

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

## **FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

Année 2012

N°

Thèse

pour le

**DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat

Par

**Aude LECOEVRE épouse METIVIER**  
Née le 2 Novembre 1981 à Sèvres

**Présentée et soutenue publiquement le 18 Septembre 2012**

### **TITRE**

**CONTENU D'UNE CONSULTATION DEDIEE A L'ALLAITEMENT MATERNEL  
DANS LES QUINZE PREMIERS JOURS DU POST-PARTUM**

### **Jury**

**Président de Jury : Mademoiselle le Professeur Chantal MAURAGE**

**Membres du jury : Madame le Docteur Sandra BIGOT  
Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE  
Monsieur le Professeur Franck PERROTIN  
Monsieur le Docteur Jean ROBERT**

## RESUME

Les objectifs de l'étude étaient d'identifier les modalités d'une consultation de soutien à l'allaitement maternel entre J8 et J15 post-partum et de proposer une trame de consultation type utilisable par les professionnels de santé concernés.

**Matériel et méthodes** - Une enquête descriptive transversale a été menée à l'aide d'un questionnaire d'opinion, envoyé à 100 professionnels de santé d'Indre et Loire concernés par le suivi des femmes et de leurs enfants en post-partum.

**Résultats** - Les objectifs principaux pour cette consultation étaient de renforcer la confiance de la mère en sa capacité à allaiter, apporter les informations nécessaires au prolongement d'un allaitement exclusif, aider à la relance de la lactation en cas de baisse de lait.

La question sur le vécu de la mère depuis son retour à domicile est la plus importante. Elle paraît centrale et permet d'ouvrir sur les autres questions d'aspect plus pratique en fonction des problèmes rencontrés par la mère : mise en route de l'allaitement à la maternité, rythme des tétées et évolution du poids du nourrisson depuis la naissance.

Cette consultation devait être systématique pour 50 % des professionnels. Une formation supplémentaire pour assurer cette consultation était nécessaire pour 50% d'entre eux.

**Conclusion** - La consultation de soutien à l'allaitement maternel est vue comme un espace d'échange personnalisé permettant d'apporter des informations éclairées pour prolonger l'allaitement et aider les mères à mener leur projet d'allaitement comme elles l'entendent. Une formation adéquate des professionnels pour le suivi des femmes allaitantes est nécessaire. L'intérêt de constituer des réseaux de soutien est souligné.

Mots clés :

- Allaitement maternel
- Consultation dédiée
- Post-partum
- Professionnels de santé

**TITLE : CONTENTS OF A CONSULTATION  
DEDICATED TO THE BREASTFEEDING  
IN THE FIRST FIFTEEN DAYS POST-PARTUM.**

**Summary**

The objectives of the study were to identify the modalities of a consultation to support breastfeeding between the 8<sup>th</sup> and the 15<sup>th</sup> postpartum days and to provide a consultation schema which can be used by healthcare professionals who may be concerned.

**Methods** - A cross-sectional descriptive survey was led using a questionnaire of opinion, sent to 100 health professionals of Indre et Loire department; it dealt with the follow-up of the women and their children in post-partum.

**Results** - The main objectives for this consultation were to encourage mothers' confidence in their ability to breastfeed, to bring the necessary information for the extension of exclusive breastfeeding, to help the revival of lactation in case of milk drop.

The question on the mothers' real-life experience since her coming back home is the most important. It seems central and allows to develop further practical questions according to the problems that mothers may encounter : The beginning of breastfeeding in maternity, the rhythm of sucking and the infant's weight evolution since birth. This consultation should be systematic for 50% of the professionals. An additional training to ensure this consultation was required by 50% of them.

**Conclusion** - The consultation to support breastfeeding is seen as an area of personalized exchange which will allow to bring information to extend breastfeeding and help mothers to complete their project of breastfeeding as they wish. A suitable training of professionals for the follow-up of the lactating women is necessary. The importance of building networks of support is underlined.

Keywords:   - Breastfeeding  
                  - Dedicated Consultation  
                  - Post-partum  
                  - Healthcare Professionals

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Dominique PERROTIN**

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC  
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN  
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD  
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE  
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM. HUAS Dominique Médecine Générale  
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale  
MALLET Donatien Soins palliatifs  
POTIER Alain Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ARBEILLE Brigitte Biologie cellulaire  
M. BARON Christophe Immunologie  
Mme BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire  
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication  
Mme BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle Biologie cellulaire  
M BOISSINOT Eric Physiologie  
MM. BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CORTESE Samuele Pédiopsychiatrie  
Mmes DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire  
EDER Véronique Biophysique et Médecine nucléaire  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques  
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière  
M. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication  
Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie  
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction  
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion  
M. HOARAU Cyrille Immunologie  
M. HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire

Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

### **CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM**

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

*A Mademoiselle Chantal Maurage, Professeur de Pédiatrie.*

*Nous connaissons l'intérêt que vous portez à l'allaitement maternel.*

*Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter de présider notre jury de thèse.*

*Veillez trouver ici l'assurance de notre profond respect.*

*A Monsieur Alain Chantepie, Professeur de Pédiatrie.*

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de notre jury.*

*Veillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude.*

*A Monsieur Franck Perrotin, Professeur de Gynécologie-Obstétrique.*

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de faire partie de notre jury.*

*Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.*

*A Madame Sandra Bigot, Docteur en Pédiatrie.*

*Vous avez codirigé cette thèse.*

*Nous vous remercions vivement pour votre soutien, et vos conseils éclairés.*

*Soyez assurée de toute notre gratitude.*

*A Monsieur Jean Robert, Docteur en Médecine Générale.*

*Vous avez guidé ce travail de vos conseils éclairés et vos critiques pertinentes.*

*Nous vous remercions pour votre disponibilité, pour votre compréhension et*

*pour les enseignements que vous nous avez prodigué durant nos études.*

*A Alexis et Quentin, vous illuminez ma vie chaque jour.*

*A Benoît, sans qui rien n'aurait été possible, avec tout mon amour.*

*A mes parents, pour votre soutien inébranlable.*

*A Gaëlle et Floriane, pour la confiance que vous m'accordez chaque jour.*

*A Papy et Mamy, merci d'avoir été toujours là pour moi.*

*A Thérèse et Daniel, pour votre soutien durant ces années d'études.*

*A ma belle-famille, pour vos encouragements.*

*A Raffaella, pour ton aide.*

*A mes amis.*

*A tous les professionnels ayant participé à cette étude, merci pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos encouragements.*

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# Table des matières

<b>I INTRODUCTION</b>	<b>17</b>
1. GENERALITES .....	17
2. ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTE .....	17
3. DIFFICULTES DES PROFESSIONNELS DANS LES SUIVIS D'ALLAITEMENT	18
4. CONSULTATION DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL .....	18
5. LA QUESTION DE NOTRE ETUDE.....	19
<b>II MATERIEL ET METHODES</b>	<b>20</b>
1. LES QUESTIONNAIRES ( <i>annexe 1</i> ) .....	20
2. CONSTITUTION DES ECHANTILLONS.....	20
3. RECUEIL DES DONNEES .....	21
4. METHODE D'EVALUATION .....	21
5. REVUE DE LA LITTERATURE.....	22
<b>III RESULTATS</b>	<b>23</b>
1. POPULATION ETUDIEE.....	23
1.1. Sexe des professionnels.....	23
1.2. Zone d'exercice .....	23
1.3. Age des professionnels.....	24
1.4. Formation spécifique de l'allaitement maternel.....	24
1.5. Suivis d'allaitement .....	25
2. CONTENU DE LA CONSULTATION DEDIEE A L'ALLAITEMENT MATERNEL .....	26
2.1. Questions à aborder lors de la consultation dédiée à l'allaitement.....	26
2.2. Objectifs de la consultation.....	28
2.3. Coordonnées de correspondants .....	29
2.4. Consultation de suivi à distance en cas de problème avec l'allaitement.....	30
2.5. Outils d'aide à la consultation .....	31
2.6. Besoin de formation.....	31
	15

2.7. Consultation systématique ? .....	32
2.8. Temps de consultation.....	34
2.9. Nombre de questions et d'objectifs abordés lors de la consultation .....	34

## **IV DISCUSSION** **36**

1. LIMITES DE L'ETUDE : .....	36
1.1 Validité interne .....	36
1.2 Validité externe.....	37
2. INTERET DE CETTE CONSULTATION.....	38
2.1. Initiation de l'allaitement à la maternité et éducation des patientes : temps essentiel.. .....	38
2.2. Intérêt de la consultation dédiée à l'allaitement .....	40
3. EXPERIENCES ET BESOINS DES PROFESSIONNELS POUR LE SUIVI DES FEMMES ALLAITANTES : .....	42
3.1. Suivi des femmes allaitantes .....	42
3.2. Pratique de consultations dédiées .....	43
3.3. Formation des professionnels sur l'allaitement .....	43
4. CONTENU DE LA CONSULTATION .....	44
4.1. Questions à aborder .....	44
4.2 Travail en réseau .....	46
4.3 Consultation de soutien d'allaitement : espace d'échange éclairé .....	47
5. FAISABILITE/ EFFICACITE D'UNE TELLE CONSULTATION: .....	48
5.1. Temps de consultation prévue et nombre de questions abordées .....	48
5.2. Qui cibler, quand la proposer ?.....	48
5.3. Quelles modalités ?.....	50
6. PROPOSITION D'UNE FICHE TRAME DE CONSULTATION.....	50

## **V CONCLUSION** **52**

## **VI BIBLIOGRAPHIE** **53**

## **VII ANNEXES** **57**

Annexe 1 Questionnaire.....	58
Annexe 2 Lettre d'accompagnement.....	60
Annexe 3 Lettre de relance.....	61

# **I INTRODUCTION**

## **1. GENERALITES**

L'allaitement satisfait à lui seul les besoins du nourrisson pendant les 6 premiers mois de vie, et a des effets bénéfiques à court et long terme sur la santé de l'enfant et de sa mère (1).

Malgré une augmentation récente, la prévalence et la durée de l'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe : le taux d'initiation en maternité était de 62,6% en 2003 et la durée médiane de l'ordre de 10 semaines avec de fortes disparités régionales (1) (2) (3).

De plus, les taux d'initiation et la durée d'allaitement masquent une partie de la réalité : Les mères ont en effet un « projet » d'allaitement d'une durée plus ou moins longue. Selon les études, les mères arrêtent précocement d'allaiter au cours du premier mois dans 18 à 30% des cas (4) (5) (6). Les arrêts à cette période sont rarement volontaires et peuvent être considérés comme des échecs de l'allaitement (le manque de lait étant la première raison invoquée). Dans cette période où la mère est psychologiquement fragile et où le lien mère-enfant se tisse, un échec d'allaitement peut avoir d'importantes conséquences et marquer la mère durablement (3) (7).

## **2. ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

De nombreuses études montrent que le soutien par les professionnels de santé des mères qui allaitent est efficace pour allonger la durée d'allaitement (1) (2) (8) (9) (10) (11) (12).

Dans l'étude de Su LL réalisée auprès de 450 mères, le taux d'allaitement exclusif à 6 mois était 2 fois plus élevé chez les femmes qui avaient bénéficié d'un accompagnement 15 jours après l'accouchement par un professionnel de santé à l'aide d'un guide sur l'allaitement (8). En France, la consultation systématique de soutien à l'allaitement dans les deux semaines après la naissance auprès de 226 mères a permis de diminuer la fréquence des difficultés rencontrées par les mères et de prolonger la durée d'allaitement de plusieurs semaines (9).

Par ailleurs, une enquête BVA de décembre 2009 montre que les femmes vivant en France souhaitent plus d'accompagnement pendant l'allaitement (2).

Un soutien considéré comme faible par les mères est d'ailleurs associé à un taux élevé d'arrêt de l'allaitement avant trois mois tandis que les mères qui reçoivent des informations répétées et appropriées allaitent plus longtemps (10).

Ainsi, une revue récente de la littérature publiée entre janvier 1990 et mai 2007 (13) a analysé les attentes des mères vis-à-vis des professionnels de santé en matière de soutien à l'allaitement maternel. Les mères ont déclaré que les professionnels de santé ayant un comportement relationnel adapté étaient ceux qui les encourageaient et les rassuraient sans les juger et qui avaient une attitude empathique, patiente et compréhensive. L'aide qualifiée reposait, non pas sur des conseils provenant d'une personne particulièrement experte en matière d'allaitement, mais plutôt sur la délivrance d'une information personnalisée, dans une atmosphère détendue et confiante. Les mères ont également déclaré qu'elles souhaitaient recevoir des conseils issus de l'expérience quotidienne plutôt que des livres et que l'on dialogue avec elles en cherchant à identifier leurs besoins, en utilisant leur langage et en les aidant à trouver par elles-mêmes les solutions les plus appropriées.

### 3. DIFFICULTES DES PROFESSIONNELS DANS LES SUIVIS D'ALLAITEMENT

Parallèlement aux souhaits des mères, plusieurs études montrent des difficultés des professionnels de santé dans les suivis. Il est notamment décrit des:

- Difficultés de communication entre les mères allaitantes et les praticiens durant des visites préventives de routine concernant l'allaitement, rapportant des différences de perception quant aux informations échangées (14),
- Manque de pratique et de confiance des professionnels en leurs compétences à soutenir l'allaitement maternel (15) (16),
- Manque de temps durant les consultations préventives pour aborder les problèmes liés à l'allaitement (15),
- Manque de formation au sujet de l'allaitement (16) (17) (18) (19).

### 4. CONSULTATION DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL

En 2008, le comité de pilotage du Programme National Nutrition Santé (PNNS 2006-2010) et le comité national de santé publique ont validé le lancement d'un chantier consacré à l'allaitement. En 2010, un rapport a été remis par un groupe de travail mis en place par le directeur général de la santé, et présidé par le Professeur Dominique Turck.

Pour pallier au manque de soutien réel ou ressenti par les mères de retour à domicile, il préconise de mettre en place, « entre J 8 et J 15, une consultation par un professionnel de santé formé, remboursée à 100%, destinée à l'évaluation de l'allaitement chaque fois que cela

paraît souhaitable, idéalement de manière systématique pour toute femme allaitante, avec la création d'une nomenclature spéciale pour ce type de consultation ».

Ce rapport s'appuie notamment sur des études montrant que la mise en place de ce type de consultation permet un allongement significatif de la durée d'allaitement (1) (8) (9).

## **5. LA QUESTION DE NOTRE ETUDE**

Le rapport de Turck ne précise en rien les modalités de cette consultation. Seraient concernés : sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI, puéricultrices. Or chacune de ces professions a des spécificités et des contraintes qui pourraient modifier le contenu d'une consultation de suivi d'allaitement...

En se basant sur quelques référentiels existants qui explorent le contenu de consultation d'allaitement (20) (21) (22), il nous a paru important de consulter directement les professionnels de santé concernés et de recueillir leurs avis sur ce que peuvent être les modalités de cette consultation.

La question de notre étude qui en découle est donc : Quel peut être le contenu d'une consultation entre J8 et J15 post-partum dédiée au suivi des femmes allaitantes ? Nos objectifs sont ainsi d'identifier les modalités d'une consultation de soutien à l'allaitement maternel entre J8 et J15 ; et de proposer une trame de consultation type utilisable par chaque catégorie de professionnels.

## **II MATERIEL ET METHODES**

Compte tenu de la question d'étude ainsi que des objectifs nous avons choisi d'utiliser une méthode quantitative afin de permettre une analyse statistique des réponses données pour l'élaboration du contenu d'une consultation de soutien à l'allaitement.

Il s'agit une enquête descriptive transversale, menée à l'aide d'un questionnaire d'opinion, envoyé aux professionnels de santé d'Indre et Loire concernés par le suivi des femmes et de leurs enfants en post-partum.

### **1. LES QUESTIONNAIRES (annexe 1)**

Les questionnaires ont été élaborés de manière à être faciles et rapides à remplir. Pour avoir un maximum de réponses il nous semblait essentiel qu'ils soient le plus concis possible. Ces questionnaires sont à questions fermées ou à choix multiples et se terminent par une question ainsi qu'une rubrique d' « opinion personnelle » laissant la place à des réponses plus ouvertes ouvrant la discussion.

### **2. CONSTITUTION DES ECHANTILLONS**

Nous avons choisi d'interroger les professionnels d'Indre et Loire pour sa densité en professionnels de santé, comparée à celle des autres départements de la région Centre proches de notre lieu de résidence.

Nous avons inclus les professionnels de santé concernés par le suivi des femmes et de leurs enfants en post-partum : sages-femmes libérales, puéricultrices de PMI, pédiatres libéraux et de PMI ainsi que les médecins généralistes libéraux.

Ont été exclus les pédiatres, sages-femmes et puéricultrices hospitalières pour la trop grande hétérogénéité de pratique et de suivi post-partum.

L'échantillon a été constitué de manière aléatoire par tirage au sort sur une liste de l'ensemble de ces professionnels établie :

- pour les professionnels libéraux : à l'aide des Pages Jaunes (après vérification sur le site internet de l'ordre des médecins et des sages-femmes que ces professionnels étaient toujours en activité) ;
- pour les personnels de PMI : à l'aide de la liste des professionnels de PMI d'Indre Loire en exercice en 2011 éditée par le Conseil Général d'Indre et Loire.

Au total : 81 médecins généralistes (sur 473), 6 pédiatres libéraux (sur 33), 2 pédiatres de PMI (sur 15), 5 sages-femmes libérales (sur 26) et 6 puéricultrices de PMI (sur 32) ont été interrogés.

### 3. RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données s'est déroulé entre les mois de septembre 2011 et janvier 2012. La population étudiée a en effet été sollicitée par courrier fin septembre 2011, chaque questionnaire étant accompagné d'une lettre explicative (*annexe 2*) et d'une enveloppe pré-timbrée pour la réponse.

Le questionnaire était anonyme. Pour identifier les professionnels ayant répondu, chaque questionnaire envoyé était numéroté de 0 à 100. Chaque numéro correspondait à un des professionnels sélectionnés.

Un mois plus tard, nous avons commencé à relancer par téléphone ceux qui n'avaient pas répondu. Nous n'avons alors que 53 questionnaires sur 100. Les puéricultrices, les pédiatres et les sages-femmes ont tous répondu. Cinq généralistes ayant perdu ou n'ayant pas reçu le questionnaire, un deuxième exemplaire leur a été renvoyé par fax, courrier ou mail. Un questionnaire rempli par un des médecins n'ayant pas été reçu, celui-ci a gentiment rempli à nouveau ce questionnaire. Plusieurs médecins (souvent par l'intermédiaire de leur secrétariat) ont été relancés jusqu'à 3 fois par téléphone ou par une lettre de relance pour ceux possédant un fax (*annexe 3*).

Lors de la relance téléphonique plusieurs médecins généralistes ont expliqué leur absence de participation par leur retraite prochaine, leur absence d'activité en rapport avec l'allaitement ou par leur manque de disponibilité.

### 4. METHODE D'EVALUATION

Dans un premier temps nous avons effectué le codage de chaque question pour chaque questionnaire, puis saisi les résultats sur Excel ainsi qu'avec le logiciel de statistique SPSS : les données étaient ainsi résumées dans des tableaux.

Nous avons ensuite analysé les différentes variables : nous avons ainsi effectué une analyse descriptive pour chaque question. Nous avons utilisé pour certaines questions, lorsqu'il était applicable, le test du Khi-deux de Pearson. Lorsque les conditions requises n'étaient pas remplies, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Nous avons choisi un seuil de signification avec  $p < 0,05$ .

## 5. REVUE DE LA LITTERATURE

Notre recherche a débuté par une lecture du site internet de la Leche League France, dont le fond documentaire concernant l'allaitement maternel est vaste (39). Ce site faisait alors mention dans la rubrique actualités de l'édition récente du rapport d'un groupe de travail sur la promotion de l'allaitement maternel en France (2), ainsi que de sites internet pertinents du CERDAM (Centre Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel) (40) et de la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) (41). Nous avons également consulté les thèses disponibles à la faculté de Tours sur le thème de l'allaitement maternel.

Se basant sur ces lectures préalables et sur notre expérience personnelle en matière d'allaitement, nous avons débuté une réflexion sur les difficultés du suivi des femmes allaitantes en tant que professionnel de santé. Nos recherches se sont alors concentrées sur les suivis d'allaitement.

Nous avons dès lors utilisé les bases de données Pubmed ainsi que celle de Science-Direct, francophone.

Nos mots-clés étaient :

- pour Pubmed : breastfeeding, professional support, clinicians , duration et systematic review
- pour Science Direct : allaitement, suivi, durée

Nos objectifs de recherche étaient multiples :

- Comprendre les attentes des mères vis-à-vis des professionnels de santé en matière de soutien à l'allaitement maternel, ainsi que leurs difficultés.
- Analyser les mesures utiles et efficaces à mettre en œuvre par les professionnels pour soutenir les femmes allaitantes.

A l'issue de ces recherches, la consultation de suivi des femmes allaitantes durant le premier mois post-partum nous a paru être un bon angle d'étude ; nous avons alors étayé les connaissances existantes sur cette consultation.

### **III RESULTATS**

#### **1. POPULATION ETUDIEE**

Parmi les 82 questionnaires retournés, nous avons reçu 100% de réponses des pédiatres libéraux (6/6), des sages-femmes (5/5), des puéricultrices de PMI (6/6) et des médecins de PMI (2/2).

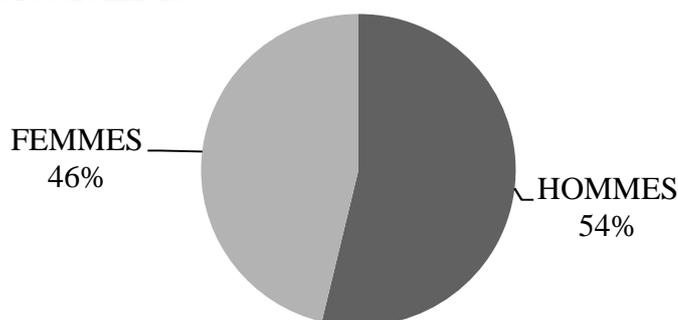
Concernant les médecins généralistes, la population cible était de 81 médecins ; seuls 63 d'entre eux ont retourné le questionnaire. Parmi ces 63 répondants, 2 questionnaires n'ont pas été remplis (les seules données étant qu'ils étaient 2 hommes de plus de 56 ans ne suivant pas de femmes allaitantes), un autre questionnaire a été partiellement rempli.

La population étudiée des médecins généralistes correspond de ce fait à ceux ayant effectivement répondu au questionnaire, c'est à dire 75% des médecins généralistes tirés au sort.

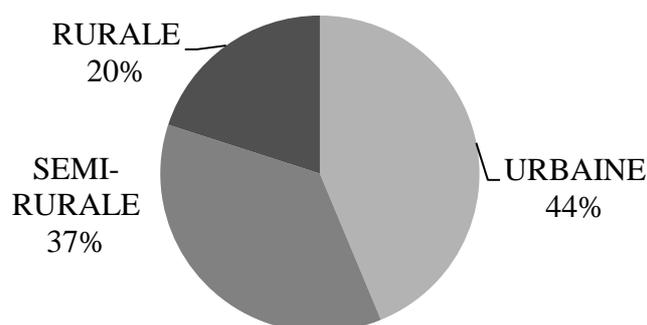
Parmi tous les professionnels d'Indre et Loire, l'ensemble des répondants représente 13% des généralistes, 13% des pédiatres de PMI, 18% des pédiatres libéraux, 19% des puéricultrices et 19% des sages-femmes. Ainsi, le panel de professionnels interrogés représente environ 17% des professionnels concernés par notre étude toute catégorie confondue.

Par convention, nous utiliserons l'abréviation NSP pour les questions restées sans réponse cochée.

##### **1.1. Sexe des professionnels**

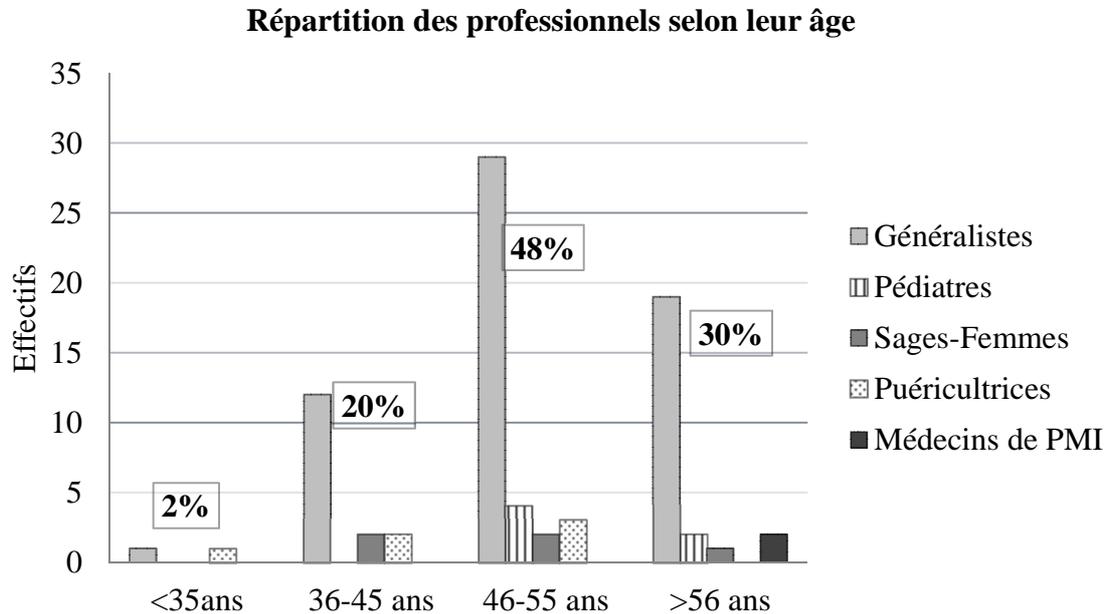


##### **1.2. Zone d'exercice**

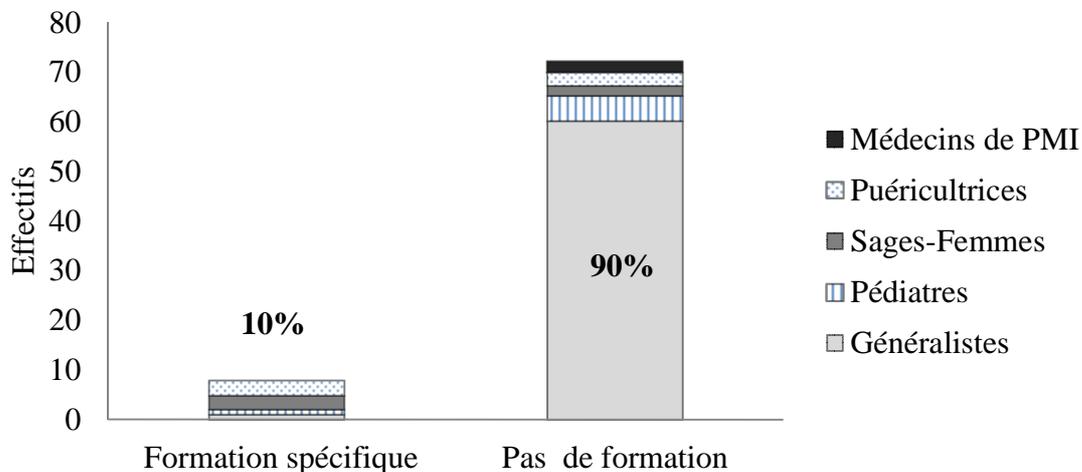


### 1.3. Age des professionnels

L'âge moyen des professionnels était de 51 ans (si l'on considère la catégorie <35 ans entre 26 et 35 ans; et la catégorie >56 ans entre 56 et 65 ans).



### 1.4. Formation spécifique de l'allaitement maternel



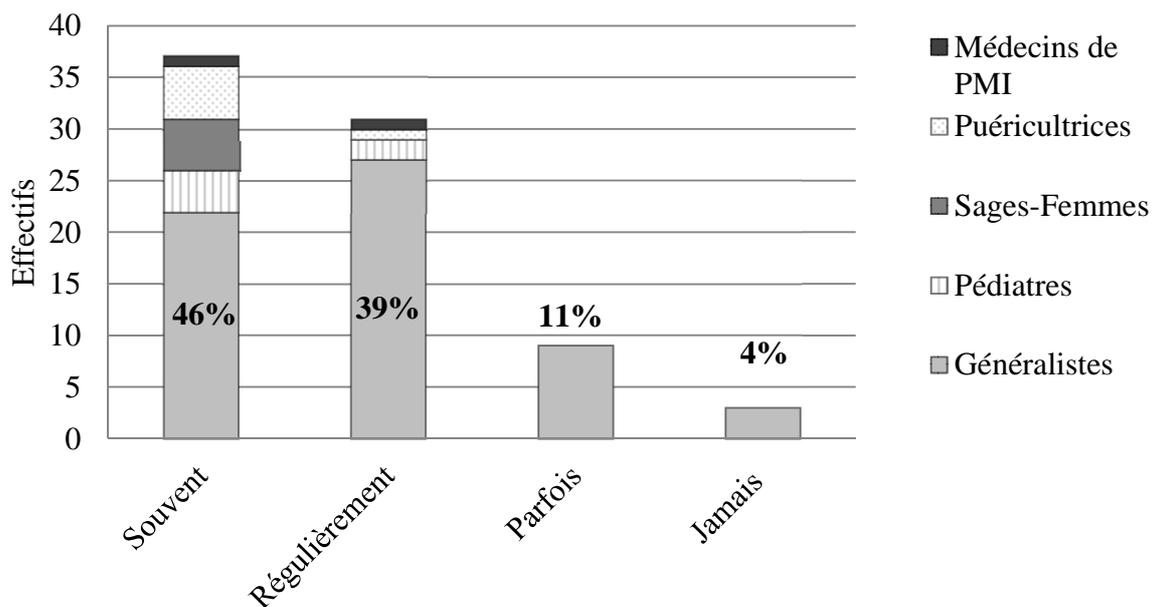
Parmi les praticiens ayant une formation spécifique : une des pédiatres était attachée au lactarium, une des sages-femmes était consultante en lactation certifiée IBCLC (International Board of Certified Lactation Consultant). Ce qui signifie qu'elle possédait une certification la rendant spécialiste de la lactation humaine, de la conduite de l'allaitement maternel et de la relation d'aide dans le suivi mère-enfant.

6 autres praticiens considéraient que c'est dans le cadre de leur formation initiale qu'ils ont reçu cet enseignement, ainsi que lors de leur formation continue pour 2 sages-femmes.

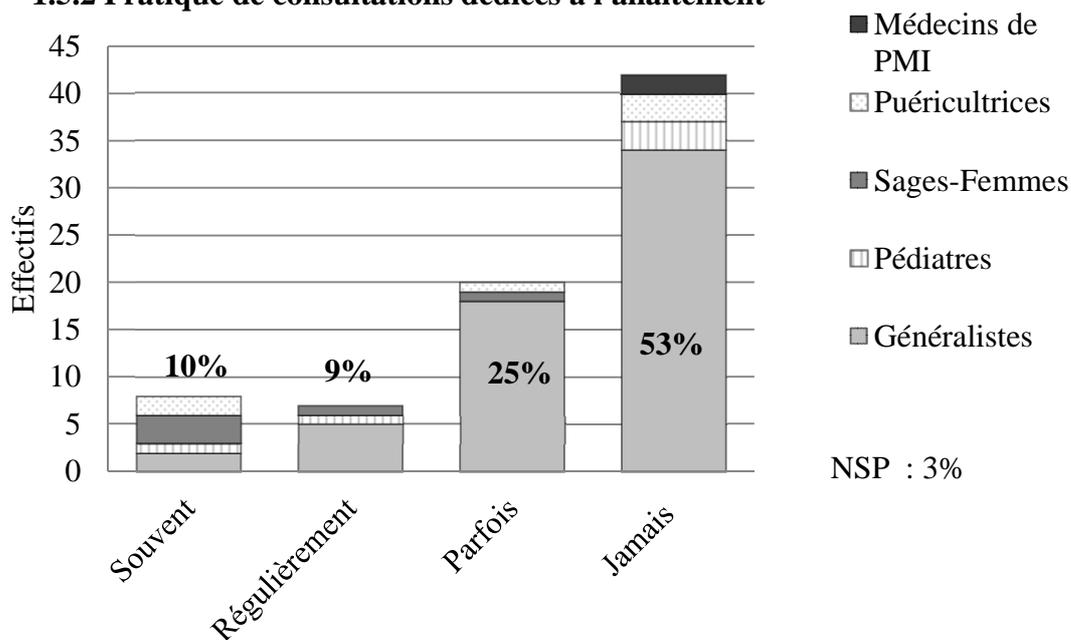
Une des sages-femmes ayant répondu qu'elle n'avait pas de formation spécifique en allaitement a néanmoins précisé qu'elle avait eu une journée de formation organisée par la COFAM (Coordination Française pour L'Allaitement Maternel). Une des généralistes n'ayant pas de formation spécifique a signalé tout de même son expérience personnelle d'allaitement de ses deux enfants.

## 1.5. Suivis d'allaitement

### 1.5.1 Suivi de femmes allaitantes



### 1.5.2 Pratique de consultations dédiées à l'allaitement



Une pédiatre et 2 généralistes n'ont pas répondu à la question sur la pratique de consultation dédiée à l'allaitement (NSP 3%) mais 2 d'entre elles ont précisé qu'elles pratiquaient des consultations « non dédiées exclusivement » à l'allaitement maternel.

Une autre pédiatre qui pratique souvent des consultations « orientées » à l'allaitement a précisé qu'elle « l'intégrait à son suivi habituel » et qu'elle trouvait « difficile d'y accorder le temps nécessaire optimal ».

Un médecin généraliste ne pratiquant jamais de consultation spécifique a précisé que l'allaitement est abordé systématiquement dans le cadre de consultations non dédiées à l'allaitement notamment dans la consultation du premier mois du nourrisson.

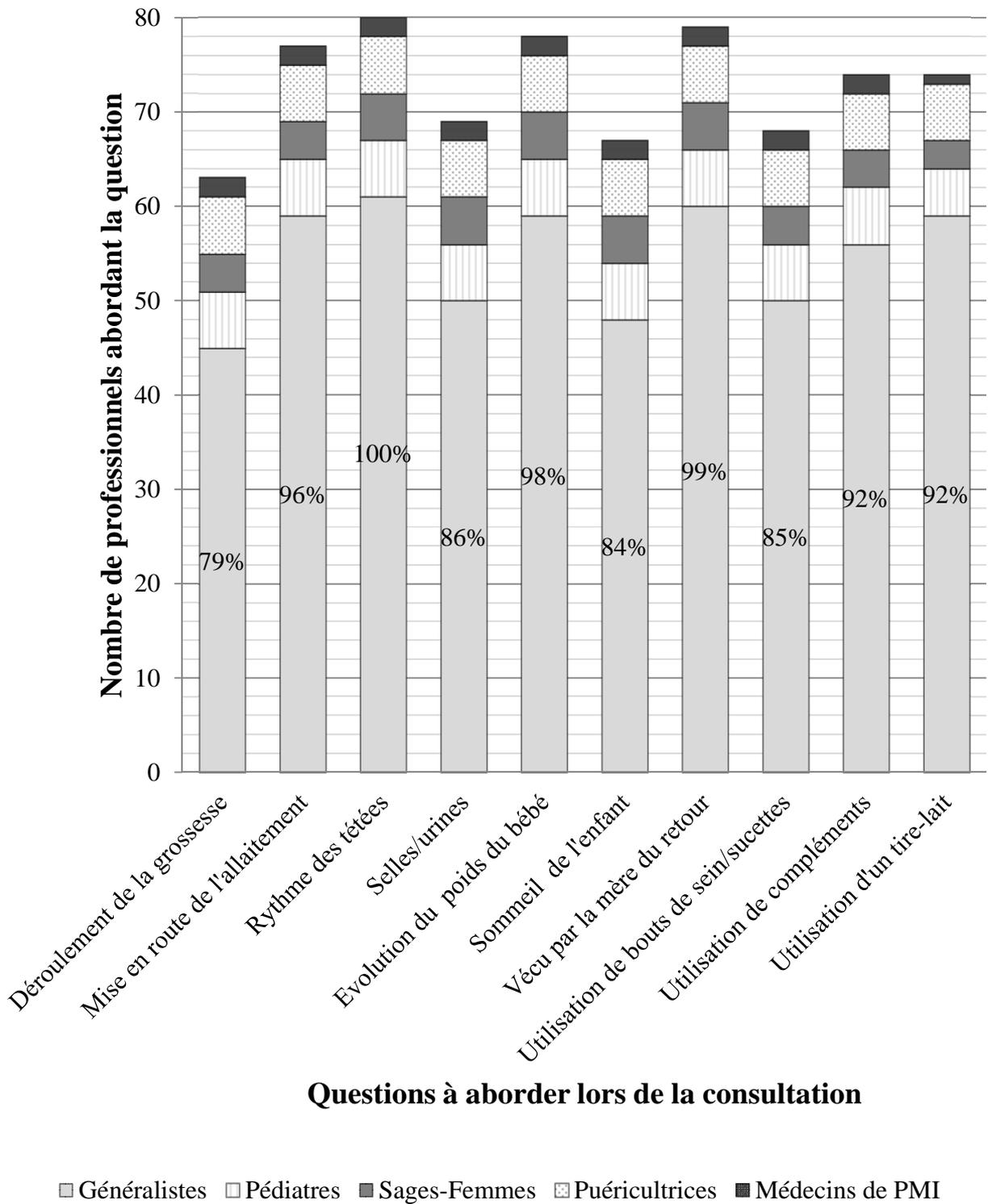
Enfin l'une des puéricultrices ne pratiquait pas de consultation dédiée à l'allaitement mais effectuait des consultations de soutien à domicile.

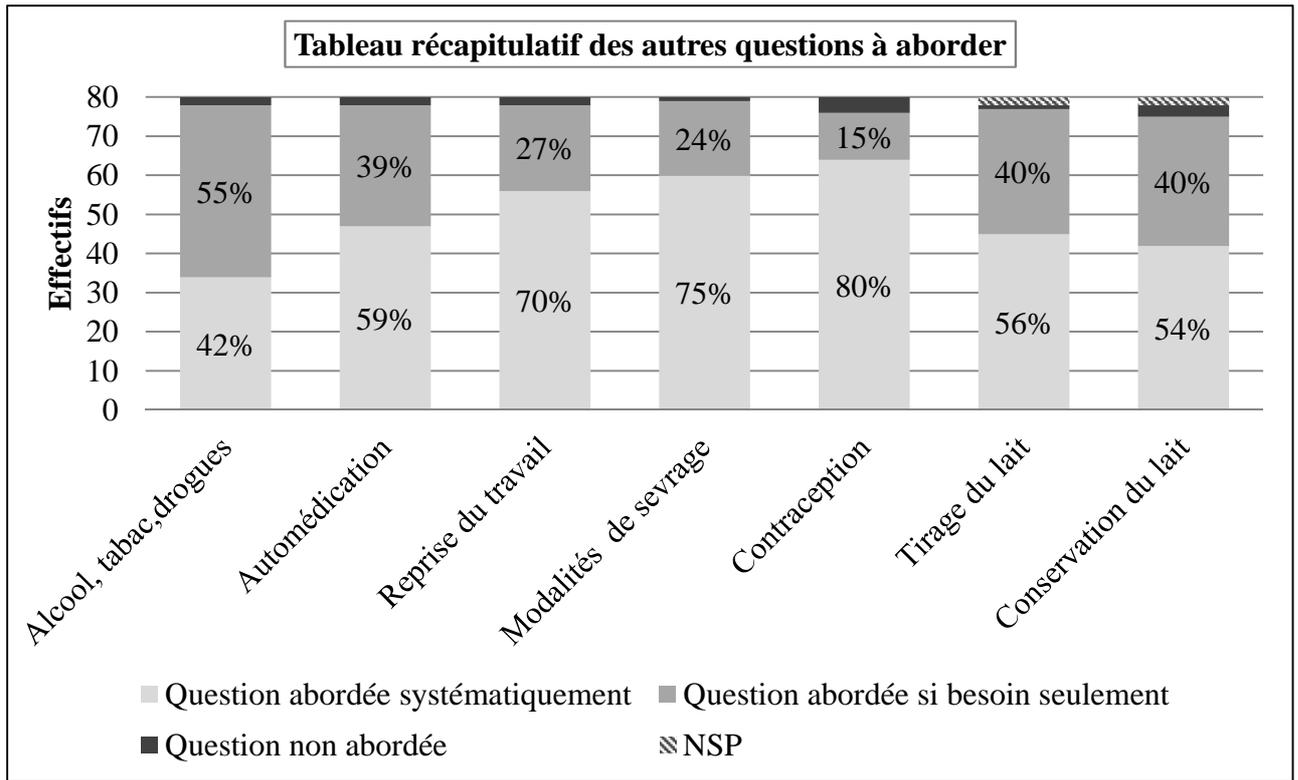
## **2. CONTENU DE LA CONSULTATION DEDIEE A L'ALLAITEMENT MATERNEL**

### **2.1. Questions à aborder lors de la consultation dédiée à l'allaitement**

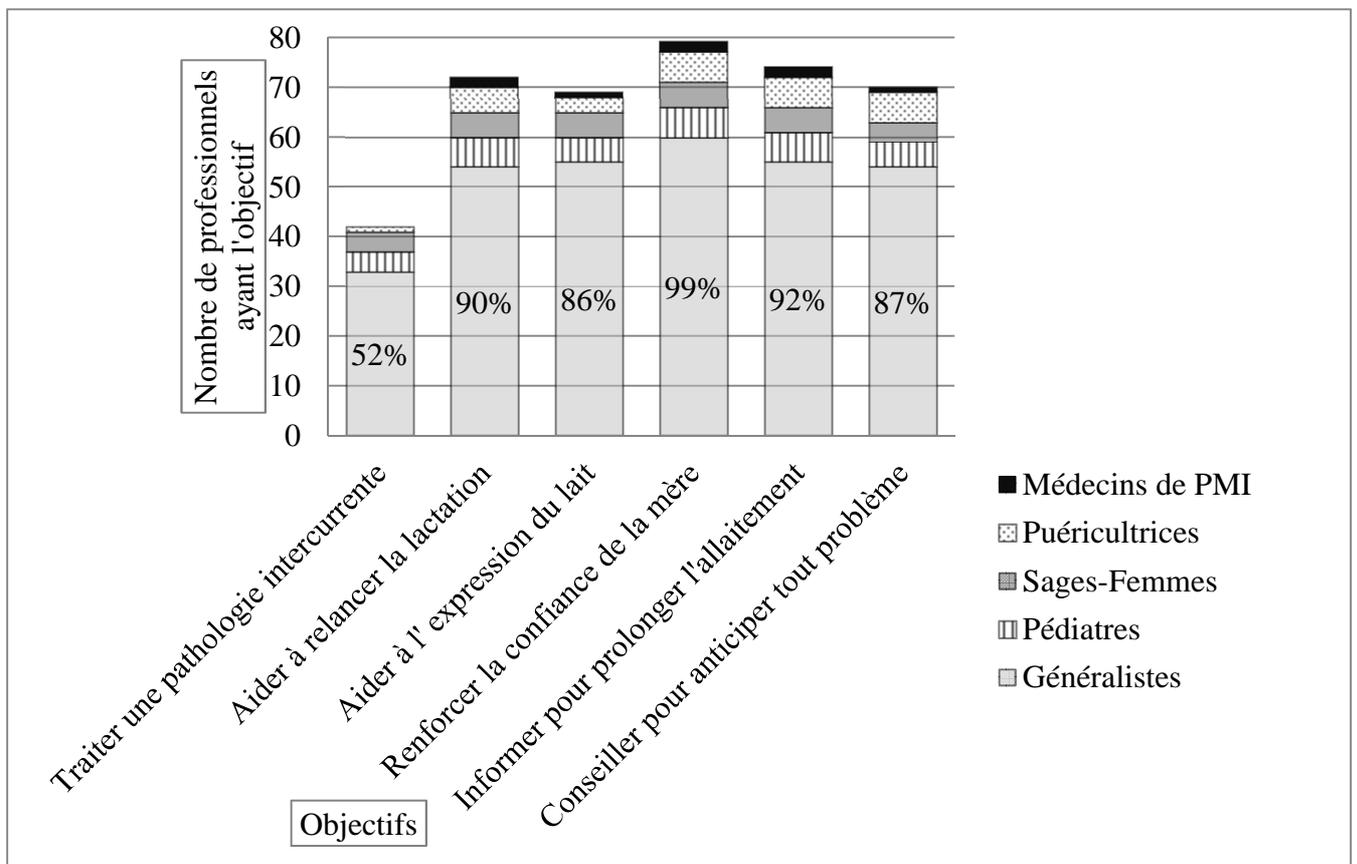
- Le vécu de la mère depuis son retour à domicile (fatigue, difficultés de sommeil, manque de confiance, culpabilité, existence de soutien dans l'entourage) serait abordé par 99% des professionnels (79/80). Parmi ceux-ci, un médecin généraliste a souligné qu'il s'agit d'une question majeure.
- 100% des professionnels aborderaient la question du rythme des tétées.
- A la question sur le déroulement de la grossesse et de la naissance de l'enfant, 5% (4/80) ne se sont pas prononcés.
- 2% (2/80) des professionnels ne se sont pas prononcés sur les questions de la mise en route de l'allaitement à la maternité, sur les selles et urines du bébé, sur l'évolution du poids du bébé depuis la naissance, sur le sommeil de l'enfant, ainsi que sur l'utilisation de bouts de sein ou de sucettes.
- 4% (3/80) ne se sont pas prononcés sur l'utilisation de compléments ou du tire-lait.

**Tableau récapitulatif des questions à aborder**



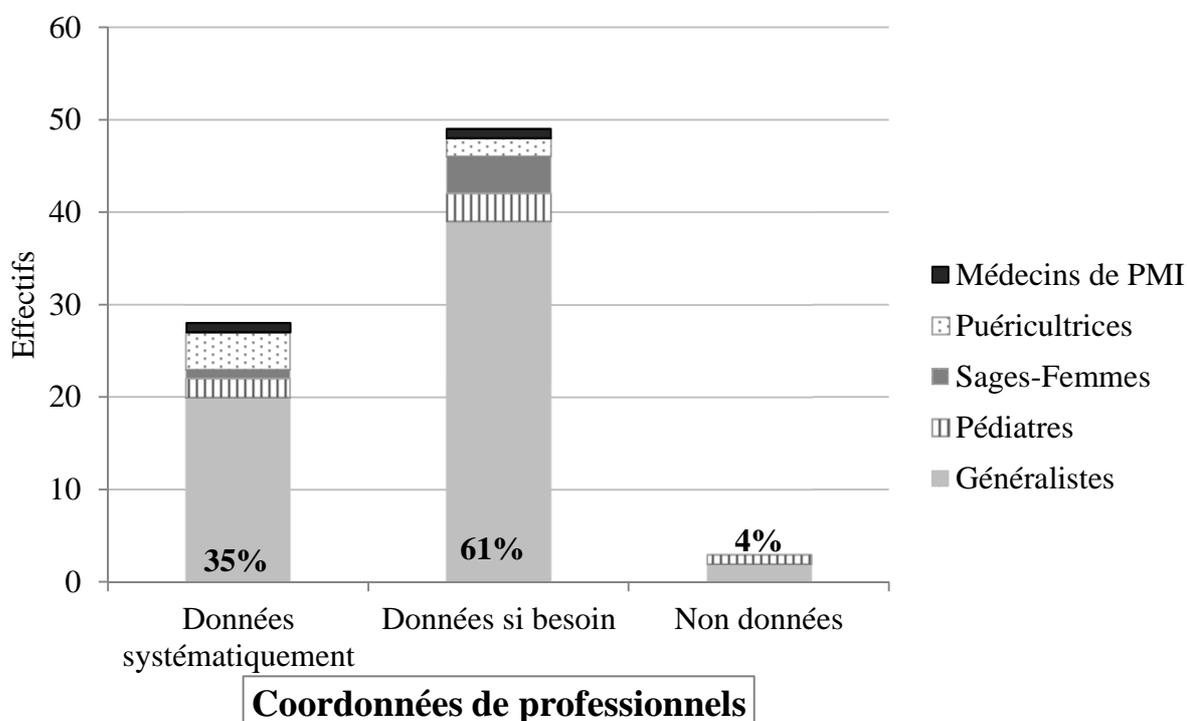


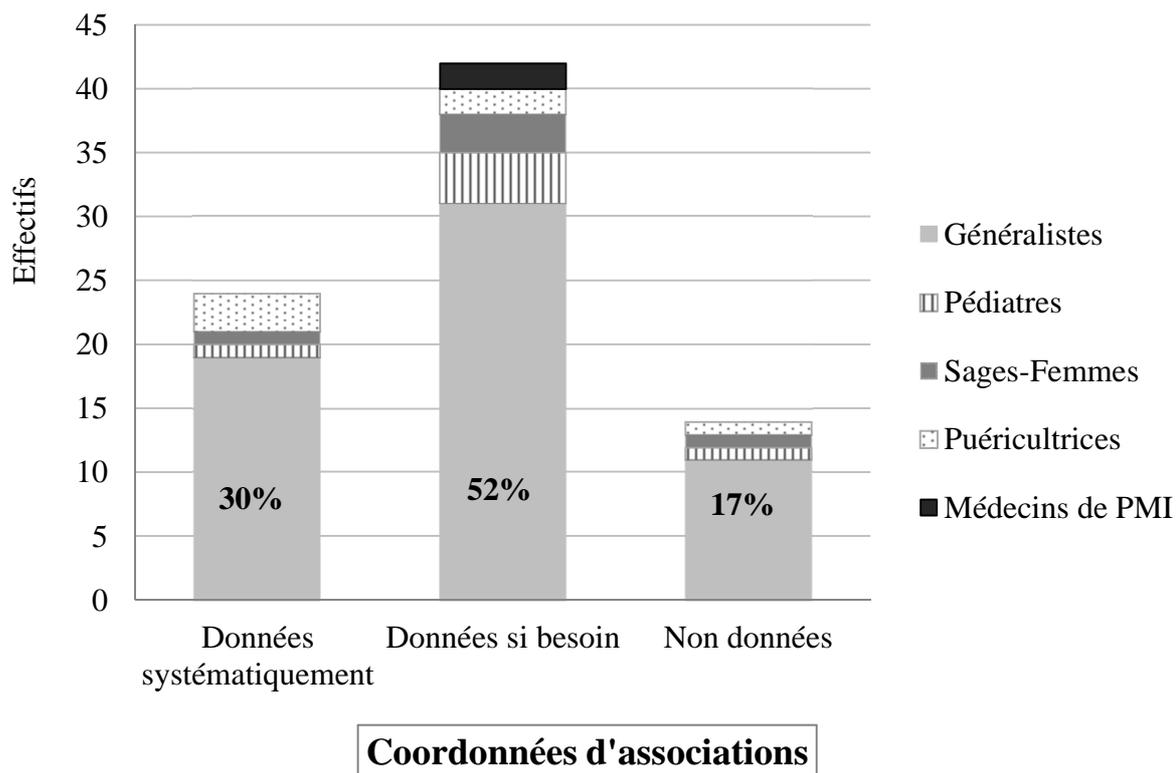
## 2.2. Objectifs de la consultation



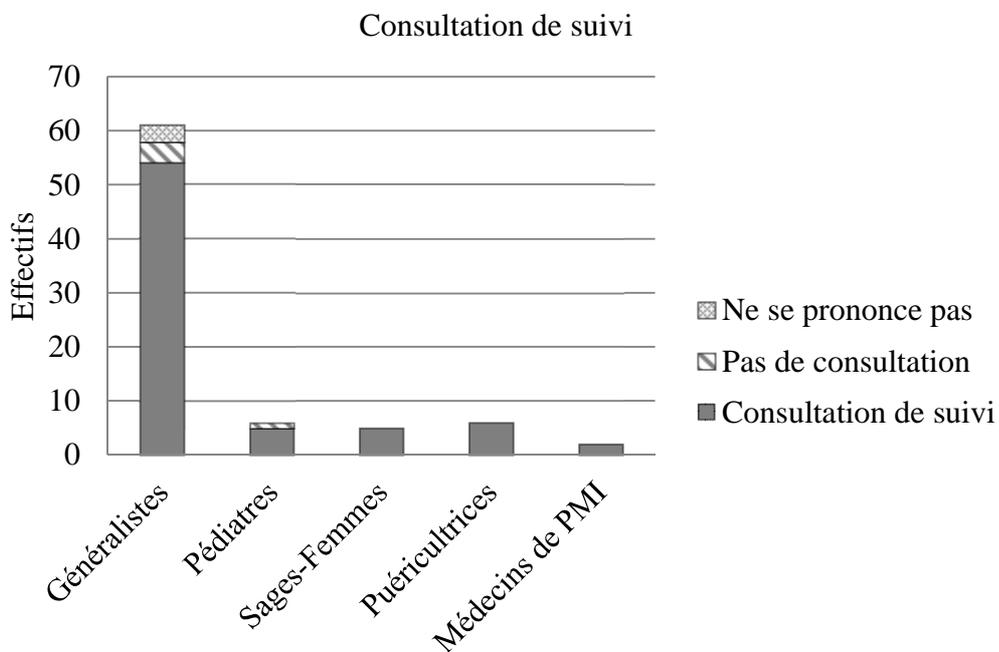
- 99% des professionnels auraient pour objectif durant la consultation de renforcer la confiance de la mère. En outre un médecin généraliste et une pédiatre estimaient que c'est l'objectif le plus important.
- Parmi ceux ayant pour objectif d'apporter des informations nécessaires au prolongement de l'allaitement exclusif, une pédiatre a précisé que c'est un objectif important, une généraliste que cela dépendait du temps restant à la consultation.
- 8% des professionnels n'ont pas répondu à la question sur le traitement d'une pathologie intercurrente. Parmi ceux-ci, 2 ont précisé qu'ils traiteraient une pathologie intercurrente de la mère ou de son enfant seulement si besoin.
- 4% des professionnels ne se sont pas prononcés sur l'objectif d'aide à la relance de la lactation.
- 6% ne se sont pas prononcés sur l'objectif d'aide à l'expression du lait en cas d'engorgement. Parmi ceux-ci un médecin généraliste a précisé qu'il n'a pas compris la question, un des pédiatres de PMI a noté la mention « plus ou moins ».
- 3% ne se sont pas prononcés sur les objectifs d'information pour prolonger l'allaitement et de conseil pour anticiper les problèmes d'allaitement.

### 2.3.Coordonnées de correspondants



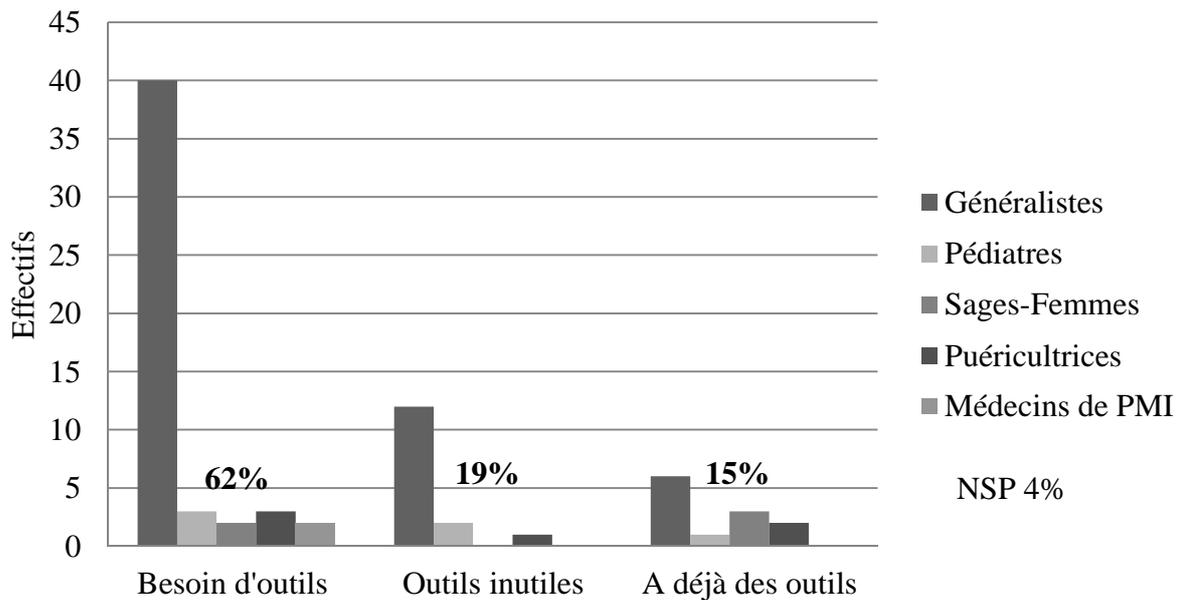


## 2.4.Consultation de suivi à distance en cas de problème avec l'allaitement



90% des professionnels proposeraient une consultation à distance en cas de problème avec l'allaitement. 4% ne se sont pas prononcés.

## 2.5. Outils d'aide à la consultation

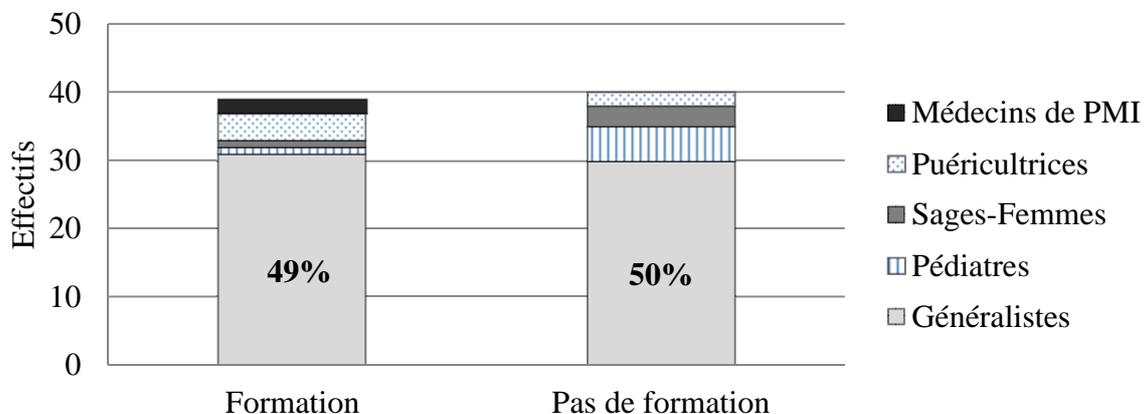


Les 3 professionnels ne se prononçant pas sur l'utilisation d'outils d'aide à la consultation étaient tous des médecins généralistes.

Parmi les 62% de professionnels (50/80) ayant besoin d'outils d'aide à la consultation :

- 80% (40/50) auraient besoin de fiches illustrées à visée pédagogique.
- 78% (38/50) auraient besoin de fiches type afin de suivre une trame préétablie pour la consultation.
- 46% (23/50) auraient besoin de brochures permettant de compléter les informations délivrées.
- 26% (13/50) auraient besoin de pré-questionnaires (à distribuer en salle d'attente par exemple).

## 2.6. Besoin de formation



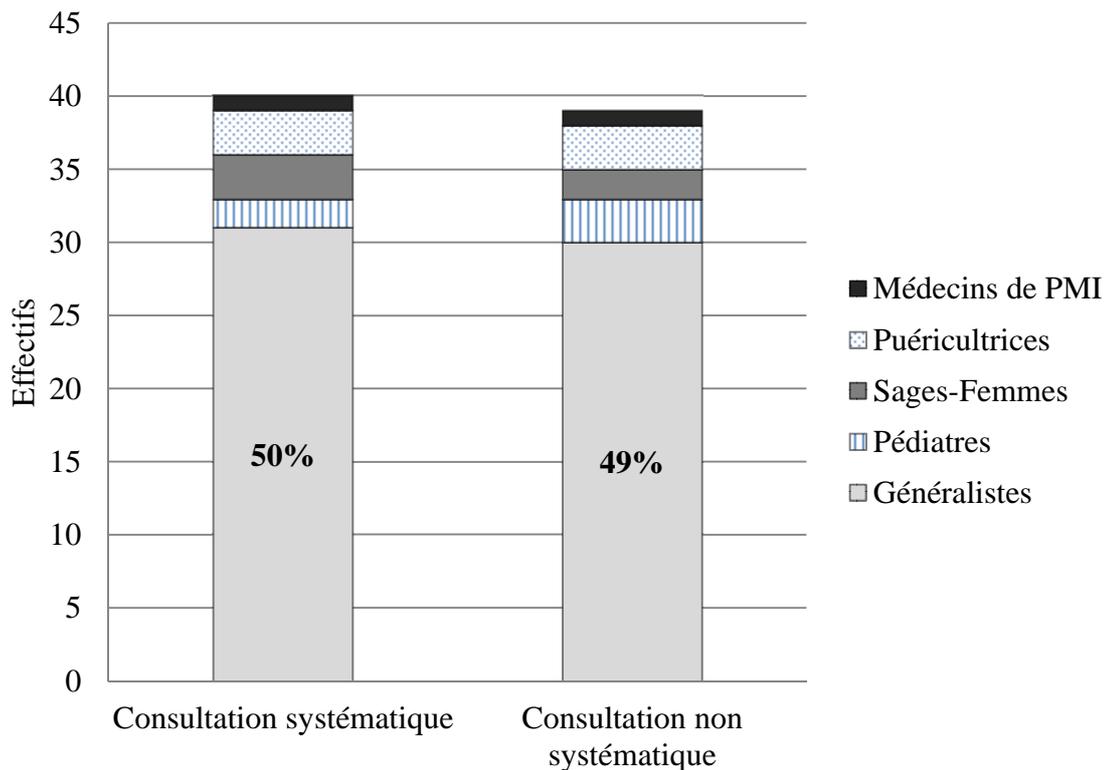
Parmi les 39 professionnels (49% des professionnels), ayant besoin d'une formation supplémentaire afin d'effectuer une consultation de soutien à l'allaitement, 12 ont précisé qu'ils préféreraient que cela se passe sous forme de 1 ou 2 journées de séminaire de formation. 2 médecins généralistes aimeraient notamment des ateliers pratiques pour réapprendre les postures d'allaitement possibles et un autre aimerait une formation qui lui permette de guider les femmes allaitantes. Une puéricultrice envisageait de faire un DIU de lactation.

Parmi ceux n'ayant pas besoin de formation, 2 ont précisé qu'ils étaient « hors d'âge » (catégorie >56 ans), une autre a précisé qu'elle sortait de formation sur le sujet et ne ressentait pas le besoin de formation supplémentaire.

Un seul professionnel ne s'est pas prononcé.

Il est à noter que le besoin de formation supplémentaire était indépendant du fait d'avoir eu une formation à l'allaitement préalable ou non ( $p = 0,481$ ).

## 2.7.Consultation systématique ?



Une pédiatre ne s'est pas prononcée sur le caractère systématique de cette consultation car elle considérait qu'elle l'incluait déjà dans sa consultation.

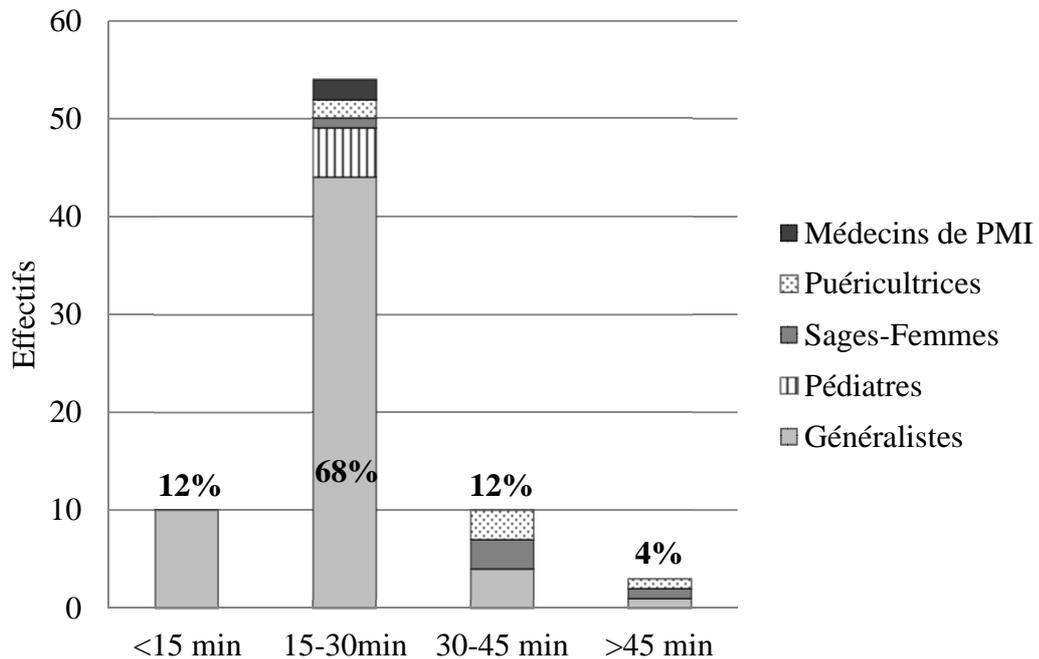
Parmi les professionnels considérant que cette consultation devrait être systématique :

- 3 pensaient qu'elle permettrait d'allonger la durée de l'allaitement maternel, exclusif ou non, et 3 d'entre eux de « promouvoir l'allaitement maternel » notamment pour les « bénéfices apportés aux nourrissons » ou « à la relation mère enfant »,
- 6 considéraient que la consultation permettrait de « rassurer », « renforcer la confiance de la mère » (« même quand tout va bien »), et « éviter les angoisses des mères » pour 2 d'entre eux,
- 3 pensaient qu'elle serait utile pour détecter les problèmes d'allaitement, (mais aussi sociaux, ou de dépression) et 4 pour anticiper ces problèmes,
- 4 pensaient qu'elle permettrait d'avoir une écoute spécifique, et « un accompagnement personnalisé » « sous forme de compagnonnage » pour donner « tous les outils » aux mères pour mener leur allaitement comme elles le veulent,
- 3 estimaient qu'elle servirait à « déculpabiliser » les mères et « dédramatiser » quand elles ont besoin d'aide,
- 3 pensaient qu'elle serait utile pour aborder toutes les questions car « toutes les mères ont des questions qui ne sont pas forcément exprimées ». Cela inciterait à aborder des sujets qui ne seraient pas abordés si la consultation n'était pas systématique,
- 2 pensaient qu'elle permettrait d'assurer un meilleur suivi, notamment « parce qu'on ne pense pas assez à parler de l'allaitement»,
- Enfin l'un d'entre eux la trouverait utile pour « combattre les préjugés et les réticences ».

Parmi les professionnels qui pensaient que la consultation ne devrait pas être systématique :

- 12 considéraient que cette consultation devrait être à la demande des mères selon leurs attentes et leurs besoins ou en cas de problème,
- 4 considéraient que cette consultation devrait être proposée uniquement aux mères « ambivalentes », « hésitantes » ; car « il n'y a rien à faire si elles sont motivées », et que cela évite de culpabiliser les non motivées,
- 3 la proposeraient systématiquement sans caractère obligatoire et 3 d'entre eux la proposeraient systématiquement uniquement au cours du premier allaitement et seulement si besoin pour les autres enfants allaités,
- 3 considéraient que cela fait partie d'une consultation « normale », notamment, pour un pédiatre, de la consultation du premier mois,
- 2 considéraient que certaines femmes sont « tout de suite à l'aise » ou « se débrouillent bien seules »,
- 2 pensaient que cette consultation serait plus judicieuse à faire en pré-partum et un autre à la maternité,
- 2 ne feraient pas cette consultation systématiquement par manque de temps, un autre pour ne pas séparer l'allaitement du reste de la problématique mère/enfant, et enfin un autre à cause de l'asthénie post-partum des mères.

## 2.8. Temps de consultation



Parmi les professionnels, 3 ne se sont pas prononcés sur la durée d'une consultation dédiée à l'allaitement. Parmi eux une pédiatre a précisé que cela devrait être « à la carte », et un médecin généraliste que cela dépendait des besoins.

A noter que 2 puéricultrices ayant répondu 30 à 45 minutes ont précisé « voire plus de 45 minutes si besoin » notamment en cas de difficultés de mise au sein pour par exemple assister une tétée.

Le temps moyen accordé à la consultation était de 24 minutes.

## 2.9. Nombre de questions et d'objectifs abordés lors de la consultation

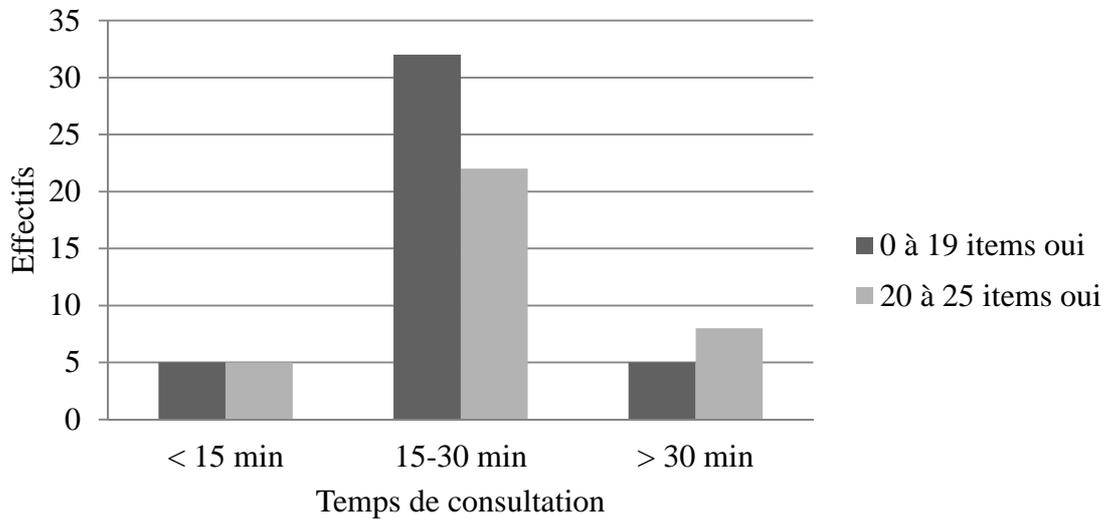
Si l'on considère les questions 8, 9 et 10 du questionnaire ; il existait 25 items sur les sujets ou objectifs abordés lors de la consultation dédiée à l'allaitement.

La moyenne du nombre d'items répondus « oui » ou « si besoin » était de 22,8 pour une médiane à 23.

La moyenne du nombre de questions où la réponse a été « oui » était de 19,15 pour une médiane à 19.

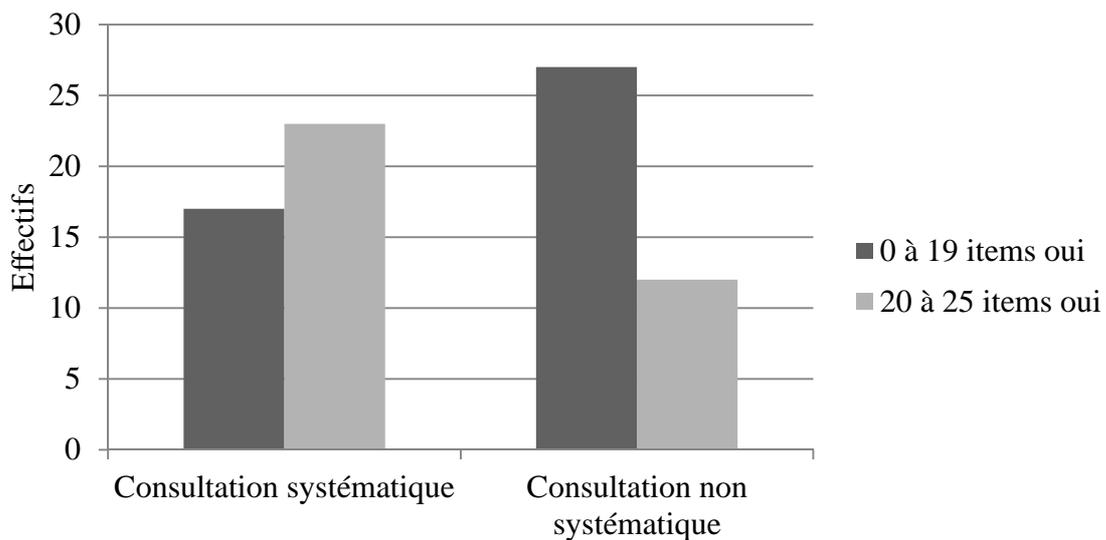
**Influence du nombre de questions et objectifs abordés lors de la consultation sur la durée de la consultation estimée :**

La durée de consultation estimée était indépendante du nombre de questions ou objectifs abordés systématiquement ( $p = 0,382$ ) ou si besoin ( $p = 0,423$ ).



**Influence du nombre de questions et objectifs abordés sur le caractère systématique ou non de la consultation :**

Il existait un lien significatif entre le nombre d'items abordés systématiquement et le caractère systématique de la consultation ( $p = 0,017$ ). Les professionnels pensant que la consultation devrait être systématique aborderaient plus de sujets lors de cette consultation.



En revanche, si l'on considère le nombre total d'items abordés systématiquement et si besoin, ils étaient indépendants du caractère systématique de la consultation ( $p = 0,428$ ).

## **IV DISCUSSION**

### **1. LIMITES DE L'ETUDE :**

#### **1.1 Validité interne**

##### **1.1.1. Questionnaire (annexe 1)**

###### *1.1.1.1. Qualités*

Le choix d'un questionnaire concis et facile à remplir nous a permis d'obtenir un pourcentage élevé de répondants, malgré le peu de disponibilité des personnes interrogées. La majorité des questions proposait des réponses binaires, ainsi le questionnaire était rempli rapidement. Les parties consacrées à des réponses qualitatives étaient limitées mais les professionnels les plus impliqués ont pu donner leur opinion lorsqu'ils le jugeaient nécessaire ; ces réponses d'ordre qualitatif ont été nombreuses et nous ont permis de nuancer certaines réponses. Seuls 3 questionnaires n'ont été que très partiellement remplis (dont 2 non informatifs puisque seuls l'âge, le sexe et le fait de ne pas suivre de femmes allaitantes étaient mentionnés).

Ainsi, les questionnaires renvoyés ont été remplis conformément à nos attentes dans leur grande majorité permettant une analyse correcte des réponses.

###### *1.1.1.2. Limites*

Cependant l'analyse des réponses a permis de révéler plusieurs imperfections.

- La forme du questionnaire :

Le choix entre les propositions « oui/non » pour chaque item n'a pas toujours été respecté. Certains des professionnels ont ajouté à côté de certaines questions des mentions du type « si besoin » ou « +/- ou +++ ». D'autres ont laissé la question vierge. Nous ignorons donc pour certaines questions s'il s'agissait d'un « non » omis, d'un « ne se prononce pas » implicite ou d'une question qui amenait une réponse plus nuancée.

D'autre part, la deuxième partie de la question n° 13 concernant le type d'outils d'aide à la consultation semble avoir été mal interprétée. En effet, certains des professionnels ayant répondu « NON, car il en possède déjà » ont coché des types d'outils dans la deuxième partie de question. Sa situation, mal individualisée, sur deux parties différentes de la feuille peut expliquer ces réponses inadaptées.

Par ailleurs, les deux questions n°8 et 10 portant sur les thèmes à aborder au cours de la consultation auraient mérité de figurer à la suite sur la même page car des réponses données dans la partie « autres thèmes à aborder » de la question 8 ont été citées en question 10 (contraception, travail, sevrage et automédication). Néanmoins cela n'a pas faussé les réponses puisque les réponses ont été cochées « oui » en question 10.

- Le contenu du questionnaire :

Il semble qu'au moins une question, synthétisée à l'extrême, soit devenue difficile à comprendre (question n°9 « aider à l'expression du lait en cas d'engorgement »). Nous pouvons donc nous demander si l'absence de réponse ou même certaines des réponses ne sont pas le fruit d'une mauvaise compréhension de la question.

### **1.1.2. Echantillonnage**

#### *1.1.2.1. Qualités*

L'échantillon a été constitué de manière aléatoire parmi l'ensemble des professionnels d'Indre et Loire concernés. Nous avons respecté la proportion de chaque type de professionnels dans notre échantillon par rapport à la population globale. En effet, environ 1 professionnel sur 6 de chaque catégorie a été sélectionné.

#### *1.1.2.2. Limites/biais*

La principale limite de cette étude résidait dans son défaut de puissance liée à de faibles effectifs (globalement et surtout dans chaque profession). Cela est dû d'une part à la présence limitée de certains de ces professionnels dans le département, et d'autre part à la taille de l'échantillon initial de 100. De ce fait nous n'avons pas pu analyser les résultats en fonction de la profession ; nous ne pouvons seulement en tirer que des tendances.

Par ailleurs, nous avons exclu les professionnels hospitaliers de l'étude (sages-femmes, puéricultrices, pédiatres et obstétriciens) qui pourtant sont concernés par le suivi des femmes allaitantes. La généralisation des résultats de notre étude à l'ensemble des professionnels concernés par la consultation de soutien à l'allaitement est donc limitée.

## **1.2 Validité externe**

Le panel de professionnels interrogés représente environ 17% des professionnels de santé concernés par notre étude toute catégorie confondue.

L'ensemble des répondants représentent entre 13% (pour les généralistes) et 19% (pour les sages-femmes) des professionnels de chaque catégorie d'Indre et Loire.

L'échantillon constitué semble donc suffisamment représentatif de l'ensemble des professionnels concernés par le suivi de l'allaitement en Indre et Loire.

Cependant, 25% des médecins généralistes n'ont pas répondu au questionnaire (soit 20% des professionnels au total), malgré les relances téléphoniques multiples.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette absence de réponse :

- Le manque de temps est certainement la raison principale à invoquer (consultations chargées en période automnale, grand nombre de sollicitations pour des enquêtes de tout type),
- Le manque d'intérêt pour le sujet (soit parce qu'ils suivent très peu de femmes allaitantes, soit par ce que ce domaine ne les intéresse pas),
- La troisième raison (évoquée par 3 des médecins n'ayant pas répondu) est un départ en retraite prochain et donc un désinvestissement dans la participation à ce type d'étude,
- Une quatrième raison possible est que parmi les 18 médecins qui n'ont pas renvoyé le questionnaire, 7 d'entre eux n'ont pas pu être contactés directement, mais seulement par le biais de leur secrétariat. Nous pouvons imaginer que quelques-uns d'entre eux auraient pu être sensibles à des arguments supplémentaires donnés oralement pour remplir ces questionnaires.

Les résultats de notre étude peuvent donc être biaisés par une sur-représentation de professionnels d'emblée favorable à ce type de consultation ou plus concernés par le suivi des femmes allaitantes.

Par ailleurs, nous avons exclu les professionnels hospitaliers de l'étude. Pourtant ils sont concernés par le suivi des femmes allaitantes et tiennent un rôle majeur dans la phase initiale de l'allaitement à la maternité et le repérage des situations qui peuvent laisser entrevoir des problèmes lors du retour à domicile.

Les résultats de notre étude ne peuvent pas être totalement généralisables à l'ensemble des professionnels concernés par la consultation de soutien à l'allaitement ; ils permettent cependant d'avoir une approche suffisante de cette consultation.

## 2. INTERET DE CETTE CONSULTATION

### **2.1. Initiation de l'allaitement à la maternité et éducation des patientes : temps essentiel**

L'art d'allaiter n'est pas instinctif et répond à un apprentissage qui commence à la naissance. Autrefois les femmes de l'entourage transmettaient leur expérience aux femmes allaitantes. Cette transmission de femme à femme s'est aujourd'hui appauvrie. Les professionnels de santé apportent aux femmes enceintes les connaissances pour choisir le mode d'alimentation de l'enfant à venir. Ils sont là aussi pour conseiller les femmes allaitantes.

Le moment de l'initiation de l'allaitement à la maternité est crucial. Premiers contacts peau à peau avec son nouveau-né, l'allaitement participe à la création du lien mère-enfant. Il semblerait même que l'expérience initiale d'allaitement influence fortement sa durée (10). Ainsi, plusieurs études ont montré que les femmes ayant vécu une expérience initiale d'allaitement négative sont moins enclines à poursuivre l'allaitement durablement quel que soit leur projet initial.

Même si l'allaitement semble « naturel », la mise au sein, les différentes positions à adopter, la reconnaissance d'une succion nutritive du nouveau-né, le rythme des tétées, ... n'ont pourtant rien d'instinctif. Nombreuses sont les difficultés que peuvent rencontrer les mères dans ce moment de rencontre avec leur enfant : difficultés de succion, mauvaise prise de poids du bébé, crevasses, douleurs, retard de montée laiteuse... (23) Ces difficultés peuvent être responsables de certains arrêts prématurés de l'allaitement. Un accompagnement adapté est donc nécessaire, surtout s'il s'agit d'un premier allaitement (6).

Plusieurs facteurs associés à un sevrage précoce sont connus parmi lesquels : première mise au sein tardive, pratique d'un allaitement à horaires fixes, utilisation de sucettes (5) (6). Or certains de ces facteurs peuvent être prévenus par un soutien adapté des professionnels de la maternité et des conseils adaptés.

Cela implique un investissement du professionnel (consacrer le temps adapté à chaque situation, avoir une écoute attentive et donner des conseils personnalisés), ainsi qu'une formation adaptée (2) (10).

Cela implique également une politique d'établissement favorable à l'allaitement maternel.

C'est dans cet esprit qu'a été lancée en 1992 la « Baby Friendly Initiative » (traduite en français par « Initiative hôpital ami des bébés - IHAB ») par l'OMS et l'UNICEF.

L'IHAB est fondée sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement de la déclaration conjointe OMS-UNICEF (24) (25) et le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (26). Il s'agit d'une démarche destinée aux soignants des maternités, qui permet la mise en place de pratiques hospitalières respectant les besoins et les rythmes des nouveau-nés et favorisant l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Il s'agit de la stratégie internationale ayant démontré le plus d'efficacité sur le taux d'initiation et la durée de l'allaitement, y compris dans les pays industrialisés. L'impact est très net sur la durée de l'allaitement exclusif et la durée totale de l'allaitement (2) (27).

Par exemple, une étude réalisée en Biélorussie montre un taux d'allaitement exclusif dans le groupe IHAB à 3 mois et 6 mois de respectivement 43,3% et 7,9% contre 6,4% et 0,6% dans le groupe témoin. (2)

Actuellement, seuls 17 établissements ont obtenu le label « Ami des Bébé » en France.

Ces établissements enregistrent pourtant un taux d'initiation d'allaitement maternel exclusif supérieur à 75% ou en progression de 15 à 40% par rapport aux années avant la mise en place des nouvelles pratiques (2) (28).

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes quant à l'efficacité de ces mesures lorsqu'on les compare aux chiffres moyens en France :

En 2003, la proportion d'enfants allaités en maternité était de 62,6% (allaitement exclusif : 56,3% ; allaitement partiel : 6,3%) (2). Ce pourcentage d'initiation d'allaitement a continué à progresser, passant à 60% pour l'allaitement exclusif et à 9% pour l'allaitement mixte (sein et biberon) en 2010 (29).

Au-delà des taux d'initiation, la prise en compte de la durée de l'allaitement est importante. En l'absence d'évaluation épidémiologique régulière, on ne dispose pas de données au niveau national sur la durée de l'allaitement.

Celle-ci est le plus souvent très courte en France : sa durée médiane a été estimée à 10 semaines en 1998, mais il existe d'importantes disparités régionales :

- Une étude réalisée en région Rhône-Alpes en 2004-2006 faisait état d'un taux d'allaitement (exclusif ou partiel) de 68,5% à la naissance, 51% à un mois, 28% à 3 mois. La durée médiane d'allaitement était de 16 semaines.
- Des données plus récentes de 2009-2010 émanent de la région des Pays de la Loire (suite à une étude encore non publiée faite par le Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble des Pays de la Loire). Il a été montré que la durée médiane d'allaitement dans les 17 maternités concernées par l'étude a été de 15 semaines avec 10% d'arrêt le premier mois et 25% de poursuite d'allaitement à 6 mois (28).
- Au niveau de la région Centre, les dernières données en 2004 étaient que la durée d'allaitement moyenne était de 17 semaines et que pour 16,7% des enfants nourris au sein, l'allaitement maternel prenait fin au cours des 4 premières semaines de vie (30). En 2010, le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité atteignait 62,8% (31).

On constate ainsi durant le premier mois de vie entre 10 et 20 % d'arrêts de l'allaitement selon les régions. Ces sevrages ne sont pas tous voulus par les mères et sont donc le reflet de difficultés rencontrées à la maternité mais aussi lors du retour à domicile.

## **2.2. Intérêt de la consultation dédiée à l'allaitement**

Le retour à domicile est une étape charnière synonyme de nouveau rythme de vie pour l'ensemble de la famille, et plus particulièrement pour la mère. Ce changement peut devenir, pour elle, source d'inquiétudes. Dans ce cadre, l'allaitement encore à ses balbutiements peut être source de difficultés supplémentaires (23).

Plusieurs facteurs peuvent être préjudiciables au bon déroulement de l'allaitement, au-delà des problèmes pratiques. En effet, il a été démontré que le manque de confiance de la mère en ses capacités peut nuire au prolongement de l'allaitement. Le manque d'expérience et le manque de soutien de l'entourage sont également des facteurs qui peuvent avoir une influence négative (10). C'est vrai si l'allaitement se passait bien à la maternité, mais c'est encore plus compliqué lorsque des difficultés existaient avant le retour à domicile.

Après la sortie de la maternité, il est donc primordial que les mères et les familles soient soutenues par des personnes formées au suivi de l'allaitement.

Ceci est particulièrement important :

- lorsque des difficultés ont été constatées à la maternité (crevasses, douleurs, difficultés de prise du sein ou de succion, utilisation d'un bout de sein...),

- quand des facteurs sociodémographiques défavorables ont été identifiés (notamment une mère très jeune, primipare, de faible statut socio-économique, ou récemment immigrée) (2) (4) (6) (10) (19),
- en cas de sortie précoce de l'hôpital, quoiqu'elle ne soit pas toujours reconnue comme étant un facteur de risque d'échec de l'allaitement (1) (19),
- en cas de difficultés survenant à distance de la sortie.

C'est dans cette problématique que s'inscrit la consultation dédiée à l'allaitement dans les quinze premiers jours du post-partum.

Plusieurs études ont démontré en effet l'intérêt de cette consultation de soutien à l'allaitement dans l'augmentation de la durée moyenne d'allaitement, ainsi que dans le taux d'allaitement exclusif à 1 mois (8) (9). C'est d'ailleurs un des objectifs retenus par les professionnels de notre étude puisque 92% d'entre eux ont considéré que cette consultation devait permettre d'informer les mères pour prolonger leur allaitement.

Dans l'étude de Labarere & al, les mères ayant bénéficié d'une consultation de soutien étaient en effet plus nombreuses à allaiter à un mois (83.9% vs 71.9%) et allaitaient plus longtemps (médiane à 18 semaines vs 13 semaines) (9). Dans l'étude de Su, Chong & al, les mères ayant bénéficié de cette consultation étaient plus nombreuses à allaiter exclusivement à 2 semaines (38% vs 21%) comme à 6 mois (19% vs 9%) par rapport aux mères n'ayant reçu que les soins habituels (8).

Comme l'ont mentionné plusieurs professionnels dans notre étude ; en prolongeant l'allaitement, on augmente de manière indiscutable les bénéfices en matière de santé de l'enfant et de la mère. De nombreux effets bénéfiques étant dose-dépendants, il est donc important d'augmenter non seulement l'initiation d'allaitement en maternité, mais aussi sa durée (2).

Au-delà de la prolongation de l'allaitement, objectif facilement mesurable dans les études, cette consultation doit selon nous avoir d'autres objectifs. L'enjeu ne se situe pas uniquement dans la prolongation de l'allaitement et dans ses bénéfices en termes de santé. L'étude de Labarere et al (9) retrouvait des données qui peuvent paraître surprenantes : le taux de satisfaction des mères était similaire entre le groupe ayant bénéficié d'une consultation dédiée et celui n'ayant eu que les visites de routine habituelles en dépit d'une différence de durée de l'allaitement significative (18 semaines vs 13 semaines).

Cela suggère que les attentes des mères dans le soutien apporté ne se définissent pas qu'en termes d'aide à prolonger leur allaitement. Leurs attentes s'inscrivent certainement plus dans un aspect relationnel, d'échange et de réassurance leur permettant d'avoir un regard positif sur leur allaitement. C'est d'ailleurs ce qui ressort de notre étude : les professionnels ont en effet estimé que cette consultation devait permettre de renforcer la confiance de la mère. Certains des professionnels mentionnaient notamment que cette consultation permettrait de créer un « accompagnement personnalisé » pour donner « tous les outils » aux mères pour mener leur allaitement comme elles le veulent. Un des enjeux de cette consultation se situerait donc dans la création d'un espace d'échange supplémentaire, au-delà de conseils techniques et de

réponses à un problème donné, dans une période où les couples sont plus réceptifs que juste après l'accouchement.

Il s'agirait plus d'un espace permettant aux femmes voire aux couples d'exprimer leurs souhaits, leurs interrogations, leurs inquiétudes afin de leur permettre de bien vivre leur allaitement quel que soit leur projet en terme de durée.

L'objectif final du professionnel serait donc plus de faire correspondre la durée réelle d'allaitement avec le projet du couple.

Par ailleurs, nous pouvons entrevoir une autre utilité à l'instauration de ce type de consultation. Inscrite parmi d'autres consultations de routine, nous pouvons imaginer un effet promoteur de l'allaitement. Plusieurs des professionnels de notre étude ont souligné cet aspect : 3 d'entre eux mentionnaient en effet l'intérêt de cette consultation en terme de promotion d'allaitement, un autre l'estimait utile « parce qu'on ne pense pas assez à parler de l'allaitement », et même l'un d'entre eux la trouvait utile pour « combattre les préjugés et les réticences ».

En bénéficiant d'une expérience d'allaitement positive, les femmes véhiculeront une image positive de l'allaitement à l'entourage. Cela pourrait participer ainsi à petite échelle à modifier l'attitude générale de la société à l'égard de l'allaitement et faire évoluer de manière positive les représentations de l'allaitement notamment lorsqu'il se prolonge.

Ceci ne pourra se faire sans une véritable politique de promotion de l'allaitement. Des mesures favorisant la création d'un congé allaitement indemnisé ou l'organisation de l'allaitement au sein des entreprises et dans les lieux publics sont en effet possibles.

### **3. EXPERIENCES ET BESOINS DES PROFESSIONNELS POUR LE SUIVI DES FEMMES ALLAITANTES :**

Différents acteurs interviennent auprès des mères sur la question de l'allaitement. Leur implication dans ce domaine dépend de leur motivation personnelle et de leurs représentations en matière d'allaitement.

#### **3.1. Suivi des femmes allaitantes**

Dans notre étude, nous pouvons remarquer que nombreux (85 %) sont les praticiens abordant la question de l'allaitement avec les femmes allaitantes parmi les répondants. Seuls certains généralistes (15% des professionnels) ayant répondu n'en parlent pas ou pas souvent. Ce chiffre est probablement sous-évalué du fait de la proportion de médecins généralistes n'ayant pas répondu.

En effet, les médecins généralistes, peu formés sur ce thème comme la plupart des professionnels de santé, prennent l'initiative d'aborder le sujet avec leur patiente selon l'importance qu'ils lui accordent et la légitimité qu'ils s'attribuent (3).

Pour les autres professionnels, nous pensons que le fait que 100% d'entre eux abordent la question d'allaitement en post-partum s'explique par le fait que l'allaitement est plus présent dans leur pratique quotidienne. Cela vient de leur spécialité plus ciblée soit sur le suivi des nourrissons, soit sur les suivis pré et post-partum.

Néanmoins, le fait d'aborder la question d'allaitement, n'est pas synonyme de pratiquer des consultations dédiées à l'allaitement.

### **3.2. Pratique de consultations dédiées**

Parmi les professionnels interrogés dans notre étude, 19% ont répondu pratiquer souvent ou régulièrement des consultations dédiées à l'allaitement dans le premier mois post-partum. Les sages-femmes étaient les plus nombreuses.

Pourtant, il est difficile de savoir ce qu'entendaient les professionnels par consultation dédiée aux vues de certains commentaires laissés. Etaient-ce des consultations exclusivement dédiées à l'allaitement ? Ou bien étaient-ce des consultations où le thème de l'allaitement restait central ? Ou enfin des consultations où l'allaitement était abordé ?

Nous n'avons pas de chiffre permettant de comparer nos résultats avec la pratique en France. Pour autant, l'enquête nationale périnatale de 2010 (32) montrait que l'accompagnement des femmes et des nouveau-nés à la sortie de la maternité pour toutes les problématiques du post-partum demeurerait essentiellement assuré par la visite d'une sage-femme libérale (citée par 72 % des maternités), d'une sage-femme de PMI (citée par 6 établissements sur 10) ou d'une puéricultrice de PMI (citée par 9 établissements sur 10). Lorsqu'elle était prévue, cette prise en charge concernait essentiellement un petit nombre de femmes. Ainsi 64 % des établissements ne prévoyaient des visites de sages-femmes libérales que pour un petit nombre de femmes, contre 8 % des établissements qui le prévoyaient pour toutes les femmes. Ces chiffres concernent toutes les problématiques du post-partum ; les suivis spécifiques de l'allaitement sont donc certainement plus faibles.

### **3.3. Formation des professionnels sur l'allaitement**

Un constat clair est le manque de formation des professionnels de santé toute catégorie confondue dans notre étude (90% répondent ne pas avoir eu de formation spécifique). Majoritairement non formés, il semble que les sages-femmes et les puéricultrices aient eu plus accès à des formations spécifiques. D'autres études font ce même constat : la formation, tant initiale que continue, pour tous les groupes de professionnels de santé, a besoin d'être améliorée (1) (2) (10) (14) (19) (23) (33).

Cette formation est pourtant nécessaire et utile. En effet, pour mettre en œuvre des consultations dédiées à l'allaitement, cela suppose que les professionnels concernés aient les connaissances et les compétences nécessaires pour assurer le suivi d'allaitement. Au-delà de l'actualisation des connaissances biomédicales sur l'allaitement, une formation spécifique, axée sur la communication et l'écoute est nécessaire. Cette formation doit permettre de

développer les compétences relationnelles des professionnels pour adopter une approche centrée sur la mère, l'enfant et l'entourage.

D'ailleurs, les études démontrant l'impact de ces consultations sur la prolongation de l'allaitement avaient été menées avec des professionnels formés à ce type d'intervention (8) (9). De plus, plusieurs études ont démontré l'efficacité de formations spécifiques des professionnels sur les capacités à résoudre les problèmes d'allaitement (34) (35). Néanmoins seule la moitié des professionnels de notre étude ressent le besoin de formation supplémentaire pour faire la consultation et, fait étonnant, indépendamment du fait d'en avoir reçu une au préalable. Se sentent-ils suffisamment à l'aise sur le sujet par l'expérience acquise sur le terrain ? N'ont-ils pas eu à gérer suffisamment de problématiques complexes liées à l'allaitement mettant en défaut leurs connaissances ? N'ont-ils pas suffisamment d'intérêt pour le sujet pour en ressentir le besoin ?

Un des points essentiels pour promouvoir et soutenir l'allaitement passe pourtant par l'amélioration de la formation initiale et continue de tous les acteurs de santé concernés. Cela implique un renforcement de l'enseignement initial (volume horaire et contenu de l'enseignement) de tous les professionnels concernés (2).

Quant à la formation continue, il apparaît dans l'enquête nationale périnatale de 2010 qu'un effort est fait par les maternités en la matière. En effet, la plupart d'entre elles ont formé une partie de leur personnel à l'allaitement : Plus de la moitié des établissements ont une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans le service et le tiers forment systématiquement leurs nouvelles recrues sur l'allaitement (32). Il devrait en être de même dans les services de PMI. Il reste les professionnels de santé libéraux à qui des programmes de formation continue devraient être proposés de façon moins sporadique, en collaboration avec des professionnels dont le niveau d'expertise est reconnu. Plusieurs des professionnels interrogés dans notre étude ont d'ailleurs déploré le vide actuel en la matière...

## **4. CONTENU DE LA CONSULTATION**

### **4.1. Questions à aborder**

De notre étude ressort qu'une consultation dédiée à l'allaitement pourrait être très dense et les sujets abordés nombreux. Sur 25 questions proposées dans notre questionnaire, la médiane du nombre de réponses « oui » est à 19 ou celle du nombre de réponses « oui ou si besoin » est à 23 ; de nombreux sujets pourraient être ainsi traités lors de la consultation.

Parmi les questions proposées à la question n°8, toutes ont en effet été retenues par au moins 79% des professionnels. A la question n°9 où nous laissons la nuance « si besoin » possible, toutes les questions pourraient être abordées systématiquement ou si besoin par au moins 94% des professionnels.

Cependant notre étude ne permet pas de hiérarchiser toutes ces questions par ordre d'importance. Seuls les commentaires ou annotations laissés et les questions les plus retenues nous aiguillent sur ce qui devrait rester une priorité dans la consultation.

En effet, dans la question n° 8 du questionnaire nous n'avons laissé le choix que d'une réponse binaire. L'absence de réponse « si besoin » fait défaut pour analyser les questions qui paraissent primordiales et qui devraient être systématiques, de celles qui ne devraient être abordées que si le besoin en était ressenti.

Malgré cela, les annotations et commentaires laissés nous indiquent que pour certains des professionnels la question sur le vécu de la mère depuis son retour à domicile semble la plus importante (d'ailleurs 99% des professionnels l'aborderaient). Elle nous paraît effectivement centrale et permet d'ouvrir sur les autres questions d'aspect plus pratique en fonction des problèmes rencontrés par la mère.

Cette question du vécu fait écho à l'objectif qui semble primordial aux professionnels interrogés : renforcer la confiance de la mère dans sa capacité à allaiter (100% des professionnels avaient cet objectif). Nous irons même plus loin en suggérant que la capacité à allaiter signifie implicitement la capacité à être une « bonne mère ».

Les autres questions qui semblent également importantes (si l'on considère les questions que plus de 95% des professionnels traiteraient) sont celles de l'initiation de l'allaitement à la maternité, du rythme des tétées et de l'évolution du poids de l'enfant depuis sa naissance. Ces questions sont essentielles puisqu'elles permettent de faire l'évaluation assez rapide des problèmes qui ont pu être rencontrés à la maternité et depuis le retour à domicile. D'autres questions telles que celles sur le sommeil de l'enfant, sur ses selles et ses urines, sur l'utilisation de bout de sein, sucettes, compléments ou tire-lait, ...peuvent alors se poser selon les difficultés soulevées ou restées en suspens au terme des précédentes questions.

Nous pouvons également nous interroger sur les pourcentages relativement élevés de professionnels qui aborderaient les questions de la reprise du travail (70%) et des modalités de sevrage (75%) de façon systématique, alors qu'un nombre beaucoup plus faible aborderait systématiquement les questions du tirage du lait (56%) et de la conservation du lait (54%). Cela suggère-t-il que pour un certain nombre d'entre eux la reprise du travail est forcément synonyme de sevrage ? Certains ignorent-ils la possibilité de tirer le lait et de le conserver permettant ainsi une reprise du travail sans sevrage ? Sans un changement des représentations de certains professionnels de santé, il paraît difficile de donner toutes les informations aux femmes afin qu'elles choisissent elles-mêmes, en toute conscience, du moment de sevrage de leur enfant.

Enfin, un oubli dans notre questionnaire est la question de la place du père qui a été suggérée par certains professionnels comme un sujet à aborder et que nous n'avons pas différencié de celle du vécu de la mère. C'est pourtant un point important puisqu'il est montré que l'absence de soutien du partenaire ou la perception négative de l'allaitement par celui-ci a une influence négative sur l'initiation et/ou la durée de l'allaitement (2) (4) (10) (19).

Au total, il apparaît que les questions d'ordre plus pratique ne sont pas les questions primordiales aux yeux des professionnels interrogés. Les objectifs de cette consultation dédiée à l'allaitement maternel qui ont été principalement retenus par les professionnels dans cette étude sont d'ailleurs plus d'ordre relationnel et pédagogique que pratique.

Après le renfort de la confiance de la mère, le deuxième objectif mis en exergue (retenu par 92% des professionnels) est celui d'apporter les informations nécessaires au prolongement d'un allaitement exclusif. Il est en effet cité plus souvent que l'aide à la relance de la lactation (90% des professionnels) ou l'aide à l'expression du lait en cas d'engorgement (86 % des professionnels).

D'autre part un objectif n'a clairement pas été retenu. Il s'agit de celui de traiter une pathologie intercurrente de la mère ou de l'enfant lors de la consultation puisque seuls 52% des professionnels auraient cet objectif. Les professionnels interrogés ont donc vraisemblablement bien considéré qu'il s'agissait d'une consultation dédiée à l'allaitement et que ce type de difficultés devaient être résolues lors d'une consultation de routine à part.

Ainsi, la diversité des questions qui peuvent être abordées et la variété des difficultés qui peuvent être rencontrées font qu'une simple consultation peut ne pas suffire. Dans ce cadre l'appartenance à un réseau de soutien à l'allaitement peut trouver tout son intérêt.

## **4.2 Travail en réseau**

Le travail en réseau participe en effet au développement d'une démarche d'accompagnement cohérente. Il fait partie intégrante des conditions qu'une maternité doit remplir pour obtenir le label « ami de bébés » et fait partie des Dix Conditions pour le succès de l'Allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (25). Ce partenariat permet de confronter plusieurs points de vue et expériences afin de converger vers une démarche éducative et de soutien cohérente.

La consultation dédiée à l'allaitement peut s'inscrire directement dans ce travail en réseau réalisant une articulation directe entre l'hôpital et les professionnels de ville. Cela nécessite une certaine coordination ainsi qu'une communication efficace entre professionnels. Cette articulation hôpital-ville nous paraît d'autant plus importante pour permettre de suivre les couples mère-enfant à risque de sevrage précoce. Le travail en réseau et la formation adéquate de tous les membres de ce réseau nous paraît donc indispensable pour favoriser la continuité des soins.

Ainsi plusieurs intérêts sont à voir dans la constitution de ces réseaux :

Tout d'abord, en cas de difficultés, il permet de passer rapidement le relais à une personne plus expérimentée en matière d'allaitement qui pourra gérer la(les) problématique(s) de manière plus efficiente.

Cela permet également de pouvoir déléguer. Par exemple, il est intéressant de souligner l'intérêt des associations non professionnelles formées dans le domaine de l'allaitement qui peuvent apporter un réel soutien et résoudre certaines difficultés (certaines associations telles

que la *Leche League* ont une permanence téléphonique). Il est d'ailleurs démontré que l'association de toute forme de soutien professionnel et non professionnel permet d'allonger de manière significative la durée d'allaitement (1) (12) (36).

Nous avons pu noter que dans notre étude les professionnels donnaient facilement les coordonnées d'autres professionnels pour aider au suivi de l'allaitement, puisque seuls 4% ne les donnaient pas. En revanche, les coordonnées des associations de soutien n'étaient pas données par 17% d'entre eux. Cela signifie-t-il que pour eux il n'y a pas d'utilité ; ou bien cela dénote-t-il que pour un certain nombre d'entre eux leur utilité n'est pas connue ? En connaissent-ils seulement l'existence ?

Une meilleure diffusion de l'information auprès des professionnels nous semble importante si l'on veut agir sur l'ensemble des tableaux pour favoriser la promotion de l'allaitement.

Un changement d'attitude de certains professionnels est également nécessaire afin de faire exister ces réseaux. En effet, certains d'entre eux ont toujours une image archaïque du monde médical qui serait le seul détenteur des connaissances. Il est donc difficile d'imaginer ces professionnels travailler en collaboration avec des associations de non professionnels...

### **4.3 Consultation de soutien d'allaitement : espace d'échange éclairé**

A partir des réponses des professionnels dans notre étude, nous avons pu dégager l'importance accordée au soutien et à la mise en confiance des mères. Cela semble s'accorder avec les attentes des mères qui recherchent un professionnel « qui ne porte pas de jugement, et qui soit encourageant, rassurant, sympathique, patient et compréhensif » selon l'étude de McInnes et Chambers (13). Ce professionnel doit avoir également avoir du temps pour regarder et écouter. A côté des conseils, il est important pour les mères que les professionnels les « entourent », « les encouragent » (37).

Cette consultation deviendrait donc plus un espace d'échange au cours duquel les mères (et pères) pourraient librement exprimer leur ressenti.

Concernant les professionnels, ils devraient donc avoir à l'esprit la nécessité de prendre le temps pour écouter tout en gardant l'objectif d'aider à prolonger la durée de l'allaitement.

Il va de soi que cet espace d'échange doit être source de conseils éclairés pour prolonger l'allaitement. En effet, des conseils inappropriés ou même en inadéquation avec des conseils reçus préalablement peuvent être source de difficultés supplémentaires et de sevrage précoce.

Comme certains professionnels interrogés dans notre étude l'ont souligné, certaines mères s'en sortent bien seules et n'ont peut-être pas besoin d'avoir recours à cette consultation. De plus, seuls 50% des professionnels envisageaient une consultation systématique. Il est pourtant difficile pour le professionnel de distinguer celles qui aimeraient en bénéficier des autres. Il nous semble donc que cette consultation ne devrait pas devenir

systematique car elle risquerait de stigmatiser et culpabiliser certaines des mères ne désirant pas prolonger leur allaitement. Elle devrait plutôt être proposée systématiquement laissant ainsi aux mères la liberté de choisir tout en les informant de ce possible recours. L'accent devrait alors être mis dans les situations qui laissent présager des difficultés à venir.

## **5. FAISABILITE/ EFFICACITE D'UNE TELLE CONSULTATION:**

Après ces considérations d'ordre général, il convient de se pencher sur l'aspect pratique de la mise en œuvre de ce type de consultation. En effet, un espace d'échange où idéalement le temps n'est pas compté, où toutes les questions peuvent et doivent être abordées semble utopique. Le temps des professionnels est limité et cette consultation s'inscrit dans des emplois du temps déjà chargés.

### **5.1. Temps de consultation prévue et nombre de questions abordées**

Il ressort de notre étude que le nombre de questions à aborder n'était pas corrélé au temps accordé à ce type de consultation. Le temps moyen était de 24 minutes pour la consultation et il semble que le temps suggéré s'inscrivait directement dans le mode de fonctionnement de chaque professionnel dans la gestion de ses consultations habituelles, c'est-à-dire à durée régulière.

Par ailleurs, nul ne peut savoir par avance le temps à accorder à chaque question. Ce temps variant nécessairement d'une patiente à autre, d'une problématique à une autre, il est donc difficile de savoir si sur le temps imparti à la consultation toutes les questions peuvent être abordées.

Chacune des questions a un intérêt en soi mais certaines d'entre elles doivent être privilégiées et d'autres rester secondaires et adaptées au cas par cas. Il semblerait inopportun de noyer les mères sous un flot de questions et d'informations. L'objectif est de les accompagner dans leur allaitement, et non de les rendre savantes en allaitement. Une intervention ciblée semble préférable afin de faire passer les messages essentiels et ne pas nuire à leur compréhension.

### **5.2. Qui cibler, quand la proposer ?**

Comme nous le suggérons précédemment, il paraît difficile de rendre cette consultation systématique. La proposer de façon systématique nous paraît en effet plus raisonnable et permettrait de ne pas laisser certaines femmes méconnaître l'existence de cette consultation.

Malgré tout, nous pensons qu'il serait utile de cibler certaines catégories à risque de difficultés d'allaitement voire de sevrage précoce.

Ainsi lorsque cette consultation est proposée, l'accent devrait être plus particulièrement mis pour vanter l'utilité de cette consultation lorsque des critères de risque de difficultés d'allaitement sont repérés. Cela permettrait d'assurer une continuité des soins la plus étroite possible. Dans ces cas, la consultation devrait alors se passer rapidement après la sortie de la maternité (sans attendre forcément le 15<sup>ème</sup> jour post-partum) afin de ne pas laisser une situation jugée précaire trop se dégrader après le retour à domicile.

Cela implique plusieurs conditions :

- Proposer cette consultation avant la sortie de la maternité de façon générale,
- Fournir les coordonnées des professionnels du secteur aptes à faire cette consultation (ce qui implique idéalement un fonctionnement en réseau),
- Repérer les situations à risque de difficultés pour lesquelles cette consultation serait d'autant plus utile.

Ces situations à risque sont notamment :

- lorsque des difficultés sont constatées à la maternité (crevasses, difficultés de succion, prise de poids lente,...),
- lors d'un premier allaitement ou d'une expérience antérieure d'allaitement jugée décevante,
- lorsque la mère est très jeune, seule, de faible statut socio-économique et/ou récemment immigrée (2) (4) (6) (10) (19).

Un score pour la prédiction du sevrage précoce de l'allaitement maternel dont la validité intrinsèque est démontrée pourrait d'ailleurs être utilisé afin de repérer plus facilement ces situations à risque. Néanmoins, avant une utilisation généralisée, cela nécessiterait des études plus approfondies; la validité extrinsèque de ce type de score n'étant pas évaluée pour une population française (38).

### **5.3. Quelles modalités ?**

Concernant les modalités de la consultation, les contraintes ainsi que le mode de fonctionnement varient d'un professionnel à un autre. Il paraît donc difficile d'imposer des modalités généralisables à l'ensemble des professionnels concernés.

Le temps de consultation resterait donc au libre choix du professionnel ; de même que la possibilité d'effectuer cette consultation à domicile lorsque c'est jugé utile.

Se pose également la question de la possibilité d'intégrer une consultation préventive supplémentaire parmi celles existantes dans l'emploi du temps déjà chargé des professionnels. Afin de pouvoir généraliser cette consultation, il faut que les professionnels en acceptent le principe et puissent accorder des plages de consultation spécifiques.

Par ailleurs, le rapport du Pr Dominique Turck évoquait une consultation « remboursée à 100% » avec « création d'une nomenclature spéciale » (2).

Le remboursement à 100% nous paraît effectivement indiqué si l'on veut que les populations défavorisées, cibles particulières de cette consultation puissent y avoir accès sans contrainte financière.

Pour ce qui est de la nomenclature spéciale, la valorisation d'un acte spécifique en rapport avec des compétences spécifiques nous paraît favorable pour la généralisation et l'acceptation de ce type de consultation par les professionnels.

## 6. PROPOSITION D'UNE FICHE TRAME DE CONSULTATION

Au terme de notre étude, nous avons pu dégager les questions que les professionnels jugeaient importantes de poser lors de la consultation, ainsi que les points importants qu'il conviendrait de surveiller.

Nous proposons ci-après une trame non exhaustive des différents points à aborder, qu'il restera à adapter au cas par cas :

1. Questions ouvertes sur la naissance et le séjour en maternité, notamment sur :
  - La première tétée et les suivantes, la montée de lait,
  - Les problèmes rencontrés et l'attitude adoptée face à ces difficultés.
2. Questions ouvertes sur le retour à domicile :
  - Vécu de la mère,
  - Vécu du père,
  - Comportement du bébé,
  - Soutien dans l'entourage.
3. Questions ouvertes sur le projet d'allaitement du couple :
  - Durée d'allaitement envisagée,
  - Allaitement exclusif ou mixte,
  - Moment de sevrage envisagé,
  - Reprise du travail et allaitement.
4. Recherche des indicateurs d'un apport adéquat :
  - Evolution du poids depuis la naissance (avec pesée le jour de la consultation),
  - Selles et urines : fréquence, aspect,
  - Rythme des tétées : fréquence, durée, comportement du bébé pendant et entre les tétées, alternance seins.
5. En cas de difficultés et selon les situations :
  - Recherche de facteurs pouvant entraver la lactation :

- Utilisation d'un bout de sein, d'une sucette, de compléments,
  - Consommation d'alcool, de drogues,
  - Automédication, utilisation d'une contraception inappropriée.
  - Observation des seins de la mère ; notamment si douleur aux seins : type, date apparition, localisation, évolution au cours de la tétée,
  - Analyse de la(les) position(s) d'allaitement,
  - Analyse de la succion, examen de la cavité buccale du nouveau-né,
  - Observation d'une tétée complète si nécessaire.
6. Rappeler les recommandations d'allaiter 6 mois de façon exclusive au minimum.
  7. Rappeler le principe de l'allaitement à la demande.
  8. Fournir les coordonnées des personnes (professionnels, associations) à contacter en cas de problèmes et des brochures permettant de compléter les informations délivrées.

## **V CONCLUSION**

Pour améliorer les pratiques d'allaitement et aider les mères à mener à bien leur projet d'allaitement, les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer.

Une consultation accessible aux mères durant les quinze premiers jours du post-partum a démontré son intérêt dans le prolongement de l'allaitement maternel en assurant un relais précoce du suivi à la sortie de la maternité.

Les professionnels interrogés dans notre étude ont estimé que cette consultation devrait permettre de rassurer les mères sur leurs capacités, de les informer et de les soutenir lors des difficultés passagères. En créant un espace d'échange personnalisé, les professionnels pourraient ainsi encourager et valoriser ce choix de l'allaitement maternel et apporter aux femmes le savoir-faire nécessaire oublié par les générations précédentes.

Tout en la proposant systématiquement, le choix serait laissé aux mères d'accéder ou non à cette consultation. La proposition de cette consultation devrait être faite à la maternité afin d'assurer une continuité des soins avec le domicile.

Un ensemble de questions pourrait être abordé lors de cette consultation tout en se concentrant sur le vécu de la mère. L'évaluation de la bonne mise en route de l'allaitement, des difficultés rencontrées depuis la naissance ainsi que de l'efficacité des tétées seraient parmi les questions à traiter systématiquement. Le reste de la consultation serait guidé par les problématiques soulevées par ces premières questions.

Bien accompagner une mère dans son allaitement nécessite des connaissances adaptées. Pour pouvoir éduquer les futures mères et aider les jeunes mères, il est nécessaire d'apporter aux professionnels une formation qui leur fait encore défaut. Un bon accompagnement nécessite des connaissances biomédicales actualisées mais aussi des capacités relationnelles.

En s'appuyant sur d'autres professionnels de santé ainsi que sur des associations de soutien à l'allaitement, idéalement à travers des réseaux de soutien à l'allaitement, les professionnels pourraient ainsi répondre au mieux aux attentes et aux besoins des femmes et des familles en post-partum.

Deux points restent donc à étudier : tout d'abord la faisabilité de ce type de consultation par tous les professionnels concernés avant de pouvoir la généraliser. Il restera ensuite à en étudier l'efficacité, aussi bien sur les durées d'allaitement, que sur l'impact sur la satisfaction des mères dans leur expérience d'allaitement...

Ainsi, en encourageant et en aidant ces femmes à poursuivre avec succès leur allaitement aussi longtemps qu'elles le veulent, les professionnels de santé contribueront à véhiculer une image positive de l'allaitement et aideront ces femmes à transmettre aux générations futures une « culture de l'allaitement ».

## **VI BIBLIOGRAPHIE**

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel. Mise en place et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2002.
2. Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Plan d'action : Allaitement maternel. Rapport. Juin 2010
3. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). La santé de l'homme. Juillet-Août 2010 ; 408 : 15-38
4. Branger B, Cebron M, Picherot G, Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch Pédiatr 1998 ; 5 : 489-496
5. Labarère J, Dalla-lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, François P. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). Arch Pédiatr 2001 ; 8 : 807-815
6. Ego A, Dubos JP, Djavadzadeh-Amini MP, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni X. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. Arch Pediatr 2003 ; 10 : 11-18
7. Walburg V, Conquet M, Callahan S. Effet d'une interruption précoce de l'allaitement sur le vécu maternel. Journal de pédiatrie et de puériculture 2009 ; 22 : 264-268
8. Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun K, Faith S P Ng, Rauff M. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast-feeding: randomised controlled trial. British Medical Journal 2007; 335 : 596.
9. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat S, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, Schelstraete, C, Vittoz JP, François P, Pons JC. 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: 139-46.
10. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. Journal de pédiatrie et de puériculture 2009 ; 22 :112-120.
11. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka M-T. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. Journal of Clinical Nursing 2008; 17 : 1132-1143
12. Britton C, McCormic F, Renfrew M, Wade A, King S. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; 1

13. McInnes RJ, Chambers JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62 : 407-27.
14. Taveras E, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo V, Miroshnik I, Lieu T. Mothers' and Clinicians' Perspectives on Breastfeeding Counseling During Routine Preventive Visits. *Pediatrics* 2004; 113 ; e405-e 411
15. Taveras E, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo V, Miroshnik I, Lieu T. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004; 113:e283-90.
16. Debonnet-Gobin V. Allaitement et médecine générale. Thèse : Médecine : Amiens : 2005
17. Kurth Aviles L. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel. Thèse : Médecine : Nancy : 2006
18. Colette C, Petat-Huet C, Alimentation de l'enfant de 0 à 1 an : évaluation des pratiques en médecine générale. Thèse: Tours: 2003
19. Dennis CL, Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *JOGGN* 2002 ; 31 : 12-32
20. Haute Autorité de Santé (HAS). Allaitement maternel suivi par le pédiatre. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie. Juillet 2005.
21. Réseau « Sécurité Naissance-Naître Ensemble » des Pays de La Loire. Livret Allaitement maternel à destination des professionnels. Janvier 2009
22. American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding. Ten steps to support parents' choice to breastfeed their baby. 1999.
23. Guyot-Fabre S. L'allaitement maternel en pratique : place du médecin généraliste. Thèse : Médecine : Tours : 2003
24. OMS & UNICEF. Protection, encouragement et soutien à l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité. OMS, Genève, 1989.
25. OMS & UNICEF. Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel. Florence, Italie, 1990.
26. OMS. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, 1981, 24 pages. [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_french.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf)
27. DiGirolamo A, Grummer-Straw L. Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding. *Pediatrics* 2008 ; 122 Supplement 2 : 43-49

28. Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (COFAM). Situation 2012 de l'allaitement en France. Dossier de presse 2012.
29. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003. INSERM-U.953, mai 2010 [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_naissances2010.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf)
30. Observatoire Régional de Santé (ORS) Centre. Exploitation des certificats de santé du 9ème mois des enfants nés en 2004 et domiciliés en région Centre. Septembre 2008 [http://www.orscentre.org/apps/site/public/files//publications/Mere et enfant /Rapports /CS9-2004\\_Sept2008.pdf](http://www.orscentre.org/apps/site/public/files//publications/Mere et enfant /Rapports /CS9-2004_Sept2008.pdf)
31. Observatoire Régional de Santé (ORS) Centre. Exploitation des certificats de santé du 8e jour des enfants domiciliés en région Centre et nés en 2010. Mars 2012 [http://www.orscentre.org/apps/site/public/files//publications/Mere et enfant /Rapports /Rapport\\_CS8\\_2010.pdf](http://www.orscentre.org/apps/site/public/files//publications/Mere et enfant /Rapports /Rapport_CS8_2010.pdf)
32. Vilain A. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. DREES, juillet 2011. [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_maternites2010.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf)
33. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (révision).European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
34. Hillenbrand K. M, Larsen P. G. Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics*, 2002 110(5), e59.
35. Haughwout JC, Eglash AR, Plane MB, Mundt MP, Fleming MF. Improving resident's breastfeeding assessment skills : a problem-based workshop. *Family Practice* 2000; 17 : 541-546.
36. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane Library* 2012, Issue 5
37. Bonhomme C, Barot D, De Flamesnil F. Evaluation du réseau de soutien de l'allaitement maternel dans la Somme. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* 2000 ; 6
38. Laborde L, Fulcheri, Gelbert-Baudino N, Schelstraete C, Mathieu M, Durand M, Baudino F, Vié Le Sage F, Gothie I, Roche F, Devoldere C, Salinier C, Gout i JP, Plasse M, Caron FM, François P , Labarere J. Intérêt du Breastfeeding Assessment Score pour la prédiction du sevrage précoce de l'allaitement maternel en France. *Arch pédiatr* 2007 ;14 : 978-984

Sites Internet :

39. Site de la Leche League France : <http://www.lllfrance.org/Fonds-documentaire>
40. Site du CERDAM (Centre Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel) :  
<http://www.info-allaitement.org>
41. Site de la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) :  
<http://coordination-allaitement.org/>

## **VII ANNEXES**

## ANNEXE 1

1. Etes-vous ? Sage-Femme Médecin généraliste Pédiatre
- Médecin de PMI Puéricultrice
2. Etes-vous ? Un homme Une femme
3. Etes-vous âgé(e) de :  
Moins de 35 ans ? 36 à 45 ans ? 46 à 55 ans ? Plus de 56 ans?
4. Exercez-vous en :  
Zone urbaine ? Zone semi-rurale ? Zone rurale?
5. Abordez-vous l'allaitement avec les femmes qui allaitent en post-partum ?  
Très souvent Régulièrement Parfois Jamais
6. Avez-vous une formation spécifique de l'allaitement maternel ? OUI NON  
*Si OUI, de quel type ?*  
Consultante IBCLC DIU lactation humaine Autres .....
7. Pratiquez-vous déjà des consultations dédiées à l'allaitement dans le premier mois post-partum?  
Très souvent Régulièrement Parfois Jamais
8. Quelles questions devrait-on aborder lors de cette consultation ? :
- le déroulement de la grossesse et de la naissance de l'enfant ? OUI NON
  - la mise en route de l'allaitement à la maternité ? OUI NON
  - le rythme des tétées : fréquence, durée, comportement du bébé pendant et entre les tétées ? OUI NON
  - les selles et les urines du bébé (fréquence, aspect)? OUI NON
  - l'évolution du poids du bébé depuis la naissance ? OUI NON
  - le sommeil de l'enfant ? OUI NON
  - le vécu de la mère depuis son retour à domicile (fatigue, difficultés de sommeil, manque de confiance, culpabilité, existence de soutien dans l'entourage) ? OUI NON
  - l'utilisation d'un bout de sein, d'une sucette ? OUI NON
  - l'utilisation de compléments (type, fréquence, quantité) ? OUI NON
  - l'utilisation d'un tire-lait ? OUI NON
  - Autres thèmes à aborder : .....
9. Quels seraient les objectifs de cette consultation dédiée à l'allaitement maternel ?
- traiter une pathologie intercurrente de la mère et/ou de son enfant? OUI NON
  - aider à la relance de la lactation en cas de baisse de lait ? OUI NON
  - aider à l'expression du lait en cas d'engorgement ? OUI NON
  - renforcer la confiance de la mère dans sa capacité à allaiter? OUI NON
  - apporter les informations nécessaires au prolongement d'un allaitement exclusif ? OUI NON
  - anticiper les éventuels problèmes que la mère pourrait rencontrer dans l'avenir ? OUI NON
  - Autres objectifs : .....

## ANNEXE 1

10. Aborderiez-vous au cours de cette consultation la question de :
- |   |     |     |                     |
|---|-----|-----|---------------------|
| - L'alcool, du tabac, des drogues ?       | OUI | NON | Seulement si besoin |
| - L'automédication ?                      | OUI | NON | Seulement si besoin |
| - La reprise du travail ?                 | OUI | NON | Seulement si besoin |
| - Les modalités de sevrage ?              | OUI | NON | Seulement si besoin |
| - La contraception ?                      | OUI | NON | Seulement si besoin |
| - Les modalités de tirage du lait ?       | OUI | NON | Seulement si besoin |
| - Les modalités de conservation du lait ? | OUI | NON | Seulement si besoin |
| - Autres sujets à aborder : .....         |     |     |                     |
11. Donneriez-vous les coordonnées :  
- d'autres professionnels pour aider au suivi de l'allaitement ?
- |   |     |                     |
|---|-----|---------------------|
| OUI   | NON | Seulement si besoin |
| - d'associations de soutien à l'allaitement ? |     |                     |
| OUI   | NON | Seulement si besoin |
12. En cas de problème avec l'allaitement, proposeriez-vous une (d') autre(s) consultation(s) de suivi à distance ?
- |     |     |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|
13. Pour réaliser cette consultation, auriez-vous besoin d'outil(s) d'aide à la consultation ?
- |     |                                |
|-----|--------------------------------|
| OUI | NON, car vous en possédez déjà |
|-----|--------------------------------|
- Si OUI, auriez-vous besoin de (plusieurs réponses possibles) :*
- Pré-questionnaires (à distribuer en salle d'attente par exemple)
  - Fiches illustrées à visée pédagogique
  - Fiches type afin de suivre une trame préétablie pour la consultation
  - Brochures permettant de compléter les informations délivrées
  - Autres .....
14. Pensez-vous que cette consultation doit-être systématique ?
- |     |     |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|
- Si OUI, pourquoi ?*.....
- Si NON, pourquoi et à qui la destinez-vous ?* .....
15. Combien de temps pensez-vous que la consultation doit durer en moyenne ?
- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Moins de 15 minutes    | Entre 15 et 30 minutes |
| Entre 30 et 45 minutes | Plus de 45 minutes     |
16. Auriez-vous besoin d'une formation supplémentaire afin d'effectuer ce type de consultation ?
- |     |     |
|-----|-----|
| OUI | NON |
|-----|-----|
- Si OUI, de quel type ?*.....
17. Opinions ou remarques que vous n'auriez pas pu exprimer dans ce questionnaire :

## **ANNEXE 2 : Lettre accompagnant le questionnaire**

Aude Métivier-Lecoivre

xxxxxx, le 20 septembre 2011

Adresse : xxxx

Téléphone : xxxxx

Mail : xxxx

Objet : Thèse de médecine générale

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Je suis actuellement en fin d'internat de médecine générale et je réalise ma thèse sur le suivi des mères allaitantes en post-partum, sous la codirection du Dr Sandra Bigot, pédiatre à l'Hôpital Bretonneau de Tours, et du Dr Jean Robert, médecin généraliste installé à Monnaie.

Dans le cadre de cette thèse, nous souhaiterions avoir l'avis des différents professionnels de santé concernant l'instauration d'une « consultation de soutien à l'allaitement maternel ».

En effet, un plan d'action pour la promotion de l'allaitement (rapport de 2010 du Dr De Turck), établi dans le cadre du PNNS2 (Programme National Nutrition Santé) préconise la mise en place d'une consultation spécifique de l'allaitement entre J 8 et J15 post-partum. Ce rapport se base sur des données de la littérature montrant l'impact bénéfique d'un suivi précoce des femmes allaitantes sur la durée de l'allaitement exclusif. Or ce rapport ne précise pas quel pourrait être le contenu de telles consultations.

Connaissant les différences de pratiques de chacun d'entre vous, l'objectif de ce travail est d'essayer de dégager comment selon vous ce type de consultation devrait se passer.

Pour vos réponses, merci de retourner votre questionnaire rempli au moyen de l'enveloppe ci-jointe, à défaut, merci de le faxer au 02xxxxxxx.

Pour toute information supplémentaire, vous pouvez me joindre soit par mail : xxxxxxxx soit sur mon portable au 06xxxxxxx.

Bien consciente du temps que vous me consacrerez à répondre au questionnaire ci-joint, je vous remercie par avance pour votre collaboration et vous prie d'accepter mes sincères salutations.

Aude Métivier-Lecoivre

## **ANNEXE 3 : Lettre de relance faxée**

Aude Métivier-Lecoeuvre

xxxxxx, le 13 novembre 2011

Adresse : xxxxxxxxx

Téléphone : xxxxxxxx

A l'attention du Dr xxxxxxx

Mail : xxxxx

Fax : xxxxxxxx

*Objet : Thèse de médecine générale*

Chère consœur, cher confrère,

Vous avez du recevoir fin septembre un courrier accompagné d'un questionnaire concernant l'allaitement maternel.

Certaines des personnes interrogées n'ont pas répondu faute de temps ou d'intérêt pour le sujet. Pourtant votre avis m'intéresse énormément, y compris si vous voyez peu ou pas de femmes allaitantes.

Connaissant les différences de pratiques de chacun d'entre vous, l'objectif de ce questionnaire est justement d'essayer de dégager votre avis concernant l'éventuelle instauration d'une consultation de soutien à l'allaitement dans le premier mois postpartum.

Ce questionnaire se veut bref et ne doit pas vous prendre plus de cinq minutes de votre temps. Il me permettra d'étayer l'argumentaire de ma thèse tout en prenant en compte l'hétérogénéité de vos pratiques.

Pour ceux intéressés, vous pouvez me retourner votre questionnaire rempli soit par fax au 02xxxxxxx, soit à mon adresse indiquée en en-tête.

Pour toute information supplémentaire, vous pouvez me joindre sur mon portable ou par mail.

Bien consciente du temps que vous me consacrerez à répondre au questionnaire que je vous réadresse ci-joint, je vous remercie par avance pour votre collaboration et vous prie d'accepter mes sincères salutations.

Aude Métivier-Lecoeuvre

**Avis favorable de la Commissions des thèses  
du Département de Médecine Générale  
en date du 26 MAI 2011.**

**Le Directeur de Thèse**

**Vu le Doyen  
de la Faculté de Médecine de Tours**

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

## **Faculté de Médecine de TOURS**

*LECOEUVRE Aude épouse METIVIER*

**Thèse n°**

64 pages – 18 graphiques

### **Résumé :**

**Les objectifs de l'étude** étaient d'identifier les modalités d'une consultation de soutien à l'allaitement maternel entre J8 et J15 post-partum ; et de proposer une trame de consultation type utilisable par les professionnels de santé concernés.

**Matériel et méthodes.** - Une enquête descriptive transversale a été menée à l'aide d'un questionnaire d'opinion envoyé à 100 professionnels de santé d'Indre et Loire concernés par le suivi des femmes et de leurs enfants en post-partum.

**Résultats.** - Les objectifs principaux pour cette consultation étaient de renforcer la confiance de la mère en sa capacité à allaiter, apporter les informations nécessaires au prolongement d'un allaitement exclusif, aider à la relance de la lactation en cas de baisse de lait.

La question sur le vécu de la mère depuis son retour à domicile est la plus importante. Elle paraît centrale et permet d'ouvrir sur les autres questions d'aspect plus pratique en fonction des problèmes rencontrés par la mère : mise en route de l'allaitement à la maternité, rythme des tétées, et évolution du poids du nourrisson depuis la naissance.

Cette consultation devait être systématique pour 50 % des professionnels. Une formation supplémentaire pour assurer cette consultation était nécessaire pour 50% d'entre eux.

**Conclusion** - La consultation de soutien à l'allaitement maternel est vue comme un espace d'échange personnalisé permettant d'apporter des informations éclairées pour prolonger l'allaitement et aider les mères à mener leur projet d'allaitement comme elles l'entendent. Une formation adéquate des professionnels pour le suivi des femmes allaitantes est nécessaire. L'intérêt de constituer des réseaux de soutien est souligné.

### **Mots clés :**

- Allaitement maternel
- Consultation dédiée
- Post-partum
- Professionnels de santé

### **Jury :**

Présidente de Jury :       Mademoiselle le Professeur Chantal MAURAGE  
Membres du jury :         Madame le Docteur Sandra BIGOT  
                                  Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE  
                                  Monsieur le Professeur Franck PERROTIN  
                                  Monsieur le Docteur Jean ROBERT

**Date de la soutenance** : 18 Septembre 2012