit « complètement » mis en place : utilisation de bout de sein, supplémentation du nouveau-né en cas d'insuffisance de lait...

L'instauration, en février 2007, d'une consultation d'allaitement dans les 15 jours qui suivent la sortie, permet de revoir ces mères en difficulté et de poursuivre notre accompagnement, parfois pendant plusieurs semaines.

L'intérêt de la proximité mère-bébé induisant une cohabitation 24h/24 a bien été compris par l'équipe. La plupart des enfants passent dorénavant la nuit auprès de leur maman, même lorsqu'elle a été césarisée. Les enfants sont installés en nursery uniquement à la demande de la maman.

Le peau à peau est de plus en plus utilisé :

- pour réchauffer les enfants quand ils ont froid,
- pour les rassurer lors d'un éventuel sevrage,
- pour les soulager en cas de douleur (ventouse, forceps,...),
- pour les stimuler (odorat, ...) quand ils sont nés avant terme,
- pour favoriser l'instauration du lien mère-enfant.

L'utilisation depuis avril 2007 de relevés statistiques sur l'allaitement pour chaque couple mère-enfant hospitalisé dans le service met en évidence 2 nouvelles pistes de travail :

- 11 % des nouveau-nés allaités ont perdu plus de 10 % de leur poids de naissance.
Ce constat fait l'objet du travail de recherche d'une collègue en cours de formation pour l'obtention du diplôme de consultante en lactation.
- 18 % des enfants allaités ont reçu des compléments de lait artificiel, 7 % sans indication médicale.

La mise en place, depuis février 2007, de « topos » mensuels, réunissant les différents membres de l'équipe, sur des sujets pratiques a permis d'harmoniser nos réponses face aux difficultés rencontrées.

De nouvelles réunions portant sur l'étude de cas cliniques, recensés dans le service, devraient prochainement avoir lieu pour que nous puissions tous ensemble revoir certaines de nos pratiques qui peuvent nuire à l'instauration de l'allaitement.

Diverses actions ont été mises en place ces 2 dernières années mais il manque indéniablement un projet de service. Celui-ci permettrait à l'équipe de se rassembler autour d'un même objectif visant à améliorer la qualité des soins aux mères et aux nourrissons tout en développant la relation d'aide, indispensable à un accompagnement de qualité.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- LABARERE J, DALLA-LANA C, SCHELSTRAETE C, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et de Chambéry. *Arch Pédiatr*, 2001, 8, 807-15.
- 2- EGO A, DUBOIS JP, DJAVAZADEH-AMINI M, et al. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Arch Pédiatr*, 2003, 10, p.11-18.
- 3- LANDAIS Mariella. Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur. *Les dossiers de l'obstétrique*, Juillet 2005, n°340, p.12-14
- 4- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie. Recommandations pour la pratique clinique, Mai 2002.
- 5- RAZUREL Chantal. Les représentations de l'allaitement dans la relation patientes/sages-femmes. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, n°72, p.121-144.
- 6- PILLIOT Marc. Allaitement en maternité : Les clefs pour réussir. Accompagner la naissance, accompagner l'allaitement. Journée régionale pour l'allaitement 2005-2006, Rouen, 19 mai 2005, COFAM, p.43-54.
- 7-Haute Autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel. Processus-Évaluation. Juin 2006.