



Modalités de don de compléments lactés et arrêt précoce de l'allaitement maternel de 0 à 1 mois

Coralie Scueil

► To cite this version:

Coralie Scueil. Modalités de don de compléments lactés et arrêt précoce de l'allaitement maternel de 0 à 1 mois. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02383061

HAL Id: dumas-02383061

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02383061>

Submitted on 27 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Ecole de Maïeutique

**MODALITES DE DON DE COMPLEMENTS LACTES
ET
ARRET PRECOCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE
0 à 1 MOIS**

Présenté et publiquement soutenu

Le 26 avril 2019

Par
SCUEIL Coralie
Né(e) le 13/05/1997

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2018/2019

Membres du jury (par ordre alphabétique) :

- Dr FALAISE Nicolas, Pédiatre - Directeur de mémoire,
- Mme HASSLER Pascale - Sage-Femme enseignante,
- Mme JANVIER Elsa – Sage-Femme, CHU Nord Marseille

ANNEXE X : grille d'évaluation du mémoire de fin d'études

EVALUATION DU MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Nom de l'étudiant :

EVALUATION DU TRAVAIL ECRIT

INTRODUCTION A L'ETUDE

* Le contexte de l'étude est présenté de façon claire et synthétique	
* La question de recherche est clairement formulée	
* La question de recherche est pertinente	
* Le ou les objectif(s) de l'étude est ou sont clairement formulé(s)	

DEMARCHE METHODOLOGIQUE

* La démarche méthodologique est adaptée à l'objectif de l'étude	
* Le protocole de recherche est décrit de façon claire et complète	
* Le protocole de recherche décrit a été rigoureusement suivi	

RESULTATS

* Les résultats présentés sont justes et précis	
* Méthode quantitative : les résultats sont présentés de façon judicieuse	
* Méthode qualitative : l'analyse de contenu est présentée de façon judicieuse	
* La section des résultats ne contient pas d'opinion	

DISCUSSION

* La validité de l'étude est discutée (limites, biais)	
* La discussion met en évidence les capacités d'analyse des résultats	
* La discussion s'appuie sur une utilisation pertinente de la bibliographie	
* Les propositions énoncées sont réalistes	
* Les propositions énoncées font preuve de créativité	

CONCLUSIONS DE L'ETUDE

* Les conclusions de l'étude sont en cohérence avec les résultats obtenus	
* Les conclusions de l'étude mettent en évidence la capacité de synthèse	

TITRE ET RESUME

* Le titre reflète correctement le contenu et l'étendue de l'étude	
* Le résumé retrace rigoureusement le contenu de l'étude	
* Les mots-clefs présentés dans le résumé sont pertinents (exacts, exhaustifs, ciblés)	

PRESENTATION DU DOCUMENT

* Le document soumis au jury est clair, lisible et structuré	
* L'expression écrite est satisfaisante (vocabulaire et respect de la langue française)	
* La bibliographie est présentée selon les normes de présentation	
* Le document soumis est présenté sous forme d'article	
* L'article présenté répond aux instructions aux auteurs d'une revue cible	

PARTIE RESERVEE AU DIRECTEUR DU MEMOIRE

L'implication de l'étudiant dans le travail de recherche est satisfaisante	
La charge du travail effectué est satisfaisante	
L'étudiant a progressé tout au long de son travail	

RECEVABILITE DU TRAVAIL ECRIT

• les 17 items grisés sont tous cochés	Etudiant admissible à la soutenance	
• les 17 items grisés ne sont pas tous cochés	Etudiant non admissible à la soutenance	

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

MODALITES DE DON DE COMPLEMENTS LACTES ET ARRET PRECOCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE 0 à 1 MOIS

SCUEIL Coralie
Né(e) le 13/05/1997

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme
Année universitaire 2018-2019**

Validation 1^{ère} session 2019 : **oui** ☐ **non** ☐

Mention : Félicitations du Jury ☐
 Très bien ☐
 Bien ☐
 Assez bien ☐
 Passable ☐

Validation 2^{ème} session 2019 : **oui** ☐ **non** ☐

Mention :

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué dans la réalisation de ce mémoire :

- Docteur FALAISE Nicolas, directeur de ce mémoire. Merci pour votre bienveillance, votre soutien, votre aide, votre compréhension, votre patience et tout le temps passé à répondre à mes multiples mails, questionnements, relectures...
- DONATO Xavier, sage-femme praticien et investigateur clinique à l'Hôpital Saint-Joseph, Marseille (ARC), merci de m'avoir aidée pour la réalisation des statistiques, donné des conseils et avoir corrigé mon travail ;
- HASSLER Pascale, sage-femme enseignante à l'EU3M et personne ressource de ce mémoire, merci d'avoir répondu à mes questions ;
- ZAKARIAN Carole, directrice de l'Eu3M, merci pour l'aide apportée pour la réalisation des statistiques.

Je remercie Docteur Raoul DESBRIERE Chef de service Gynécologie-Obstétrique, la cadre supérieure Sage-Femme-Coordinatrice de Pôle Caroline CARDINALE et les cadres Sage-Femme : Ariane SANCHEZ et Anne BINGUY d'avoir accepté que mon étude soit menée au sein de leur maternité et de leur service.

Un remerciement à Jacques NIM, Contrôleur de Gestion au Centre Hospitalier de Salon de Provence, pour ses conseils et astuces dans l'élaboration des statistiques.

Merci à mes parents, ma sœur, ma famille, mes amis pour tout leur soutien tout au long de ces études :

- Un éternel remerciement à ma super promotion, à mon amie Marie-Charlotte qui me supporte depuis le début et à mes copines de salsa sans qui je n'aurai jamais pu être aussi motivée et courageuse pour en arriver jusque-là !!
- Merci à Marianne mon amie de toujours qui m'accompagne dans toutes les aventures les plus folles et m'apporte toute son amitié inconditionnelle.
- Sans oublier, un immense merci à mon père et à ma mère qui me soutiennent dans tous mes projets et qui sans eux, tout ne serait pas aussi facile. Je vous remercie de me donner confiance en moi.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	Page 7
MATERIELS ET METHODES	Page 12
RESULTATS	Page 14
I-Description de la population	Page 14
a) Mères	Page 14
b) Accouchement	Page 15
c) Nouveau-né	Page 15
II-Résultats principaux	Page 16
a) Pendant le séjour à la maternité	Page 16
b) A un mois de vie	Page 17
c) Arrêt de l'allaitement	Page 20
III- Résultats secondaires	Page 23
ANALYSE ET DISCUSSIONS	Page 26
I-Résumé des principaux résultats	Page 26
a) Indication médicale ou non du complément	Page 26
b) Modalité du don de compléments	Page 32
c) Nombre de compléments	Page 33
d) Résultats secondaires et autres facteurs corrélés au don de compléments	Page 33
e) Arrêt de l'allaitement	Page 34
II-Validité de l'étude	Page 34
a) Limites	Page 34
b) Biais	Page 34
CONCLUSION	Page 36
BIBLIOGRAPHIE	Page 37
RESUME	

INTRODUCTION

L'allaitement maternel exclusif est un acte naturel. Il est marqué par une évolution culturelle et sociétale. C'est également un enjeu de santé publique car il a des bénéfices indéniables et importants sur la santé maternelle et néonatale. (OMS : Organisation Mondiale de la Santé)

En France le taux d'allaitement exclusif à la sortie des maternités est parmi les plus faibles d'Europe : 70.5% des femmes initient l'allaitement maternel en maternité, en comparaison aux pays scandinaves, qui ont des taux d'allaitement exclusif avoisinant les 90%. En France, ce taux baisse jusqu'à 35% à un mois (COFAM 2017).

L'initiation à l'allaitement représente souvent des difficultés pour les mères et/ou le nouveau-né. Le rôle d'un complément, sur indication médicale, serait une aide pour surmonter ses difficultés. Or, le recours aux compléments de lait industriel sans indication médicale est associé à une durée d'allaitement plus courte. Pourtant, le don de ces compléments est une pratique très courante en maternité et ceux-ci sont le plus souvent donnés sans réelle indication médicale.

Ce mémoire s'intéressera aux modalités de don de compléments lactés aux nouveau-nés à la maternité et jusqu'à leur un mois, ainsi que leur influence ou non sur un arrêt précoce de l'allaitement maternel exclusif.

Définitions

Il existe plusieurs types d'allaitement :

- Le lait maternel est adapté au bébé, il évolue en fonction de son âge et de ses besoins. Il est suffisant au cours des 4 à 6 premiers mois de vie : pas besoin de complément. Il reste bénéfique lors de la diversification alimentaire et jusqu'aux 2 ans de l'enfant voire plus (OMS).

L'allaitement maternel présente de nombreux effets à long terme sur la nutrition, la santé, le développement de l'enfant et la santé de sa mère. Il est un bel exemple de relation symbiotique entre le bébé et sa mère.

Bénéfices santé : ces effets sont dose-dépendant...

Pour le bébé : croissance optimale, diminution des infections (ORL et digestives), diminution de la mortalité (dans les pays en voie de développement), de la mort subite du nourrisson (dans tous les pays), de l'allergie cutanée et respiratoire (chez l'enfant à risque), diminution des malocclusions dentaires.

Pour le prématuré : meilleure nutrition, meilleure digestion, diminution du risque d'entérococolite (infection grave des intestins), meilleur développement cognitif (QI) et visuel.

Pour la mère : perte de poids plus rapide, diminution du risque de cancer du sein, de l'ovaire, diminution des infections du post-partum, diminution des hémorragies du post-partum, diminution du risque de dépression du post-partum.

Pour la mère et le bébé : bénéfice sur l'attachement et le développement psycho-affectif.

Mais aussi...écologique (manger propre, local), et économique (lait maternel immédiatement disponible, et potentiellement plusieurs milliards d'économie en frais de santé). « Si l'allaitement n'existait pas encore, la personne qui l'inventerait aujourd'hui mériterait un double prix Nobel de médecine et d'économie, (Lancet, 2016) », Keith Hansen (vice-président de la Banque mondiale chargé du développement humain).(1-2)

- L'allaitement maternel partiel ou mixte consiste pour les mères à donner en plus de leur lait, du lait industriel et ce par choix ou par nécessité. Il peut être donné de différentes façons : au biberon, au gobelet, au DAL (dispositif d'aide à l'allaitement), à la pipette, à la cuillère, à la seringue sans aiguille, etc.(3)

- L'allaitement maternel artificiel qui consiste à donner du lait industriel (ou infantile), dont la composition se rapproche le plus possible du lait maternel, au bébé.

Selon l'OMS, il est recommandé de nourrir les enfants seulement au lait maternel (allaitement exclusif) dès la naissance et pendant les 6 premiers mois de vie.

Epidémiologie

Le taux d'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non (mixte) montre :

- Qu'au niveau national, il a légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7% à 66,7%, et reste faible en comparaison des autres pays européens (EUROPERISTAT, 2013). L'évolution la plus marquante concerne l'allaitement maternel exclusif : il avait augmenté à partir de 1995, et a baissé de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 60,3 % à 52,2 %. Cette évolution pourrait être expliquée par un changement des préférences des femmes entre les deux enquêtes ; elle met en avant la nécessité de poursuivre une politique active en faveur de l'allaitement maternel et de réfléchir à l'organisation du soutien à l'allaitement en suites de couches. (Annexe 1) De plus la formation des soignants est plus renforcée, l'allaitement maternel est abordé dès la formation initiale et peut être approfondi par des formations continues (diplômes inter universitaires, formations IHAB,...).
- Qu'au niveau régional, cela varie de manière très importante entre les régions. La part des nouveau-nés allaités est très inférieure au taux moyen national dans trois régions : les Hauts-de-France (53,4 %), la Bretagne (57,8 %) et les Pays de la Loire (58,2 %). Les régions où le taux d'allaitement maternel est le plus élevé sont la région parisienne (76,9 %, dont 79,6 % de nouveau-nés allaités à Paris), la région P.A.C.A (72,1 %) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (71,1 %, dont 75,2 % dans le département du Rhône). (Annexe 2)

Comme précédemment précisé, le taux d'allaitement maternel à la sortie des maternités montre qu'en France, ce taux est parmi les plus faibles d'Europe : 70,5% des femmes initient un allaitement en maternité, alors que les pays scandinaves ont un taux d'allaitement exclusif avoisinant les 90 %. Ce taux baisse très rapidement : il passe à 35 % dès un mois, chute à 10 % à trois mois et n'est plus que de 1,5 % à 6 mois (taux que l'OMS appelle à porter à au moins 50 % partout dans le monde). (4)

Même si l'allaitement maternel peut paraître simple et naturel quand il est bien mis en place et régulé, il comporte parfois des difficultés dans son initiation et son déroulement ; nécessitant un soutien pour maintenir une pratique adaptée de l'allaitement. (5)

Pour cela le programme international IHAB (Initiative pour un hôpital ami des bébés) a été lancé par l'OMS et l'UNICEF International en 1992. Il est destiné aux professionnels de santé des services de maternité et de néonatalogie (publics ou privés). Il permet d'améliorer l'accueil des nouveau-nés, de protéger, de soutenir et d'encourager l'allaitement maternel. Il favorise un accompagnement optimal des parents pendant la grossesse, à la naissance et durant le séjour dans le service. (6)

Celui-ci repose sur trois principes et douze recommandations reprenant et complétant les « 10 étapes pour un allaitement réussi » de l'OMS. (Annexe 3)

La Maternité de l'hôpital de saint-joseph

La maternité de Saint-Joseph à Marseille dans laquelle s'est déroulée l'étude, fait partie des maternités désirant obtenir ce label. De niveau 2, elle dispose d'une unité d'obstétrique ainsi que d'une unité d'hospitalisation de néonatalogie. Le secteur des consultations obstétricales, échographiques et anesthésiques prend en charge la surveillance de la grossesse. Il est assuré par des sages-femmes et des médecins. Les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité sont organisées à la maternité par les sages-femmes. L'unité d'obstétrique comprend :

- 60 lits de suites de naissance,
- 19 lits de grossesses à risques,
- un bloc obstétrical, doté de 10 salles d'accouchement et de 2 salles de césariennes,
- une unité d'échographie de dernière génération.

L'ensemble de la structure obstétricale travaille en étroite collaboration avec le service de Pédiatrie et de Néonatalogie permettant ainsi à la Maternité d'être classée en niveau II B. (7)

En 2018, 4863 naissances ont été recensées à la maternité de Saint Joseph et les taux d'initiation et à la sortie de l'allaitement étaient de 70%. (Annexe 4)

Une des douze recommandations est de privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. (Annexes 5, 6, 7 et 8)

Les compléments

Le complément correspond au lait donné en plus des tétées. Ce peut être une préparation de substitution pour nourrisson, une tisane, (le lait maternel exprimé ne sera pas étudié dans cette étude) lorsque ce dernier ne suffit plus à couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant. (8)

Actuellement l'utilisation de compléments de lait artificiel est généralement liée :

- à la crainte de l'hypoglycémie et de l'insuffisance d'apports,
- à la perte de poids jugée excessive,
- aux tétées considérées comme trop espacées ou rapprochées,
- à la fatigue maternelle et surtout aux difficultés à gérer les pleurs des bébés,
- aux angoisses des mères.

Cela se produit en particulier la nuit et pendant les premiers jours de vie. Il s'agit le plus souvent d'utilisation abusive et injustifiée. (9)

Une étude suédoise retrouve un pourcentage de don de compléments pendant la première semaine de vie de 22,2 % en cas de primiparité et de 18,7% en cas de multiparité (différence non significative). (10)

De plus, l'utilisation de compléments de lait artificiel est associée à un sevrage plus précoce. (9)

La majorité des études met en évidence une association négative significative entre utilisation de compléments et durée d'allaitement total et exclusif. (11-12)

Que les mères soient primipares ou multipares, le suivi du taux d'allaitement montre que, les durées d'allaitement exclusif sont significativement plus courtes en cas de compléments donnés sans indication médicale comparativement à l'absence de compléments ou de compléments donnés pour indication médicale ($p < 0.001$).

Même si l'usage de compléments est fortement associé à un sevrage plus précoce, il n'en est pas nécessairement toujours la cause directe. C'est généralement un marqueur de difficultés de démarrage de l'allaitement ou d'une faible motivation maternelle. Comme c'est un facteur de risque d'échec d'allaitement, il doit être pris en compte et justifie une surveillance accrue après la sortie de maternité. (13)

Selon les modalités du don de complément (nombre, quantité donnée, mode, indication médicale ou non, chronologie) l'arrêt de l'allaitement maternel pourrait être plus ou moins précoce.

Ce mémoire s'interrogera sur les modalités du don de compléments lactés donnés, aux nouveau-nés allaités, à la maternité Saint Joseph, et si ces modalités peuvent influencer l'arrêt de l'allaitement durant le séjour à la maternité, à la sortie de maternité et à un mois de vie.

L'objectif principal est de trouver un lien entre les modalités du don de complément (nombre, quantité donnée, mode) par le personnel soignant ou la patiente en maternité et l'arrêt précoce de l'allaitement maternel.

L'objectif secondaire est d'évaluer le devenir de l'allaitement maternel (exclusif, partiel, ou arrêt) jusqu'à un mois de vie.

MATERIELS ET METHODE

Rappel des objectifs de recherche :

L'objectif principal est de trouver un lien entre les modalités du don de complément (nombre, quantité donnée, mode) par le personnel soignant ou la patiente en maternité et l'arrêt précoce de l'allaitement maternel.

L'objectif secondaire est d'évaluer le devenir de l'allaitement maternel (exclusif, partiel, ou arrêt) jusqu'à 1 mois de vie.

- Type d'étude :

C'est une étude quantitative prospective. Une étude prospective est une étude dont la collecte des données porte sur des événements à venir. Elle consiste à examiner et à suivre un groupe de sujets exposés à un risque.

- Population

La population a été sélectionnée par un échantillonnage sélectif.

Afin de limiter au maximum les biais il a été inclus dans l'étude les nouveau-nés à terme, eutrophes, nés par voie basse et singleton. N'ont pas été inclus les prématurés, les naissances par césarienne, les hémorragies de la délivrance, les petits poids de naissance, les jumeaux, les macrosomes.

Ont été exclus de l'étude les allaitements artificiels et les sorties précoces.

- Lieu et durée

L'étude s'est déroulée à la maternité Saint-Joseph à Marseille, de mai à septembre 2018.

- Instruments et protocoles

Deux questionnaires distincts ont été réalisés : l'un au lit des patientes en suite de couche et l'autre par téléphone à un mois. (Annexe 9)

Pour les questionnaires en suites de couche, les patientes étaient interrogées la veille de leur sortie théorique à J2 (3ème jour de vie) ou J3 (4ème jour de vie) pour avoir une information globale de leur séjour à la maternité.

Pour les questionnaires à un mois, les patientes étaient interrogées par téléphone pour obtenir la suite de leur évolution du premier questionnaire jusqu'à ce jour.

Il avait été calculé le nombre de sujets nécessaire à l'étude pour qu'elle soit assez puissante. A la Maternité de Saint- Joseph sur environ 100 allaitements maternels, 20 sont complétés. Il aurait donc fallu environ 500 sujets pour avoir 100 allaitements complétés à la sortie. Du fait des facteurs d'inclusions précis et par manque de temps il a pu être recueilli 250 questionnaires. 210 ont été remplis en entier et 40 ont été complétés en suites de couche mais sans réponses aux appels téléphoniques.

- **Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire en suites de couche est séparé en deux parties :

- une partie description, qui a été inspirée des facteurs de risques pouvant limiter ou réduire la durée de l'allaitement maternel, que cela soit au niveau maternel (exemple : précarité, IMC, PNP, soutien,...), de l'accouchement (exemple : voie basse avec instrument ou non) ou du nouveau-né (poids du nouveau-né, perte de poids) et permettant aussi d'inclure ou d'exclure les patientes de l'étude.
- la deuxième partie, concerne plutôt les modalités du don de compléments (mode, chronologie, indication médicale ou non, type d'allaitement au jour du questionnaire).

Le questionnaire à un mois concerne le devenir de l'allaitement maternel (exclusif, mixte, arrêt) au jour de l'appel et le devenir et modalités du don de compléments s'il y en a eu.

Il a été mesuré plusieurs types de variables. Il est noté des variables qualitatives telles que :

- Les modalités d'administration (biberon ou alternatives),
- L'indication médicale ou non (exemple : perte de poids ou à la demande de la mère),
- La parité, peau à peau et tétées précoces, premier allaitement, préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), soutien (du père, des soignants).

Et a été relevé également des variables quantitatives telles que :

- Le nombre de compléments donnés (à la maternité, à la maison),
- Le taux d'allaitement (exclusif, artificiel, partiel/arrêt) à la maternité, sortie, 1mois, heure du don.

Dans ce mémoire l'allaitement sera considéré comme exclusif, si le sein est donné exclusivement.

Par exemple, les patientes qui ont donné des compléments les deux premiers jours de vie mais qui n'en donnaient plus au troisième et quatrième jour, ont été considérées comme ayant un allaitement exclusif. Ainsi, que les patientes qui ont donné des compléments de manières occasionnelles à la maison (toutes les une à deux semaines) ont été considérées comme ayant un allaitement exclusif.

Les questionnaires ont été élaborés à partir des déterminants sociaux de l'allaitement (14), des recommandations pour le don de complément (15) et des facteurs pouvant être à l'origine de l'arrêt de l'allaitement maternel après la sortie de maternité (16).

- **Analyse statistique**

Pour l'analyse statistique, les données ont été rentrées sur tableur Excel. Les statistiques ont été utilisées en données brutes, en pourcentages, en calcul de moyennes et de médianes. Il a été également réalisé des tableaux croisés dynamiques.

Pour le calcul de la valeur du « p » il a été utilisé le test Chi2. Lorsque l'effectif était trop faible, il a été utilisé le test exact de Fisher (inférieurs à 5). Grace au logiciel en ligne TGVbiostat.

Quelques valeurs de « p » ont été calculées avec le logiciel PSPP.

RESULTATS

I- Description de la population

250 questionnaires ont été recueillis, 210 remplis en entier et 40 complétés que jusqu'en suites de couche.

168 patientes ont allaité exclusivement pendant le séjour à la maternité et 82 ont donné des compléments (à la maternité et/ou au retour à domicile).

a) Mères

- Age maternel :

L'âge moyen est de 32 ans (la patiente la plus jeune avait 18 ans et la plus âgée 47 ans).

- Taille, poids, IMC :

La taille moyenne est de 165 cm et l'indice de masse corporel (IMC) moyen est 23.

9.2% des femmes ont un IMC supérieur ou égal à 30 (n=23), 2.4% des femmes sont obèses (n=6) et 8% des femmes ont une IMC inférieur ou égal à 18,5 (n=19).

La prise de poids moyenne pendant la grossesse est de 13kg.

- Niveau d'étude/ Activités professionnelles :

62,8% des femmes ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (n=157).

72% de femmes sont actives professionnellement (n=180) et 97,2% de femmes sont en couple (n=243).

- Expérience d'allaitement maternel :

Dans cette étude, parmi les multipares 95,6% ont déjà eu une expérience d'allaitement (n=108), ce qui représente 44,0 % de toutes les patientes (n=110).

- Gestité/parité :

La population compte 45,2 % de multipares (n=113) et 54.8% de primipares (n=127).

- PNP :

51,6 % des patientes ont eu pendant leur grossesse un cours de préparation à la naissance (PNP) dont le thème concernait l'allaitement (n=129).

- Difficultés d'allaitement :

34 % des femmes interrogées pendant le séjour à la maternité déclarent avoir eu des difficultés d'allaitement (n=85).

23,9% des multipares ressentent des difficultés d'allaitement (n=27) contre 42.3% des primipares (n=58).

b) Accouchement

- Anesthésie : 90% des femmes ont eu la péridurale (n=225).
- Mode d'accouchement voie basse : 77,2% (n= 193) des femmes ont accouché par voie basse sans instruments.
- Peau à peau : 98% (n=245) des femmes ont pu faire du peau à peau à la naissance avec leur bébé.

c) Nouveau-né

- Terme de la naissance : la moyenne du terme de naissance est de 279 jours soit environ 40 semaines d'aménorrhée (SA), le plus jeune a 259 jours soit 37 SA et le plus âgé a 294 jours soit 42 SA.
- Poids de naissance : Le poids de naissance moyen est de 3346g.
- Perte de poids : La perte de poids moyenne est de 5,64%.

II- Résultats principaux

La population analysée sont les nouveau-nés ayant reçu un ou des complément(s) pendant le séjour à la maternité et/ou après la sortie de maternité.

32,8% des nouveau-nés ont reçu des compléments durant leur séjour à la maternité (n=82), parmi eux 63,4 % ont une mère primipare (n=50) et 36.6% ont une mère multipare (n=30).

Parmi les multipares qui avaient déjà une expérience d'allaitement, 25.9% ont donné un ou des complément(s) (n=28).

54,9% des nouveau-nés complétés ont eu un biberon (n=45) et 45,1% ont eu une méthode alternative au biberon (n=37), 13,6% ont eu à la fois des biberons et des méthodes alternatives au biberon (n=11).

a) Pendant le séjour à la maternité

- Indication du complément

Tableau 1 : Indication du complément en fonction du motif du don pendant le séjour à la maternité

Indications médicales n=2			Indications non médicales n=80		
Motif(s)	Pourcentage	Nombre	Motif(s)	Pourcentage	Nombre
Suspension de l'allaitement en raison d'une séparation temporaire de la mère et de l'enfant		N=1	Douleur	25,0%	N=20 dont n=9 exclusivement pour ce motif
			Pleurs du nouveau-né	22,5%	N=18 dont n=1 exclusivement pour ce motif
			Montée de lait tardive	3,8%	N=3 et n=3 exclusivement pour ce motif
			Nouveau-né somnolent/refus sein	33,8%	N=27 dont 15 exclusivement pour ce motif
Apport de lait inadéquat (perte de poids, déshydratation, selles rares)		N=1	Fatigue maternelle	20,0%	N=16 dont 4 exclusivement pour ce motif
			Malformation du mamelon	7,5%	N=6 dont 1 exclusivement pour ce motif
			Autres motifs	15,0%	N=12 dont 6 exclusivement pour ce motif
			Volonté maternelle	13,8%	N=11 dont 8 exclusivement pour ce motif

b) A 1 mois de vie

En considérant toute la population, 74.29% des primipares n'allaitent plus à 1 mois contre 25.71% des multipares ($p=0.011$).

58,5% de femmes ayant donné des compléments à la maternité continuent à allaiter à 1 mois ($n=48$).

• Modalités du don de compléments

Tableau 2 : Pourcentage et nombre de patientes continuant l'allaitement à 1 mois (qu'elles aient donné ou non des compléments à la maternité) en fonction du don de compléments ou non après la sortie de la maternité.

		Patientes ayant donné des compléments à la maternité et continuant l'allaitement à 1 mois ($n=48$)		Patientes n'ayant pas donné de complément à la maternité et continuant l'allaitement à 1 mois ($n=125$)		Significativité
		Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	
Compléments donnés après la sortie de la maternité	Au total	58.3%	N=28	20.8%	N=26	$p < 0.01$
	Primipares	31.3%	N=15	15.2%	N=19	$p=0.170$
	Multipares	27.0%	N=13	5.6%	N=7	
Pas de compléments donnés après la sortie de la maternité	Au total	41.7%	N=20	79.2%	N=99	$p<0.001$
	Primipares	22.9%	N=11	35.2%	N=44	$p=0.366$
	Multipares	18.8%	N=9	44.0%	N=55	

Tableau 3 : Poursuite de l'allaitement à 1 mois chez les patientes ayant donné des compléments à la maternité en fonction de la parité puis en fonction des modalités du don de compléments donnés à la maternité (biberon ou alternative).

	Primipares ($n=52$)		Multipares ($n=30$)		Significativité « p »
	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	
Allaitement poursuivi à 1 mois ($n=48$)	50.0%	N=26	73.3%	N=22	$p=0.001$
Allaitement poursuivi à 1 mois, patiente ayant donné un biberon comme complément à la maternité ($n=20$)	38.5%	N=10	45.5%	N=10	$p=0.2213$
Allaitement poursuivi à 1 mois ayant donné une autre alternative de complément à la maternité ($n=28$)	61.5%	N=16	54.5%	N=12	

A un mois tous les compléments qui ont été donnés ne sont seulement que des biberons, les méthodes alternatives au biberon n'ont pas été utilisées une fois de retour à la maison.

- **Indication du don de compléments et nombre de compléments donnés**

61.54% des primipares ayant donné des compléments à la maternité ont arrêté à 1 mois (p=0.002).

Parmi les multipares ayant donné des compléments à la maternité seulement 10.23% n'allaitent plus à 1 mois.

Dans l'échantillon il n'a pas été observé de différence significative sur le taux d'arrêt d'allaitement maternel à 1 mois entre les multipares ayant donnés ou non un complément à la maternité (p=0.753).

Il peut être comparé, chez les femmes continuant d'allaiter à un mois, l'indication du don de compléments et le nombre de compléments donnés, entre les femmes ayant donné des compléments à la maternité et celles qui n'en ont pas donné :

- Parmi les femmes ayant donné des compléments à la maternité :
58,3% des femmes continuent à donner des compléments à 1 mois (n=28),
17.9% en ont donné pour raison médicale (n=5),
82.1% en ont donné pour raison non médicale (n=23).

Tableau 4 : Indication du complément en fonction du motif du don après la sortie de maternité chez les patientes ayant donné des compléments à la maternité.

Indications médicales n=5			Indications non médicales n=23		
Motif(s)	Pourcentage	Nombre	Motif(s)	Pourcentage	Nombre
Suspension de l'allaitement en raison de la prise de certains médicaments		N=1	Douleur		N=1 dont n=1 exclusivement pour ce motif
			Pleurs du nouveau-né	17.4%	N=4 et n=1 exclusivement pour ce motif
			Montée de lait tardive		N=0
			Nouveau-né somnolent/refus sein		N=1 et n=0 exclusivement pour ce motif
Apport de lait inadéquat (perte de poids, déshydratation, selles rares)		N=3	Fatigue maternelle	30.4%	N=7 dont 5 exclusivement pour ce motif
			Malformation du mamelon		N=0
			Autres motifs	21,7%	N=5 dont 4 exclusivement pour ce motif
Intolérance aux protéines		N=1	Volonté maternelle	34,8%	N=8 dont 6 exclusivement pour ce motif

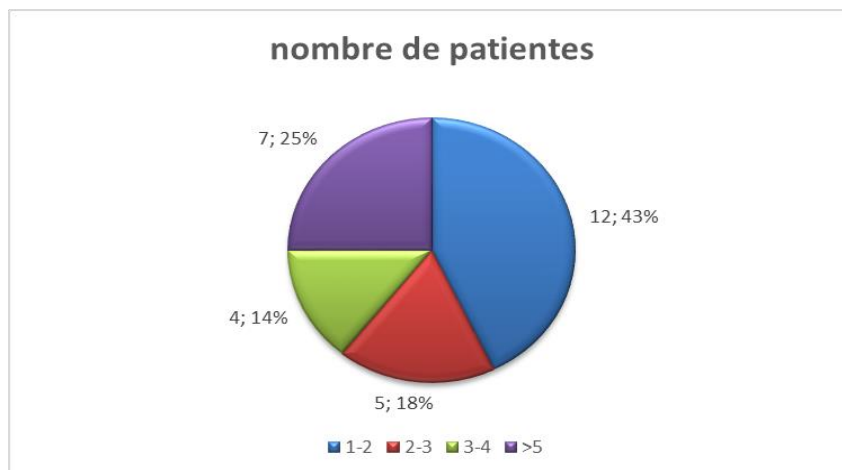


Figure 1 : Pourcentage et nombre de patientes, en fonction du nombre de biberons donnés par jour, dans le groupe de patientes ayant déjà donné des compléments à la maternité.

- Parmi les femmes n'ayant pas donné de complément à la maternité :
 20.5% ont donné des compléments à 1 mois (n=26),
 38.5% en ont donnés pour raison médicale (n=10),
 61.5% en ont donnés pour raison non médicale (n=16).

Tableau 5 : Indication du complément en fonction du motif du don après la sortie de maternité chez les patientes n'ayant pas donné des compléments à la maternité.

Indications médicales n=10			Indications non médicales n=16		
Motif(s)	Pourcentage	Nombre	Motif(s)	Pourcentage	Nombre
Douleur intolérable pendant les tétées, non soulagée par les interventions		N=2	Douleur		N=3 dont n=1 exclusivement pour ce motif
			Pleurs du nouveau-né		N=2 et n=0 exclusivement pour ce motif
			Montée de lait tardive		N=0
			Nouveau-né somnolent/refus sein		N=0
Apport de lait inadéquat (perte de poids, déshydratation, selles rares)		N=6	Fatigue maternelle	43.8%	N=7 dont 1 exclusivement pour ce motif
			Malformation du mamelon		N=0
			Autres motifs	56.3%	N=9 dont 5 exclusivement pour ce motif
Suspension de l'allaitement + apport de lait inadéquat		N=2	Volonté maternelle		N=2 dont 1 exclusivement pour ce motif

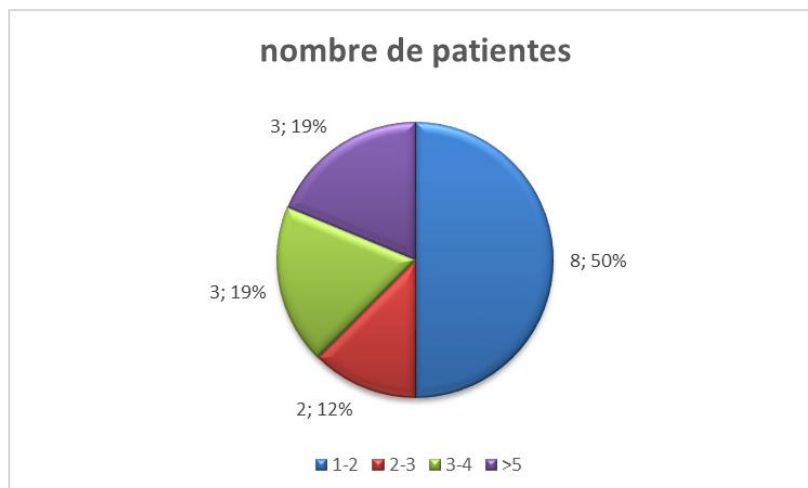


Figure 2 : Pourcentage et nombre de patientes, en fonction du nombre de biberons donnés par jour, dans le groupe de patientes n'ayant pas donné de compléments à la maternité.

c) **Arrêt de l'allaitement**

Tableau 6 : Comparaison de l'arrêt de l'allaitement à la sortie de maternité et à 1 mois en fonction de la raison maternelle du don.

Arrêt de l'allaitement	Parité	Indication maternelle du don de compléments					
		Douleur maternelle	Pleurs du nouveau-né	Montée de lait tardive	Nouveau-né somnolant /refusant le sein	Fatigue maternelle	Autres
	Primi (49)	13	11	1	21	9	4
	Multi (29)	6	7	3	6	7	8
A la sortie de maternité	Primi	1 arrêt 1 exclusif 11 complétés	5 exclusifs 6 complétés	1 exclusif	2 arrêts 12 exclusifs 7 complétés	2 arrêts 7 complétés	2 arrêts 1 exclusif 1 complété
	Multi	2 arrêts 4 complétés	4 exclusifs 3 complétés	3 complétés	6 exclusifs	1 arrêt 6 complétés	1 exclusif 7 complétés
A un mois	Primi	6 arrêts 4 exclusifs 3 non réponses	3 arrêts 4 exclusifs 4 complétés	1 complété	5 arrêts 6 exclusifs 6 complétés 2 non réponse	4 arrêts 3 exclusifs 1 complété 1 non réponse	2 arrêts 2 non réponses
	Multi	3 arrêts 2 complétés 1 non réponse	1 arrêt 4 complétés 2 exclusifs	2 complétés 1 exclusif	1 arrêt 4 exclusifs 1 complété	3 complétés 1 exclusif 1 non réponse	2 arrêts 6 complétés

Sur les 82 patientes ayant donné des compléments à la maternité 48 continuent l'allaitement, 21 ont arrêté et 13 ont été perdues de vue.

nt	Date d'arrêt de l'allaitement																													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
			1	1	3	2				1					2							1								
e					3			1														4								
					1										1															
1)			1	1	7			1		1					3							5								

-Motif de l'arrêt de l'allaitement pour les mères ayant donné des biberons et des méthodes alternatives au biberon à la maternité : 2 pour motif(s) maternel(s).

Tableau 8 et 9 : Nombre de patientes ayant donné le premier complément au premier jour de vie et nombre de patientes ayant arrêté l'allaitement à 1 mois

complément										complément									
J1Nb pat x										J1Nbpat x									
continue										continue									
autres comp										autres comp									
biéron										biéron									
les 2										les 2									
Total généra										Total généra									

Tableau 10 et 11 : Nombre de patientes ayant donné le premier complément à la première nuit de vie et nombre de patientes ayant arrêté l'allaitement à 1 mois

complément O								complément nO							
J1Nb pat (vide)								J1Nbpat (vide)							
								continue alt N							
continue *								continue *							
Nombre de J1Nombre de J1Nb compléNombre de T1Somme de J1Nombre de J1Somme de J1Nombre de J1Somme de N2								Nombre de J1Nombre de J1Nb compléNombre de T1Somme de J1Nombre de J1Somme de J1Nombre de T1Somme de N2							
autres compl								autres compl							
biberon								biberon							
les 2								les 2							
Total généra								Total généra							
27 0 12 20 34 18 10 34								6 0 2 3 3 3 1 1							
28 0 11 18 12 38 22 56								10 0 3 4 5 15 7 19							
9 0 2 5 4 8 5 9								2 0 0 2 5 2 4							
64 0 25 48 30 64 37 99								18 0 5 7 10 23 10 24							

A la première nuit de vie (N1), 25 patientes ont donné leur(s) premier(s) complément(s), seulement 5 ont arrêté l'allaitement à 1 mois (=20%).

complément O							complément O						
J1Nb pat (vide)							J1Nb pat (vide)						
N1Nb pat (vide)							N1Nb pat (vide)						
continue alt N							continue alt N						
continue J1 Nb J1 Comp J1 NBN1 Comp N1 Nb J2 Comp J2 Nb N2 Comp N2							continue J1 Nombre de J1 Nombre de J1 Nb compl Nombre de J1 Somme de J1 Nombre de J1 Somme de J1 Nombre de J1 Somme de J1						
autres compl 15 0 0 11 14 5 19							autres compl 4 0 0 3 3 0						
biberon 17 0 0 8 26 13 34							biberon 7 0 0 3 9 5 14						
les 2 7 0 0 3 6 5 9							les 2 2 0 2 5 2 4						
Total généra 39 0 0 22 46 23 62							Total généra 13 0 0 8 17 7 18						

Valeur p (p-value) de votre test est 0.033.

Il a été observé significativement plus d'arrêts d'allaitement maternel à 1 mois chez les patientes qui ont donné leur premier complément à J2 que chez celles qui l'ont donné à J1.

III- Résultats secondaires

Tableau 14 : Don de compléments en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Pas de compléments		Don de compléments		Total	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
< 20	1	0.59%	0	0%	1	0.40%
Entre 20 et 25	12	7.10%	5	6.17%	17	6.80%
Entre 25 et 30	41	24.89%	24	28.40%	65	26.00%
Entre 30 et 35	59	34.91%	37	45.68%	96	38.40%
> 35	55	32.54%	16	19.75%	71	28.40%
Total générale	168	100.00%	82	100.00%	250	100.00%

Tableau 15 : Mode de compléments en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Biberon		Autres méthodes alternatives au biberon	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
< 20	0	0%	0	0%
Entre 20 et 25	3	3.70%	2	2.47%
Entre 25 et 30	9	8.64%	15	17.28%
Entre 30 et 35	19	17.28%	18	18.52%
> 35	9	11.11%	7	7.41%

Tableau 16 : Don de compléments en fonction du niveau d'étude

Niveau d'étude	Don de compléments				Total
	NON		OUI		
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
< BAC	33	60.00%	22	40.00%	55
BAC	26	68.42%	12	31.58%	38
> BAC	109	70.06%	48	29.94%	157
Total	168	67.60%	82	32.40%	250

Tableau 17 : Don de compléments en fonction de l'activité professionnelle

Activité professionnelle	Don de compléments				Total
	NON		OUI		
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Active	127	70.56%	53	29.44%	180
Etudiante, mère au foyer, jamais travaillé	38	67.86%	18	32.14%	56
Chaumage	2	20.00%	8	80.00%	10
Autres	1	50.00%	3	50.00%	4
Total	168	67.60%	82	32.40%	250

Tableaux 18 et 19 : Jour du premier complément en fonction de la parité : description, moyenne et médiane (p-value=0.016)

Jour du premier complément	J1	J2	N1	N2	J3
primipares (52)	9	15	17	6	4
multi (30)	8	10	5	6	1

Parité	Jour moyen du premier complément	Médiane
Primipares	1.63	2
Multipares	1.43	1

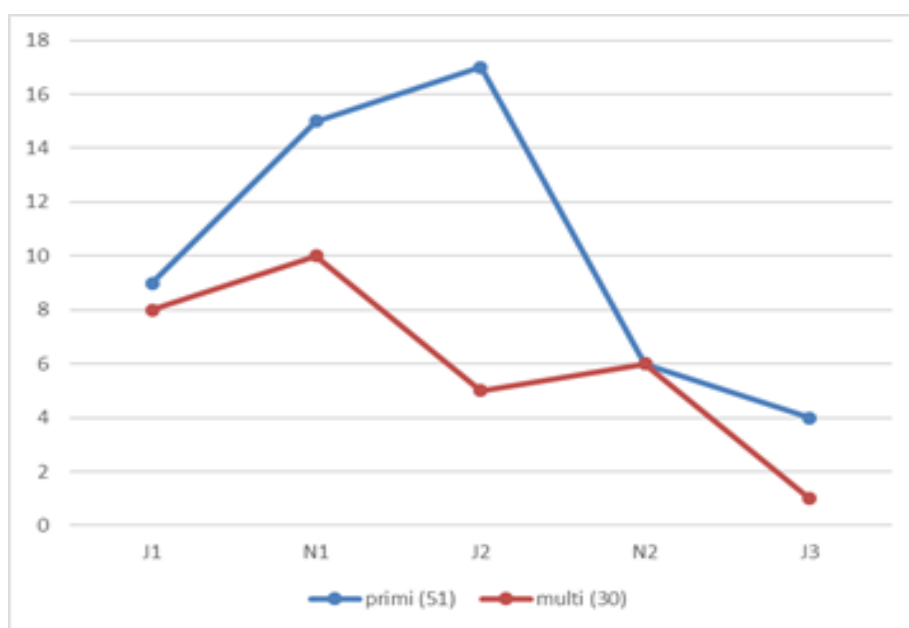


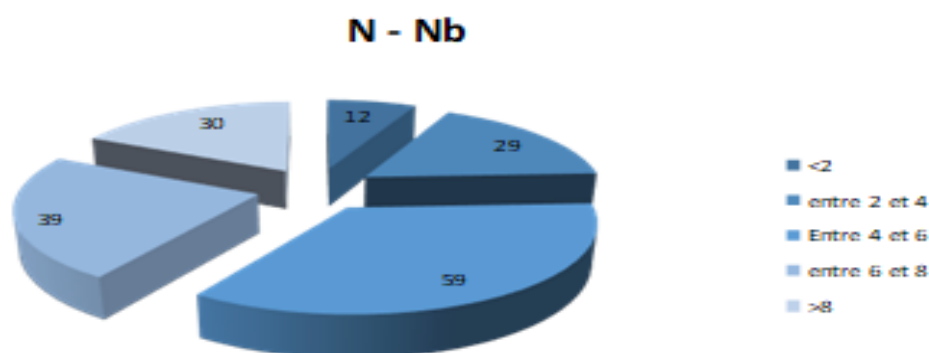
Figure 3 : Jour du premier complément en fonction de la parité

Tableau 20 : Nombre de compléments donnés en fonction de la parité

Parité	Nombre de compléments
1	137
2	69
3	30
Total général	236

Tableau 21: Don de compléments en fonction de la perte de poids du nouveau-né

Prise ou perte de poids	Don de complément				Total	
	NON		OUI			
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
<2	12	4.80%	7	2.80%	19	7.60%
Entre 2 et 4	29	11.60%	13	5.20%	42	16.80%
Entre 4 et 6	59	23.60%	21	8.40%	80	32.00%
Entre 6 et 8	39	15.60%	17	6.80%	55	22.40%
> 8	29	12.00%	24	9.20%	53	21.20%
Total	168	67.60%	82	32.40%	250	100.00%



- **Peau à peau et préparation à la naissance et parentalité (PNP) :**
Le peau à peau ($p=0.643$) et la PNP ($=0.329$) ne semblent pas influencer le taux d'arrêt d'allaitement maternel à un mois entre une primipare et une multipare.
- **Difficultés d'allaitement :**
Les difficultés d'allaitement à la maternité chez les primipares (61.54%) ($p=0.034$) et chez les multipares (55.56%) ($p=0.046$) sont des facteurs importants d'arrêt d'allaitement à 1 mois.
- **Conseils d'allaitement :**
Il n'a pas été observé de différence significative que ce soit chez les primipares ($p=0.600$) et les multipares ($p=0.617$) lorsqu'il a été donné des conseils d'allaitement à la maternité ou non et l'arrêt précoce de l'allaitement.
- **Arrêt de l'allaitement en fonction de la parité et du soutien apporté par le conjoint et/ou les soignants :**

Pour les primipares, il a été observé une différence significative entre les patientes ayant ressenti le soutien du personnel soignant et/ou du père et celles n'ayant pas ressenti ce soutien dans l'arrêt précoce de l'allaitement ($p=0.020$).

Pour les multipares, il a été observé une différence significative entre les patientes ayant ressenti le soutien personnel soignant et celles n'ayant pas eu ce ressenti dans l'arrêt précoce de l'allaitement ($p=0.04$) ; mais pas de différence significative pour le soutien du père ($p=0.403$).

ANALYSE ET DISCUSSION

I) Résumé des principaux résultats

Ce mémoire a pu faire ressortir le fait que les compléments (biberon ou alternative) ont été donnés pour des motifs majoritairement non médicaux que ce soit à la maternité ou de retour au domicile. Il a été observé que l'arrêt de l'allaitement à la sortie pour les primipares qui avaient donné des compléments étaient plutôt dû à des douleurs maternelles, à un nouveau-né somnolant, à la fatigue. Et pour les multipares cela était dû à des douleurs et à la fatigue. A un mois, tous les motifs non médicaux de don de compléments peuvent être la cause d'arrêt d'allaitement mais ces arrêts sont deux fois plus élevés chez les primipares que les multipares.

A un mois 74.9% des primipares n'allaitent plus contre 25.71% des multipares ($p=0.011$).

Les patientes ayant commencé à donner des compléments à la maternité et continuant à en donner sont plus nombreuses à continuer l'allaitement à 1 mois (58.3%) que celles ayant commencé à donner des compléments qu'une fois de retour à domicile (20.8%) ($p<0.01$). Les patientes n'ayant allaité qu'exclusivement depuis le début sont beaucoup plus nombreuses à allaiter à 1 mois (79.2%) ($p<0.001$).

Il n'existe pas de différence significative entre le biberon et les méthodes alternatives au biberon donnés en maternité dans l'arrêt précoce de l'allaitement à 1 mois ($p=0.2213$). De retour à la maison il a été observé que seuls des biberons ont été utilisés comme compléments.

La date d'arrêt de l'allaitement la plus fréquente parmi les patientes ayant donné des compléments est au 4^{ème} jour (souvent date correspondant au lendemain de la sortie de maternité).

Il a été remarqué que lorsque le don de compléments a été débuté à partir de J2, le taux d'arrêt de l'allaitement est plus élevé à un mois (36.4%). Ce taux est moins élevé pour les jours précédents ($=0.033$).

a) Indication médicale ou non du complément

1. Indication médicale ou non : à la maternité

A la maternité, les compléments sont majoritairement donnés pour des raisons non médicales (80 patientes sur 82) dont les motifs les plus récurrents sont :

- La douleur

Dans cette étude la douleur représente 25.00 % des raisons non médicales de don de compléments à la maternité.

Discussion : les principales causes de la douleur peuvent coexister ou survenir successivement et peuvent être nombreuses. Cela peut être des lésions du mamelon, des crevasses, des dermatoses, des infections, un vasospasme/syndrome de Raynaud, une allodynie ou une douleur fonctionnelle.

La douleur et l'inconfort liés à l'allaitement sont courants pendant les premières semaines du post-partum. Il s'agit d'une cause fréquente de sevrage précoce. Dans les premières semaines, le niveau de douleur baisse généralement, mais une femme sur cinq fait état d'une douleur persistante à 2 mois du post-partum. Un inconfort initial au début des tétées peut être considéré comme physiologique, mais une douleur importante ne devrait pas amener la mère à sevrer prématurément son enfant. Dans une étude sur 1 323 mères qui ont arrêté d'allaiter pendant le 1er mois du post-partum, 29,3 % citaient la douleur. (17)

- Le refus du sein par le nouveau-né

Dans cette étude le refus du sein par le nouveau-né représente 33.8 % des raisons non médicales de don de compléments à la maternité.

Discussion : un bébé qui semble refuser le sein dès les premières tétées est souvent un bébé qui a été perturbé pendant l'accouchement ou dans les moments qui ont suivi.

Les médicaments donnés à la mère pendant l'accouchement peuvent induire chez le bébé une hypotonie, une somnolence pendant les premiers jours, qui peuvent être confondues avec un refus du sein. Certaines études semblent montrer que la péridurale peut engendrer une désorganisation chez les nouveau-nés, avec des conséquences possibles sur l'allaitement les premiers jours. (18)

Le réflexe de succion, qui est au plus fort pendant les premières heures après la naissance peut être perturbé par une séparation mère/enfant, et faire qu'ensuite la mise au sein soit plus difficile. Des séparations ultérieures, notamment la nuit, peuvent avoir le même effet, surtout si l'on donne alors des compléments au bébé pour cause de fatigue maternelle.

De même, une mise au sein forcée peut entraîner un réflexe de rejet par le nouveau-né. Par exemple, en tenant sa tête et en la poussant vers le sein, il y a un risque pour qu'il la rejette en arrière. Même si la mise au sein n'est plus aidée, ceci peut se reproduire lors des tentatives suivantes.

La mère par manque d'information, peut ne pas détecter les signaux d'éveils que celui-ci lui envoie et qui montrent qu'il est prêt à téter : yeux qui bougent sous les paupières, lèvres qui font des mouvements de succion, succion des poings, des mains, mouvements des membres, appels par de petits cris doux d'une syllabe... (Annexe 10)

Si ces signaux d'appel ne sont pas perçus au début le bébé va pleurer et si ces signaux sont ignorés le bébé peut replonger assez vite dans un sommeil profond. Si ensuite, pendant ce sommeil profond, il lui est proposé le sein, il n'arrivera pas à se réveiller suffisamment et aura l'air de « refuser » le sein.

D'autres causes sont possibles telles que : la douleur du bébé due à un traumatisme au moment de l'accouchement, un problème médical (cécité, surdité...), un ictère, une hypertonie, une hypersensibilité du bébé aux stimuli, une odeur d'un produit mis sur les mamelons, etc.

Des solutions existent pour aider à faire en sorte que le bébé finisse par prendre le sein, correctement et efficacement sans donner de compléments : un contact peau à peau et un accès au sein en continu, laisser le bébé prendre le sein de lui-même, varier les positions d'allaitement, ou éventuellement tirer son lait et le donner au bébé. (19).

Il existe également une position plus physiologique qui est le biological nurturing (BN). Il s'agit d'une position demi-inclinée. D'après Suzzane Colson, il s'agit autant de la relation avec le bébé que de l'allaitement. Cela inclut la façon de tenir son bébé permettant un contact corporel intime dans lequel les interactions mère-bébé sont aidées par la gravité.

Ces facteurs interagissent pour permettre des comportements instinctifs qui aident les mères et les bébés à démarrer l'allaitement. (20)

- Les pleurs du nouveau-né

Dans cette étude les pleurs du nouveau-né représentent 22.5 % des raisons non médicales de don de compléments à la maternité.

Discussion : le bébé qui pleure n'est pas forcément en demande mais correspond le plus souvent à un comportement d'attachement.

Pleurer représente une dépense d'énergie pour un bébé. Un bébé de petit poids ou somnolent peut donc avoir tendance à économiser ses forces : bien souvent il ne se manifestera pas suffisamment clairement, voire continuera à dormir. Le bébé n'ayant pas assez d'énergie pour pleurer, sa demande ne sera pas entendue et il ne tétera pas suffisamment pour couvrir ses besoins.

Quant à la maman, comme la fréquence, la durée et l'efficacité des tétées sont faibles, ses seins risquent d'être insuffisamment stimulés et drainés pour assurer une bonne mise en place de l'allaitement et une production lactée suffisante. (21)

Les pleurs jouent un rôle crucial pour la survie, la santé et le développement de l'enfant. La qualité et la quantité des pleurs du jeune nourrisson sont cependant très variables, tout comme le sont la nature des réactions parentales. Les pleurs sont physiologiquement pluriquotidiens chez le jeune nourrisson, d'autant que l'enfant est totalement dépendant de sa mère ou de son entourage. Les pleurs augmentent en fréquence et en durée de la naissance jusqu'à l'âge de 6 semaines, où ils peuvent atteindre un pic de 3 heures par jour. Vers l'âge de 3 mois, ils se limitent à une heure par jour.

Cependant, 10 à 20 % des nourrissons peuvent pleurer davantage sans raison apparente : ils ont des coliques ; ce terme regroupe tous les pleurs excessifs. Seuls 5 à 10 % des nourrissons qui pleurent excessivement souffrent d'une maladie organique, et amèneront l'enfant à une prise en charge particulière.

Les pleurs excessifs au cours des premiers mois peuvent être source de frustration et de stress au sein de la famille. Les parents peuvent ressentir un manque de confiance persistant dans leur capacité à prendre soin de leur enfant. Les pleurs inexpliqués du nourrisson et l'inexpérience des parents peuvent engendrer une angoisse irrationnelle, entraînant une augmentation des consultations chez le médecin de ville. Ceci pouvant expliquer la raison d'un don de compléments.

Les pleurs inconsolables du nourrisson peuvent exaspérer ou épuiser certains parents. (22)

- La fatigue maternelle

Dans cette étude la fatigue maternelle représente 20.0 % des raisons non médicales du don de compléments à la maternité. Dans un autre mémoire d'étudiante sage-femme s'intitulant « Le vécu de l'allaitement », la fatigue est également régulièrement ressentie (chez 8 patientes sur 15). (23)

Le sommeil de la femme allaitante et du nouveau-né ont des particularités assez méconnues par le personnel soignant ou les parents. Ces particularités sont sources de fatigue chez les mères et peuvent les faire douter de leurs compétences et de leur confiance en elles. Elles peuvent s'interroger sur le comportement de leur enfant et éventuellement rechercher une solution médicale, ou d'autres modes d'alimentation (arrêt de l'allaitement maternel exclusif par exemple).

Un autre article de H. Ball précise qu'informer les parents avant la naissance et leur offrir une écoute, permet de les aider sérieusement, en anticipant les choses, et en cherchant des solutions pour lutter contre le manque de sommeil :

A la maternité, l'organisation du service ainsi que les visites de la famille peuvent aggraver cet état de fatigue. Aujourd'hui, les maternités proposent une alternative qui serait de conseiller aux mères de limiter les visites en sollicitant l'appui de leur conjoint ou de l'équipe médicale. Il peut leur être proposé des siestes de jour, des micro-siestes (10 minutes), de la relaxation, de se confier à d'autres parents, professionnels et consultantes en lactation.

Les enfants allaités peuvent être nourris plus fréquemment que les bébés nourris au lait artificiel. Ceci a été encouragé et sélectionné par l'évolution : un enfant réveillé plus souvent, est plus fréquemment en interaction avec son environnement, ce qui favorise son développement cérébral. Cela est souhaitable pour la mise en place de l'allaitement. Souvent dans les toutes premières semaines, les demandes sont rapprochées.

Au retour à la maison, une proximité 24 heures sur 24 entre la mère et le nouveau-né doit être conseillée. Le cododo, en respectant les conditions de sécurité facilite l'allaitement maternel à la demande et permet une coordination des rythmes de sommeil de la dyade mère-enfant.

Par contre, il est important que les parents sachent qu'il n'existe aucune preuve fiable, montrant que de passer du lait maternel au lait artificiel ou d'introduire précocement la diversification permettrait d'allonger les temps de sommeil de l'enfant et de la mère. Car globalement, les temps de sommeil sont identiques car les bébés nourris au lait artificiel se réveillent moins fréquemment mais restent éveillés plus longtemps.

En effet, il existe un jeu d'hormones secrétées pendant les tétées (mélatonine, ocytocine, prolactine), offrant un état propice au repos, que ce soit pour la mère ou le nouveau-né.

Pour le nouveau-né, le lait maternel contient de la mélatonine (notamment le lait maternel produit la nuit ou en soirée), favorisant son endormissement. L'allaitement maternel induit, certes des réveils plus fréquents de l'enfant (principe de survie) mais la qualité du sommeil de l'enfant n'en est pas pour autant menacée.

Pour les mères allaitantes, le niveau de prolactine élevé semble jouer un rôle sur la qualité du sommeil de celles-ci. La nuit, le taux de prolactine présente un pic et aide à mieux dormir. (24) La tendance à l'endormissement des femmes qui allaitent n'est pas un signe de fatigue. C'est un état normal, lié au rythme veille-sommeil inhérent à l'allaitement. Il n'y a donc pas lieu de proposer l'introduction de biberons la nuit ou l'arrêt de l'allaitement à une mère qui aurait tendance à s'assoupir trop souvent pendant la journée. Le climat hormonal facilite les petites siestes pendant la journée pour récupérer. L'ocytocine sécrétée pendant les tétées crée un climat de détente, un effet anti-stress et d'apaisement particulièrement propice au repos et à la somnolence. La mère a envie de s'assoupir en même temps que son bébé.

Il n'existe pas de preuves suffisantes attestant que l'allaitement artificiel permettrait aux mères de mieux dormir.

D'après Dr Marie Thirion dans son article « L'allaitement », c'est surtout la maternité qui fatigue. La grossesse, la naissance et les premières semaines avec un nouveau-né sont parfois difficiles. En même temps, le corps subit de profondes modifications hormonales auxquelles il doit s'habituer, et cela fatigue aussi.

A cause de ce mauvais ressenti, bien des mères décident d'arrêter d'allaiter pensant que la fatigue est due à l'allaitement lui-même... Alors que c'est tout le contraire qui se produit. La tétée donne à la mère l'occasion de récupérer. (25)

2. Indication médicale ou non : à la maison

A la maison, tout comme à la maternité les compléments sont aussi donnés le plus souvent pour des raisons non médicales.

Les mères ayant donné des compléments à la maternité et qui continuent d'en donner (23/28) ont pour causes : les pleurs du nouveau-né, la fatigue maternelle, d'autres motifs et la volonté maternelle. Celles n'ayant pas donné de compléments à la maternité et qui ont commencé à en donner à domicile (16/26) ont pour causes : la fatigue maternelle et d'autres motifs.

La fatigue (30.4% chez les mères ayant donné des compléments à la maternité et 43.8% chez les mères n'en ayant pas donnés) et les pleurs (17.4% chez les mères ayant donnés de compléments à la maternité) sont toujours présents à un mois, mais le motif de la douleur a disparu confirmant les propos cités dans les paragraphes précédents.

Les « autres motifs » rapportés par les mères sont : « angoisse », « pas de pression », « glaire », « partage avec compagnon », « rassure », « contrainte », « insuffisance de lait le soir », « reprise du boulot », « je me sens perdue », « tire-lait ».

Même si ces motifs n'ont été cités qu'une fois chacun dans l'étude, seuls l'insuffisance de lait, la reprise d'une activité professionnelle et le partage avec le compagnon seront détaillés ici. Car en discuter semble intéressant et ils sont tout de même des motifs d'arrêt de l'allaitement dans la littérature.

- L'insuffisance de lait

L'insuffisance de lait - réelle ou supposée - est une des raisons la plus fréquemment invoquée par les mères pour arrêter l'allaitement. Dans le travail collectif de l'OMS sur l'allaitement au sein, il a été observé que sur un total de 3 898 mères au Nigéria et au Zaïre, aucune n'étaient incapables de sécréter du lait, même si celles-ci vivent dans des conditions plus précaires que les femmes occidentales. L'insuffisance de lait semble être un phénomène réservé aux pays industrialisés et aux groupes socio-économiques favorisés des pays en développement.

Il semble en fait que mis à part quelques causes purement physiologiques, les raisons émanent plutôt d'un manque d'information sur l'allaitement au sein. D'après une étude, ces causes physiologiques ne représentent au maximum que de 1 à 5 % des cas : une hypoplasie ou agénésie de la glande mammaire et qui est souvent unilatérale, un trouble hormonal tel qu'un trouble de l'axe hypothalamo-hypophysaire, des interventions chirurgicales comme une augmentation ou réduction mammaire.

D'autres causes possibles du manque de lait incluent : une grande fatigue, un stress, un deuil, une dépression sévère, une hémorragie grave en tout début de lactation, une maladie de la mère chronique (hypothyroïdie non traitée, diabète non équilibré, anémie sévère) ou aiguë (en cas de fièvre, un manque d'alimentation ou d'eau peut entraîner une baisse momentanée de la lactation, une rétention placentaire (par persistance des hormones de la grossesse), la prise de certains médicaments, une nouvelle grossesse.

Dans l'immense majorité des cas cependant, la cause du manque réel de lait n'est pas physiologique, mais tient à une non-compréhension de la base même de la lactation : la loi de l'offre et de la demande, qui fait que plus le bébé tète, plus il y a de lait, moins le bébé tète, moins il y a de lait.

Quand une mère manque de lait dans les premiers temps de l'allaitement, c'est très souvent parce qu'elle a suivi les conseils erronés qu'elle a reçus : mise au sein retardée, séparation mère/enfant pour la nuit, limitation du nombre des tétées, limitation de la durée des tétées, respect absolu d'un écart minimum entre les tétées, un seul sein par tétée.

Dans la plupart des cas, il suffirait alors de laisser le bébé téter vraiment à la demande (à condition qu'elle soit assez fréquente) pour voir la lactation augmenter très rapidement.

Malheureusement, très souvent, dans les cas où le nouveau-né perd trop de poids ou ne reprend pas assez vite de poids, des compléments sont proposés à la mère. Ces compléments qui, en plus de tous leurs effets iatrogènes possibles (confusion sein-tétine entraînant des problèmes de succion et des douleurs de mamelons, risque d'allergie, perturbation de la flore intestinale) vont accentuer l'insuffisance de la lactation. En effet, le bébé, après avoir eu des compléments, va moins téter et moins stimuler les seins. Donc moins de lait va être fabriqué, et c'est le début d'un cercle vicieux : le bébé, de plus en plus frustré au sein, va réclamer des compléments de plus en plus importants, allant même jusqu'à refuser le sein.

Pour finir, on peut aussi mentionner tous les cas où la mère et/ou son entourage croient à tort à une insuffisance de lait :

- Un bébé qui réclame beaucoup, va souvent être interprété comme le signe qu'il « meurt de faim » alors qu'il a juste des besoins intenses ou un besoin de succion particulièrement développé.
- Un allaitement bien établi, leurs seins redeviennent souples et moins volumineux, et ne coulent plus entre les tétées, ce qui fait croire à la mère qu'elle n'a plus de lait. Alors que c'est un bon signe d'adaptation et un gain de confort, et non pas d'une baisse de lait.
- En grandissant les bébés ont, à certaines périodes, des "jours de pointe" pendant lesquels ils ont brutalement besoin de plus téter. Une seule chose à faire sera de leur donner plus souvent à téter. (25)

- La reprise d'une activité professionnelle

Dans ce mémoire une des mères interrogées trouvait plus pratique de sevrer en douceur son bébé au biberon plutôt que d'utiliser un tire-lait à la reprise de son activité.

Même si en France l'arrêt de l'allaitement maternel commence bien avant la reprise du travail, la reprise d'une activité professionnelle reste une condition rendant l'allaitement maternel plus difficile. C'est pourquoi il est tout de même intéressant d'en discuter.

La reprise du travail reste une des principales raisons données pour un arrêt précoce programmé de l'allaitement. De nombreuses études confirment ce fait. L'une d'elles montre qu'une des raisons pour un arrêt de l'allaitement est la reprise du travail dans les douze semaines suivant l'accouchement. Chaque semaine supplémentaire de congés augmente la durée de l'allaitement de presque une demi-semaine. Face à cela, deux solutions : allonger le congé de maternité, ou arriver à concilier travail et allaitement.

Certaines femmes se plient à des « plans de sevrage » (supprimer une tétée après l'autre, de telle façon que le bébé soit entièrement au biberon à la reprise du travail) suggérés par l'entourage, les professionnels de santé ou la structure de garde qui devait accueillir l'enfant. Cependant, maintenant elles sont de plus en plus nombreuses à savoir qu'il est possible de continuer à allaiter après la reprise du travail. Il est préférable que la mère soit soutenue par son entourage - en premier lieu le père de l'enfant -, par son médecin, par la/les personnes qui gardent l'enfant, par son employeur, par ses collègues de travail. Et il est important pour elles de connaître d'autres femmes ayant vécu ou vivant la même expérience (réunions de groupes de mères, forums, etc.).

Contrairement aux idées reçues il est conseillé :

- De continuer à allaiter complètement jusqu'à la reprise effective du travail, sans s'inquiéter si le bébé refuse le biberon (ce qui arrive souvent), voire le gobelet ou la cuillère : il l'acceptera de la main de la personne qui le gardera, car il en comprendra alors la nécessité et l'utilité.
- De continuer à allaiter à la demande après la reprise, dès que l'enfant est avec soi (matin, soir, nuit, jours de congé, vacances), même si un lait artificiel a été introduit. Cela ne perturbera pas l'enfant. Au contraire, cela l'aidera à se structurer en lui permettant de faire la différence entre « quand je suis avec maman et que je peux téter » et « quand maman n'est pas là et que je ne peux pas téter ». De plus, cela permettra de garder un nombre de tétées non négligeable, et ainsi d'entretenir la lactation, même avec des horaires irréguliers.
- D'autre part, il est tout à fait possible de concilier travail et allaitement sans jamais tirer son lait. Néanmoins, certaines mères préfèrent que leur enfant ne reçoive que du lait maternel pendant les six premiers mois, comme le préconise l'OMS. Même s'il est couplé à des solides.

Les femmes qui choisissent de tirer leur lait, allaitent généralement plus longtemps que les autres. (26)

Tout ceci est encadré et peut être facilité grâce à la loi. (27) (Annexe 11)

- Partage avec compagnon

Certaines femmes préfèrent donner des compléments à leurs nouveau-nés pour pouvoir partager l'alimentation de celui-ci avec le père. Une étude suggère que la majorité des hommes réagissent par instinct de jalousie. Probablement, pour trouver une place entre la mère et l'enfant, et reprendre sa place principale. (28)

La diversification alimentaire permettrait au père de donner à manger à son enfant, mais pendant l'allaitement le père peut prendre soin de la mère en lui préparant ses repas, en l'installant confortablement afin de la soutenir. Ceci pourrait lui permettre de trouver sa place dans la participation à l'alimentation de son bébé.

b) Modalité du don de compléments

Dans ce mémoire, il a été observé que les compléments ont été donnés de manières différentes.

- A la maternité

Les primipares utilisent plus couramment des alternatives au biberon (cuillère, seringue) alors que les multipares utilisent au contraire plus souvent des biberons. Cette observation peut éventuellement s'expliquer par l'évolution des pratiques proposées. Les primipares n'ayant jamais utilisé le biberon sont peut-être plus ouvertes aux autres alternatives, alors que les multipares sont peut-être rassurées d'utiliser la même méthode pour compléter leur nouveau-né.

- A la maison

Que ce soit des primipares ou des multipares, les compléments sont tous donnés au biberon. Cela soulève des interrogations sur le suivi à domicile de l'allaitement, sur l'information et la formation des professionnels libéraux quant aux différents modes du don de compléments et leur utilisation.

c) Nombre de compléments

- A la maternité

Il a été difficile d'interpréter les résultats, concernant le nombre de tétées par jour et le lien avec l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. Cela est dû à un nombre de patientes trop restreint et à la diversité du nombre de compléments donnés pour chaque patiente et pour chacun des jours (J1-J2-J3).

- A la maison

Comme indiqué plus haut, des mères ont donné des compléments à la maternité et ont continué à en donner à domicile. Pour celles-ci, le nombre de compléments noté par jour était soit un soit cinq. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles aient soit réussi à limiter le nombre de compléments et donc réintroduit les tétées au sein, soit que face à un besoin croissant du bébé elles aient augmenté le nombre de compléments.

Pour celles n'ayant pas donné de compléments à la maternité et qui ont commencé à en donner à domicile, le nombre de compléments noté est de un voire deux par jour. Pour ces patientes, comme il s'agit d'une première introduction, le nombre de compléments donnés est limité.

d) Résultats secondaires et autres facteurs corrélés au don de compléments

- Parité / primo allaitement

Dans ce mémoire, les multipares ou les femmes ayant déjà allaité utilisent peu de compléments en comparaison aux primipares (137 pour les primipares et de 30 à 69 pour les multipares). En effet, celles-ci ayant déjà eu une expérience, peuvent se sentir plus confiantes de leur allaitement.

- Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) / Conseils d'allaitement à la maternité

Dans cette étude, la préparation à la naissance et à la parentalité n'a pas d'influence dans le fait qu'une primipare ou une multipare continue d'allaiter à un mois ou non.

Mais d'autres études, ont montré que le fait de participer à des cours de PNP est associé à des taux d'allaitement plus élevés à la maternité et à un mois du post-partum.

Il est vrai que les cours de PNP permettent de donner les connaissances essentielles sur l'alimentation du nouveau-né et d'encourager l'allaitement maternel. Il a été montré que la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel s'améliorent chez les femmes préparées.

Cette préparation peut se faire grâce à des groupes de discussion permettant le partage d'expérience, grâce au contact individuel avec un professionnel formé à la conduite de l'allaitement ou encore grâce à d'autres sources d'informations (brochures, des manuels d'auto-apprentissages).

En France, 56% des patientes et 78% des primipares réalisent ces séances selon l'enquête périnatale de 2016. Dans ce mémoire, le taux est similaire 51.2% et 81.1% des primipares dont toutes ont eu des informations sur l'allaitement pendant la grossesse.

Dans cette étude les patientes interrogées ayant suivi des cours d'allaitement ont indiqué que les cours théoriques étaient plus faciles que la pratique. Car pour elles, soit il leur manquait des informations, soit que la mise en pratique ne reflétait pas toujours la théorie.

Comme remarqué ci-dessus, des discordances existent sur l'intérêt de cette préparation et ce même au sein des différentes institutions en France. La Haute Autorité de Santé a apporté la preuve que « des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle à l'hôpital ou en dehors et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives augmentant le taux d'allaitement maternel à la naissance et dans certains cas sa poursuite (grade C) ». L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé avait émis un avis plus contrasté : « en période prénatale, l'information seule délivrée individuellement ou en groupe a un impact limité sur le taux d'allaitement maternel [...] les interventions postnatales associées à un contact avant la naissance n'apportent pas un bénéfice supérieur au soutien postnatal seul (grade B) ».

Pour que les patientes aient une information continue il peut leur être proposé des conseils d'allaitement à la maternité. Dans ce mémoire, ces conseils n'influencent pas non plus l'arrêt ou non de l'allaitement à un mois chez les primipares et les multipares. Sachant que toutefois, les patientes n'ont pas les mêmes besoins aux mêmes moments, le plus important c'est qu'au démarrage de l'allaitement maternel elles aient reçues les informations adéquates. (23)

- **Soutien du père et des soignants**

Le rôle du père est de soutenir moralement la maman. L'allaitement implique un effort non négligeable au démarrage. Le premier soutien doit être celui du père de l'enfant, à défaut d'un soutien actif, il peut opter pour un soutien passif, en évitant les critiques inutiles. Il pourra être un peu plus actif en mettant un frein aux avis des autres personnes bien intentionnées qui imposent leur point de vue en matière de puériculture. Enfin, il pourra être vraiment actif en aidant la jeune maman dans d'autres activités : donner le bain à bébé, changer ses couches, le prendre dans les bras, le câliner, gazouiller avec lui, lui chanter des berceuses, l'éveiller au monde qui l'entoure, sont autant de gestes où bébé et papa pourront faire connaissance. (29)

L'encouragement et le soutien des professionnels favorisent la confiance en soi des patientes tout au long du séjour à la maternité. Ce sentiment augmente la durée de l'allaitement. Selon l'ANES, « toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant six mois (grade B) ». Ce soutien est présent à la maternité et perdure au retour à domicile. Depuis quelques années le système PRADO a été mis en place pour favoriser un retour à domicile dans des conditions favorables. Ce dispositif permet un suivi de la mère et de l'enfant et un accompagnement adapté de l'allaitement maternel. (23)

e) Arrêt de l'allaitement maternel

- Les motifs d'arrêt de l'allaitement à la maison, que la mère ait donné des compléments ou non en amont, sont en général dû à des motifs maternels.
- Il est remarqué que les mères qui ont donné des compléments à J2 ont un arrêt maternel plus fréquent à un mois. Alors que les mères qui ont donné des compléments à J1 ont un arrêt de l'allaitement maternel moins fréquent. Peut être faudrait il se demander si le fait de donner des compléments trop proche de la naissance ait un effet sur l'arrêt précoce de l'allaitement. J2 correspondant à la montée de lait, faut-il éviter les compléments au moment où les nouveau-nés sont le plus demandeurs ?

II) Validité de l'étude

a) Limites

Il n'a pas été demandé la quantité donnée du complément car l'information écrite a été trop difficile à relever et que les patientes ne se rappelaient plus les doses exactes pour chaque complément.

Cependant une étude a montré que la quantité de lait consommée est très faible au démarrage, qu'elle est en moyenne par tétée de 7,5 ml pendant les 24 premières heures et de 38 ml au 3^e jour de vie. Pendant cette période, les nouveau-nés ont davantage besoin d'une protection immunitaire que d'un apport nutritionnel. (30)

Les bébés nourris au sein régulent probablement mieux les quantités de lait qu'ils ingèrent que ceux nourris au biberon ; dans cette dernière situation, les mères surveillent les quantités bues et sollicitent plus leurs enfants. (31)

Comme indiqué supra, il a été difficile d'interpréter les résultats, concernant le nombre de tétées par jour et le lien avec l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. Cela est dû à un nombre de patientes trop restreint et à la diversité du nombre de compléments donnés pour chaque patiente et pour chacun des jours (J1-J2-J3).

b) Biais

Biais d'information : il peut y avoir des biais dûs à la mémoire des patientes et au fait d'un regard social « peur de mal répondre » concernant le soutien du père et des soignants.

Biais de sélection : il y a peu de biais de sélection car les sujets ont été sélectionnés de manière précise.

Biais de confusion : l'arrêt précoce de l'allaitement maternel n'est pas obligatoirement dû à un don de compléments, d'autres facteurs peuvent rentrer en jeu tels que la parité, l'âge des patientes, le niveau d'études, la profession.... Mais le biais a été limité le plus possible par une sélection précise : pas de nouveau-né macrosome, ni hypotrophe, pas de césarienne, pas de prématuré, pas de grossesse gémellaire...

Lors du questionnaire téléphonique à un mois de vie, il n'avait pas demandé pour les patientes allaitantes à la sortie de la maternité et qui avaient donné des compléments à un mois, à quel moment elles avaient donné les compléments (à la maternité ou à la sortie) aussi il a fallu rappeler les patientes.

Ce mémoire n'est peut-être pas généralisable à toutes les maternités car il a été réalisé dans une maternité souhaitant obtenir le label IHAB.

CONCLUSION

Cette étude, sur les modalités du don de compléments à la maternité et au retour à domicile jusqu'à un mois, a permis de décrire comment et pourquoi les compléments étaient donnés. Et si cela pouvait avoir une influence sur l'arrêt précoce de l'allaitement maternel.

Les résultats retrouvés mettent en évidence, un taux de don de compléments donnés pour indication non médicale plus important en maternité qu'une fois de retour à domicile. Par contre quand ils étaient donnés pour indication médicale, le don respectait les critères d'indication médicale décrits dans les recommandations de la littérature.

A la maternité les compléments sont encore majoritairement donnés au biberon mais il est constaté ici, une différence entre les patientes plus âgées qui donnent plus de biberons que les plus jeunes (plus ouvertes et plus informées) qui donnent plus d'alternatives au biberon. A la maison tous les compléments sont donnés au biberon. Il serait peut-être judicieux d'améliorer la formation du personnel soignant pour le soutien de l'allaitement maternel une fois de retour à domicile. Et également de continuer à développer le travail en réseau en périnatalité entre la maternité et la ville.

A la maternité, le nombre de compléments a été difficile à analyser, mais le don du premier complément était en moyenne aux alentours du deuxième jour de vie. A la maison, les patientes qui donnaient déjà des compléments à la maternité ont soit diminué le nombre de compléments à 1 par jour ou au contraire ont augmenté le nombre à 5 par jour. Les patientes n'en ayant pas donné à la maternité ont commencé seulement avec 1 ou 2 compléments par jour. Il a donc été constaté, qu'il était plus facile d'arriver à un grand nombre de don de compléments si celui-ci avait débuté dès la maternité.

La date d'arrêt de l'allaitement maternel la plus fréquemment observée était au quatrième jour de vie, correspondant le plus souvent au lendemain de la sortie de la maternité. Pourtant avec le système PRADO déjà mis en place, l'allaitement maternel devrait être plus soutenu à ce moment, cela questionne sur quelle(s) donnée(s) il manque à ce système pour qu'il soit plus performant.

Ce mémoire n'ayant concerné que la période de 0 à 1 mois du nouveau-né, il serait intéressant de poursuivre l'étude de 1 à 6 mois afin d'observer les mêmes données mais sur le long terme.

BIBLIOGRAPHIE

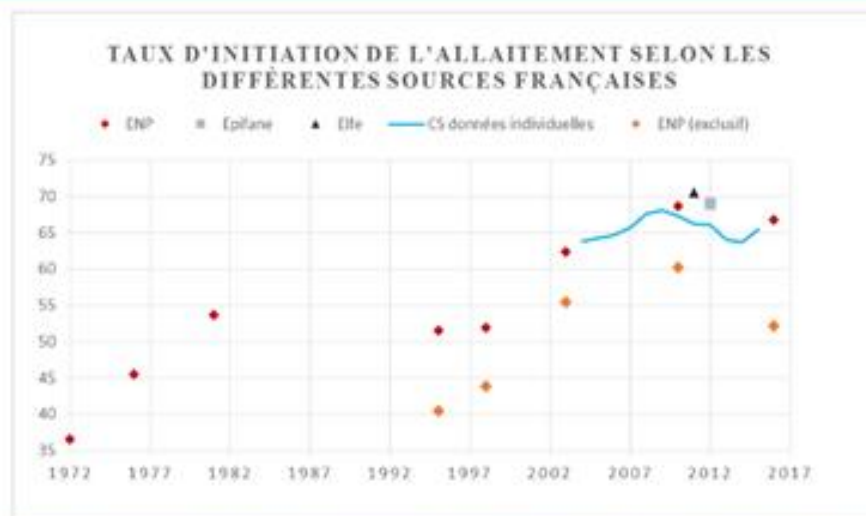
- (1) https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/ 31 octobre 2018 21:12 CET
- (2) Révision scientifique : Dr Michael Kramer, pédiatre et épidémiologiste
Recherche et rédaction : Équipe Naître et grandir Mise à jour : Mai 2017
- (3) https://www.lllfrance.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=896&Itemid=499
- (4) Enquête nationale périnatale Rapport- Les naissances et les établissements
Situation et évolution depuis 2010; 2016
- (5) https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/ 2018 (info sur ihab)
- (6) <http://amis-des-bebes.fr> Présentation générale du programme Initiative
Hôpital ami des bébés, juillet 2018
- (7) <https://www.hopital-saint-joseph.fr/r/332/presentation/> Dernière mise à jour
le 29.06.2018
- (8) <https://marrainesdelait.com/ressources/glossaire-des-termes-de-lallaitement/>
source vue le 25/09/17 « les marraines de lait » association iséroise de soutien
personnalisé à l'allaitement maternel
- (9) Cofam 1ere journée nationale IHAB- 28 nov 2007
- (10) Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish
primiparous and multiparous women. J Hum Lact. 2003
- (11) Donner ref Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
Allaitement maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois
de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002.
- (12) Renfrew MJ, Woolridge MW, McGill HR. Enabling women to
breastfeed. A review of practices which promote or inhibit
breastfeeding with evidence-based guidance for practice. London:
The Stationery Office; 2000
- (13) Conférence du 28 Novembre 2007 Première Journée Nationale sur l'Initiative
Hôpital amis des bébés Paris
- (14) Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique
Expertise collective Pôle Expertise collective ITMO Santé publique -
Aviesan Avril 2014 Partie Déterminant sociaux de l'allaitement
- (15) ABM Clinical Protocol #3 : Supplementary feedings in the healthy term
breastfed neonate, revised 2017. Kellams A et al. Breastfeed Med 2017 ; 12(4)
188-98:
- (16) FACTEURS A L'ORIGINE DE L'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL Dans la
période allant de la sortie de la maternité jusqu'aux trois mois de l'enfant
DANET Adélie 10 juin 1992 Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme
d'état de SageFemme Année universitaire 2014-2015

- (17) ABM Clinical Protocol #3 : Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. Kellams A et al. Breastfeed Med 2017 ; 12(4) 188-98
- (18) Breastfeeding and epidural analgesia during labour. 2009 Jun;22(3):327-9. doi: 10.1097/ACO.0b013e32832a1d1b.
- (19) l'intervention de Kittie Frantz à la 5e Journée internationale de l'allaitement, Quand bébé refuse le sein, hors-série des Dossiers de l'allaitement, mars 2003.
- (20) <http://allaitementcoeurdherault.com/le-biological-nurturing/> source vue le 11/03/19
- (21) Allaitement à la demande, allaitement aux signes d'éveil ; FEUILLET DE LA LECHE LEAGUE France Mis à jour en février 2009
- (22) Le vécu des mères face aux pleurs du nouveau-né pendant le premier mois de vie. Étude observationnelle, transversale, rétrospective et multicentrique auprès de 166 mères menée du 14 mai 2017 au 21 octobre 2017
- (23) Mélissa Caneparo. Soutien de l'allaitement maternel: ressentis et vécus des mères à la sortie de la maternité et à un mois du post partum. Pédiatrie. 2016. <dumas-01370905>
- (24) Pascale BAUGE Sommeil du nouveau né et de sa mère, liens avec l'allaitement 6 septembre 2013
- (25) Aude de Vathaire Est-ce que l'allaitement fatigue ? 3 décembre 2015
- (26) Manque de lait : mythe ou réalité ? article paru dans Allaiter aujourd'hui n° 26, LLL France, 1995.
- (27) Reprise du travail, poursuite de l'allaitement. Article paru dans Allaiter Aujourd'hui n° 72, LLL France, 2007. Il a été mis à jour dans le n° 101 (2014)
- (28) Travail et allaitement, ce que dit la loi. Article paru dans Allaiter aujourd'hui n° 53, LLL France, 2002. Voir en bas de page la mise à jour 2014
- (29) Paroles de père : rôle du père dans l'allaitement. Article paru dans les Dossiers de l'allaitement n° 44, 2000
- (30) Gisèle GREMMO-FEGER Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité? 28 Novembre 2007
- (31) 3e Journée nationale de l'allaitement Brest - 19 mai 2006 « Entre sens et cultures : l'allaitement maternel »

Annexes

Annexe 1

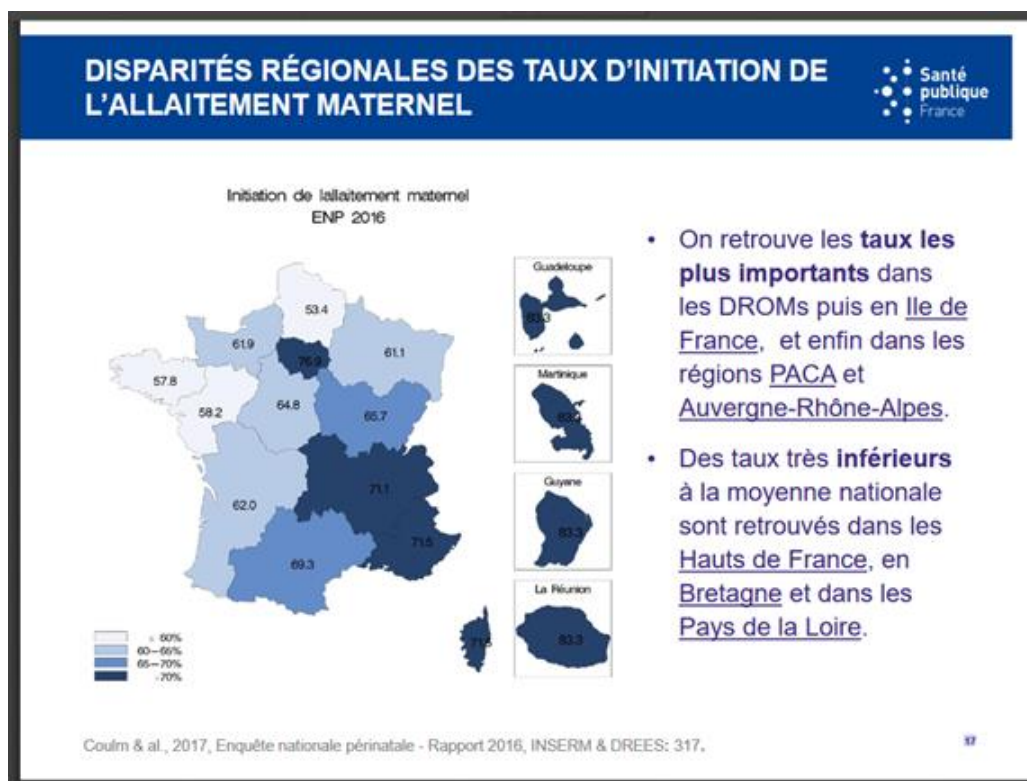
EVOLUTION DE L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE



- Les taux d'initiation de l'allaitement ont **presque doublé** depuis l'Enquête nationale de 1972

Blondel & al., 2012, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 41(2): 151-166 ; Kervazian & al., 2014, *Bull Epidemiol Hebd*(27): 440-445 ; Salaneve & al., 2016, Résultats de l'étude Epifane 2012-2013 58 p ; DREES & al., 2009, "La santé des femmes en France" Collection études et statistiques.

Annexe 2



https://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2018/420180514_IHAB_perinat_allaitement.pdf

Annexe 3



IHAB
INITIATIVE HÔPITAL AMIE DES BÉBÉS - FRANCE

LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

Informar les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter.

Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

☀ Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.

☀ Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Annexe 4

LE PÔLE PARENTS-ENFANTS **EN CHIFFRES 2017**



4 861

NAISSANCES

**TAUX
DE PERIDURALE**
taux régional : 80,3 %
taux national : 77,9 %

92,7 %



17,5 %

**TAUX
DE CESARIENNE**
taux régional : 25 %
taux national : 20 %

**TAUX
D'EPISIOTOMIE**
taux régional : 17,3 %
taux national : 20 %

5,15 %



70 %

**TAUX
D'ALLAITEMENT**
A la sortie de la Maternité

HÔPITAL SAINT-JOSEPH Marseille
34 boulevard de Laponne
13203 Marseille cedex 08

Toutes les informations sur l'établissement et ses services et activités :
www.hopital-saint-joseph.fr



ANNEXE 5 : Protocole n°3 de l'ABM, recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité"

TABLE1. INDICATIONS NECESSITANT UNE SUPPLEMENTATION CHEZ L'ENFANT NE A TERME ET EN BONNE SANTE (SI L'ALLAITEMENT N'EST PAS POSSIBLE)

1. Séparation Maladie maternelle nécessitant une séparation mère-enfant (psychose, éclampsie, choc...) Hospitalisation maternelle dans un autre hôpital 2. Enfant présentant une anomalie congénitale du métabolisme (galactosémie par exemple) 3. Enfant qui est incapable de se nourrir au sein (malformation congénitale, maladie) 4. Traitement maternel avec un produit contre-indiquant l'allaitement

TABLE 2. POSSIBLES INDICATIONS POUR UNE SUPPLEMENTATION CHEZ L'ENFANT NE A TERME ET EN BONNE SANTE

1. Indications liées à l'enfant a. Hypoglycémie asymptomatique vérifiée sur une prise de sang et par un dosage effectué en laboratoire (les bandelettes ne sont pas une méthode suffisamment fiable), qui ne répond pas à des tétées suffisamment fréquentes. Les nourrissons symptomatiques doivent être traités par glucose en IV (voir protocole sur l'hypoglycémie pour davantage de détail – 9,10) b. Signes cliniques et biologiques de déshydratation (perte de poids > 10%, hypernatrémie, succion faible, léthargie, etc.) c. Perte de poids atteignant 8 à 10% du poids de naissance en l'absence de la montée de lait passé J5 – 120 heures 34,35

d. Selles rares, ou présence de selles toujours méconiales à J5 – 120 heures (34, 35) ; e. Absorption insuffisante de lait par l'enfant en dépit d'une sécrétion maternelle adéquate (mauvais transfert du lait – 34) ; f. Hyperbilirubinémie f.i. Ictère néonatal associée à une inanition chez un bébé qui ne reçoit pas suffisamment de lait en dépit des interventions adéquates (voir le protocole sur l'ictère) f.ii. Ou lorsque le taux de bilirubine dépasse 20 à 25 mg/dl chez un enfant par ailleurs en bonne santé, lorsque le médecin estime qu'une suspension diagnostique / thérapeutique de l'allaitement pourrait être utile f.iii. Lorsqu'une supplémentation en nutriments est indiquée

2. Indications liées à la mère : a. Montée de lait tardive (après J3-J5 – 72-120 heures) avec apports insuffisants à l'enfant. 34

a.i. Rétention placentaire (la lactation démarrera après curetage) a.ii. Syndrome de Sheehan (suite à une hémorragie grave du post-partum) a.iii. Agénésie ou hypogénésie mammaire, qui peut survenir chez moins de 5% des femmes (insuffisance primaire de la lactation) détectée devant l'absence de modifications pendant la grossesse et une montée de lait absente ou faible b. Existence d'une pathologie ou d'une chirurgie mammaire pouvant induire une production lactée insuffisante. c. Douleur intolérable pendant les tétées, non soulagée par les interventions.

Adapté avec l'accord de : Powers NG, Slusser W (30)

ANNEXE 6 : Protocole des raisons acceptables pour l'OMS et l'UNICEF de donner des compléments (1992)

INFANT CONDITIONS

Infants who should not receive breast milk or any other milk except specialized formula • Infants with classic galactosemia: a special galactose-free formula is needed. • Infants with maple syrup urine disease: a special formula free of leucine, isoleucine and valine is needed. • Infants with phenylketonuria: a special phenylalanine-free formula is needed (some breastfeeding is possible, under careful monitoring). Infants for whom breast milk remains the best feeding option but who may need other food in addition to breast milk for a limited period □ □ □ Infants born weighing less than 1500 g (very low birth weight). □ □ □ Infants born at less than 32 weeks of gestation (very preterm). □ □ □ Newborn infants who are at risk of hypoglycaemia by virtue of impaired metabolic adaptation or increased glucose demand (such as those who are preterm, small for gestational age or who have experienced significant intrapartum hypoxic/ischaemic stress, those who are ill and those whose mothers are diabetic (5) if their blood sugar fails to respond to optimal breastfeeding or breast-milk feeding.

MATERNAL CONDITIONS Mothers who are affected by any of the conditions mentioned below should receive treatment according to standard guidelines.

Maternal conditions that may justify permanent avoidance of breastfeeding

- HIV infection 79 : if replacement feeding is acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe (AFASS) (6). Otherwise, exclusive breastfeeding for the first six months is recommended.

Maternal conditions that may justify temporary avoidance of breastfeeding □ □ □ Severe illness that prevents a mother from caring for her infant, for example sepsis. □ □ □ Herpes simplex virus type 1 (HSV-1): direct contact between lesions on the mother's breasts and the infant's mouth should be avoided until all active lesions have resolved. □ □ □ Maternal medication: - sedating psychotherapeutic drugs, anti-epileptic drugs and opioids and their combinations may cause side effects such as drowsiness and respiratory depression and are better avoided if a safer alternative is available (7); - radioactive iodine-131 is better avoided given that safer alternatives are available - a mother can resume breastfeeding about two months after receiving this substance; - excessive use of topical iodine or iodophors (e.g., povidone-iodine), especially on open wounds or mucous membranes, can result in thyroid suppression or electrolyte abnormalities in the breastfed infant and should be avoided; - cytotoxic chemotherapy requires that a mother stops breastfeeding during therapy.

Maternal conditions during which breastfeeding can still continue, although health problems may be of concern

- Breast abscess: breastfeeding should continue on the unaffected breast; feeding from the affected breast can resume once treatment has started (8).
- Hepatitis B: infants should be given hepatitis B vaccine, within the first 48 hours or as soon as possible thereafter (9).
- Hepatitis C.
- Mastitis: if breastfeeding is very painful, milk must be removed by expression to prevent progression of the condition(8).
- Tuberculosis: mother and baby should be managed according to national tuberculosis guidelines (10).
- Substance use 80 (11): - maternal use of nicotine, alcohol, ecstasy, amphetamines, cocaine and related stimulants has been demonstrated to have harmful effects on breastfed babies; - alcohol, opioids, benzodiazepines and cannabis can cause sedation in both the mother and the baby. Mothers should be encouraged not to use these substances, and given opportunities and support to abstain.

ANNEXE 7 : Raisons médicales acceptables pour donner aux nourrissons une alimentation complémentaire ou de remplacement (version OMS/UNICEF 2006, relue et précisée par des pédiatres du CFAM – Comité Fédéral de l’Allaitement Maternel)

L’allaitement maternel exclusif est considéré comme la norme en matière d’alimentation infantile. Dans un petit nombre de situations, il peut y avoir une indication médicale de compléter le lait maternel ou de ne pas utiliser de lait maternel du tout. Il est donc nécessaire de distinguer : • les nourrissons qui ne peuvent pas être nourris au sein, mais pour lesquels le lait maternel reste l’aliment de choix, • les nourrissons qui peuvent nécessiter une alimentation complémentaire au lait maternel, • les nourrissons qui ne peuvent pas recevoir de lait maternel ni aucun autre lait, y compris les substituts normaux de lait maternel, et nécessitent une alimentation spécialisée, • les nourrissons pour lesquels le lait maternel n’est pas disponible, • les conditions maternelles qui affectent les recommandations en matière d’allaitement maternel. Les nourrissons qui ne peuvent pas être nourris au sein, mais pour lesquels le lait maternel reste l’aliment de choix, comprennent notamment les nourrissons qui sont particulièrement faibles, qui ont des difficultés de succion ou des anomalies buccales ; ou qui sont séparés de leur mère mais à qui celle-ci fournit du lait maternel exprimé. Ces nourrissons pourront être nourris avec du lait maternel exprimé, au moyen d’une sonde, d’un gobelet ou d’une cuillère.

Les nourrissons qui peuvent nécessiter une alimentation complémentaire au lait maternel comprennent notamment les enfants nés avec un poids très faible à la naissance (moins de 1500 grammes) ou les grands prématurés (moins de 32 semaines d’âge gestationnel) ; les enfants qui sont à risque d’hypoglycémie suite à un problème médical et pour qui le lait maternel n’est pas immédiatement accessible en suffisance ; les enfants qui sont déshydratés ou dénutris quand le lait maternel à lui seul ne permet pas de combler les carences. Pour ces enfants, il est nécessaire d’établir un plan nutritionnel, et le lait maternel devrait être utilisé dans toute la mesure du possible. Tout sera fait pour aider la mère à entretenir sa lactation et à exprimer son lait. Le lait (contrôlé) de mères donneuses peut également être utilisé. Le lait de fin de tétée est riche en calories et est d’une grande valeur pour les enfants de faible poids.

Les nourrissons qui ne peuvent pas recevoir de lait maternel ni aucun autre lait, y compris des substituts normaux de lait maternel, comprennent notamment les enfants atteints d’anomalies rares du métabolisme, comme la galactosémie, qui devront être nourris avec un produit exempt de galactose. L’allaitement maternel peut, dans certaines conditions, être autorisé en cas de maladie métabolique. Les enfants atteints de la phénylcétonurie peuvent par exemple en bénéficier, à condition qu’il soit combiné avec l’administration d’une préparation exempte de phénylalanine.

Les nourrissons pour lesquels le lait maternel n’est pas disponible comprennent notamment les enfants dont la mère est décédée, ou éloignée de son bébé sans pouvoir lui fournir du lait exprimé. Le lait de mères donneuses peut être utilisé, ou un substitut du lait maternel peut être nécessaire partiellement ou temporairement.

Les conditions maternelles qui affectent les recommandations en matière d'allaitement maternel Il y a vraiment peu de conditions médicales maternelles où l'allaitement n'est pas recommandé, comme l'épuisement physique, la prise de certains médicaments ou de rares maladies infectieuses. • une mère qui est affaiblie sera aidée pour positionner son bébé pour la tétée, • une mère qui a de la fièvre doit boire suffisamment. Prise de médicaments par la mère La mère qui prend une des rares médications telles que anti-métabolites, iode radioactif ou certains anti-thyroïdiens, devrait suspendre l'allaitement pendant le traitement. Certaines médications peuvent causer de la somnolence ou d'autres effets secondaires chez l'enfant. Consultez la liste des médications établie par l'OMS, choisissez le médicament le plus sûr possible, indiquez à la mère le moment le plus adapté à la prise du médicament par rapport aux tétées, et surveillez l'apparition d'effets secondaires chez l'enfant qui continue à être allaité. Dépendances de la mère à certains produits En cas de consommation de tabac, alcool et drogues, l'allaitement maternel reste l'alimentation de choix pour la majorité des nourrissons. Si la mère consomme de la drogue par voie intraveineuse, l'allaitement est contre-indiqué. Mères infectées par le VIH Lorsqu'une alimentation de substitution est accessible, faisable, abordable, sûre et durable, il est recommandé d'éviter tout allaitement maternel par des mères infectées par le VIH. En l'absence de ces conditions, l'allaitement exclusif est recommandé pendant les tout premiers mois et doit être arrêté complètement dès que les conditions spécifiées sont réunies. L'allaitement mixte (allaitement maternel + alimentation complémentaire, simultanément), n'est pas recommandé. Autres maladies maternelles infectieuses Abscès du sein Nourrir au sein infecté n'est pas recommandé, mais le lait devrait être exprimé de ce sein (et jeté). L'allaitement à ce sein pourra être repris lorsque l'abcès aura été drainé et que la mère aura commencé à prendre des antibiotiques. L'allaitement devrait se poursuivre au sein non atteint. Herpes simplex Virus Type 1 (HSV-1) Les mères qui ont des lésions d'herpès sur les seins devraient s'abstenir d'allaiter au sein jusqu'à ce que toutes les lésions actives sur le sein soient guéries. Varicelle L'allaitement d'un nouveau-né est déconseillé quand la mère contracte l'infection dans les premiers jours après la naissance mais devrait pouvoir être repris dès que la mère n'est plus contagieuse. La maladie de Lyme L'allaitement maternel peut continuer pendant le traitement de la mère. HTLV-1 (Human T- cell leukaemia virus) L'allaitement n'est pas encouragé si une alternative accessible, faisable, abordable, sûre et durable peut remplacer l'allaitement. Conditions maternelles courantes pour lesquelles l'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué Hépatite B Les mères infectées peuvent allaiter. Les nourrissons doivent être protégés par l'administration d'immunoglobulines spécifiques anti-hépatite B et recevoir la première dose du vaccin contre l'hépatite B dans les 12 heures après la naissance. Tuberculose L'allaitement maternel par une mère TB-positive devrait se poursuivre normalement. La mère et l'enfant devront être contrôlés et traités selon les directives nationales en la matière. Mastite Dans la plupart des cas, il est recommandé de poursuivre l'allaitement pendant l'antibiothérapie.



RECOMMANDATION 6

Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.



Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

6. Critères IHAB

[Voir Statistiques sur l'alimentation des n-nés] <http://amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>

Les données statistiques indiquent le nombre de bébés de maternité (nés au cours de l'année écoulée) exclusivement allaités de la naissance à la sortie de maternité.



Les données statistiques indiquent le nombre de bébés de néonatalogie (nés au cours de l'année écoulée) exclusivement allaités à leur sortie de néonatalogie.

Elles précisent les taux de compléments sur indication médicale et sur décision éclairée de la mère.

L'analyse de l'évolution des taux de compléments permet à l'équipe d'adapter ses actions ; le travail mené pour informer les mères est valorisé.

Les protocoles sur les compléments sont connus de tous et conformes aux données scientifiques validées. Ils incluent le repérage et la prise en charge des situations à risque de compléments.

Aucun document ni support quelconque recommandant des substituts du lait maternel ou préconisant un horaire de tétées ou d'autres pratiques inappropriées n'est distribué aux mères.

Sur un échantillon de bébés allaités observés dans les services de maternité, au moins 80% sont nourris exclusivement au lait maternel ou, s'ils reçoivent autre chose, c'est pour une indication médicale notifiée ou parce que la mère l'a expressément décidé, après avoir été bien informée. Toutes ces précisions sont notées dans le dossier.

Au moins 80% d'un échantillon de personnels soignants du service peuvent décrire deux informations qui devraient être discutées avec des mères allaitantes qui envisagent de donner à leur bébé des substituts du lait maternel (compléments ou sevrage).

Au moins 80% d'un échantillon de mères qui allaitent déclarent que leur bébé n'a reçu que du lait maternel ou, s'il a reçu autre chose, que c'est pour une indication médicale expliquée par le personnel soignant ou parce qu'elles l'avaient expressément décidé, après avoir été bien informées.



Les protocoles relatifs à l'alimentation dans le service de néonatalogie prévoient que le lait maternel (donné cru chaque fois que possible) et le lait de lactarium (que l'hôpital dispose ou non d'un lactarium) sont privilégiés pour alimenter les bébés plutôt que les préparations pour prématurés ou autre lait artificiel.

N°	QUESTIONS	Oui	Non	En cours
6.1 	Les données suivantes sont notées dans le dossier médical du nouveau-né : - alimentation artificielle sur indication médicale (= contre indication à l'allaitement) - alimentation au lait maternel (de la mère ou du lactarium) - don de compléments : motif (sur indication médicale justifiée à détailler, ou sur décision de la mère), nature, mode d'administration			
6.2 	Les nouveau-nés allaités reçoivent exclusivement du lait maternel (aucun autre aliment ni boisson) sauf sur indication médicale notifiée ou sur décision éclairée de la mère Le personnel soignant informe la mère allaitante qui veut donner un complément à son bébé des conséquences de cette pratique, de façon à ce qu'elle prenne une « décision éclairée » Le personnel anticipe les situations à risque de compléments (traçabilité dans le dossier) : - repérage des nouveau-nés « à risque » - expression fréquente du colostrum (ou du lait maternel) et peau à peau - repérage et prise en charge des difficultés d'allaitement Il existe un protocole sur la prise en charge des bébés à risque et sur les indications médicales justifiées des compléments, qui est connu de tous les soignants			
6.3 	Le personnel est attentif à ne pas montrer et à ne pas distribuer aux mères des documents : - recommandant les substituts du lait maternel ou les comparant au lait maternel - recommandant des aliments ou boissons pour nourrissons autres que le lait maternel - préconisant un horaire de tétées ou d'autres pratiques inappropriées			
6.4  	En plus des questions précédentes, les équipes de néonatalogie doivent répondre aux questions suivantes : Les nouveau-nés reçoivent en priorité le lait de leur propre mère, donné cru chaque fois que possible (sauf indication médicale justifiée et notifiée) Si le lait de leur mère n'est pas disponible ou ne peut pas être obtenu, les nouveau-nés reçoivent en priorité le lait de lactarium (que l'hôpital dispose ou non d'un lactarium), plutôt que des préparations pour prématurés ou autre lait artificiel			

Annexe 9

Les modalités du don de compléments et arrêt précoce de l'allaitement maternel exclusif

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année et dans le cadre de mon cursus je réalise un mémoire afin d'obtenir mon diplôme.

L'objectif de mon mémoire serait d'identifier un lien entre les modalités du don de compléments et l'arrêt précoce de l'allaitement maternel exclusif.

De manière générale, il est reconnu que l'apport de complément à un nouveau-né diminue la durée de l'allaitement maternel. Mais peut-être que selon la manière ou la raison pour laquelle le complément est donné, cela aurait une influence ou non sur la durée de l'allaitement maternel ?

Quelques définitions :

L'allaitement exclusif : le nourrisson ne s'alimente que de lait maternel. Il ne reçoit aucun autre aliment liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception des solutions de réhydratation orale, ou des gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments.

Complément : lait donné en plus des tétées. Ce peut être du lait maternel exprimé ou une préparation de substitution pour nourrisson, tisane, lorsque ce dernier ne suffit plus à couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant.

Exemples de modalités : mode (biberon, seringue,...), heure, nombre, indications.

Ce questionnaire, qui ne dure pas plus de 5 minutes, sera entièrement anonymisé et s'adresse donc à toutes les mamans allaitant ou souhaitant allaiter leur nouveau-né, ayant donné ou non des compléments durant leur séjour à la maternité afin de pouvoir au mieux conseiller votre allaitement.

Je souhaiterais également vous recontacter à 1 mois de votre accouchement, si vous me le permettez pour parler avec vous de l'évolution de votre allaitement.

J'accepte d'être recontactée ☐

Je n'accepte pas d'être recontactée ☐

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

Date et signature :

Pour toutes questions ou connaissance des résultats de l'étude vous pourrez me joindre à l'adresse mail suivante : scueil.coralie@hotmail.com

Merci,

Coralie SCUEIL

QUESTIONNAIRES en suite de couche

Informations maternelles :

Date de naissance :/...../.....

Taille :m

Poids initial :kg

Poids final :kg

Niveau d'étude : < Bac ☐ Bac ☐ > Bac ☐

Activité professionnelle : Active ☐

Etudiante, mère au foyer, jamais travaillé ☐

Contrat aidé, insertion ☐

Chomage ☐

Autres :

En couple : oui ☐ non ☐

Gestité/parité : G... P...

Nombre d'enfant(s) à charge :

Mère ayant déjà allaité : oui ☐ non ☐

Souhaitant allaiter avant l'accouchement : oui ☐ non ☐

Informations accouchement :

Péridurale : oui ☐ non ☐

Voie basse : spontanée / extraction instrumentale

Peau à peau/tétée précoce : oui ☐ non ☐

Pertes sanguines :cc

Transfusion : oui ☐ non ☐

Informations nouveau-né :

Terme de la naissance (âge gestationnel) :SA

Poids de naissance :g Poids le plus bas pendant le séjour :g

Poids à ce jour :g

1 - Aviez-vous pris des cours de préparation à la naissance, dont un des thèmes concernait l'allaitement ? oui ☐ non ☐

2 - Rencontrez-vous des difficultés concernant votre allaitement ? oui ☐ non ☐

3 - Si oui, vous a-t-on conseillé et expliqué (surtout si votre bébé tète peu souvent et/ou de manière non efficace) ? oui ☐ non ☐

4 - Votre enfant a-t-il reçu un ou plusieurs compléments pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

5 - si oui,

• A-t-il été donné ? Au biberon ☐ Autre : seringue, cuillère, DAL ☐

• Quand et combien ?

Jour 1 :

Nuit 1 :

Jour 2 :

Nuit 2 :

Jour 3 :

Nuit 3 :

Jour 4 :

Nuit 4 :

-
- Pour quelle(s) raison(s) : Indication médicale ☐ A votre demande ☐ Ne sait pas ☐
 - Si c'était pour indication médicale, pour quel(s) motif(s) ? (Entourer le ou les motifs)

-Lié(s) à la mère :

- a. Montée de lait tardive avec apports insuffisants à l'enfant
- b. Agénésie ou hypogénésie mammaire
- c. Existence d'une pathologie ou d'une chirurgie mammaire
- d. Suspension de l'allaitement en raison de la prise de certains médicaments (chimiothérapie par exemple) ou d'une séparation temporaire de la mère et de l'enfant
- e. Douleur intolérable pendant les tétées, non soulagée par les interventions

- Lié(s) à l'enfant :

- a. hypoglycémie sévère documentée
- b. apport de lait inadéquat (perte de poids, déshydratation, selles rares)
- c. un ictère
- d. anomalie métabolique

- Autres :

- Ne sait pas

- Si c'était à votre demande, pour quel(s) motif(s) ? (Entourer le ou les motifs)

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| -Douleur | - Bébé somnolent/ refusant le sein |
| -Pleurs du Nouveau-né | -Fatigue maternelle |
| -Montée de lait tardive | -Malformations mamelons |
| - Volonté maternel | -Autres.... |

6 - A ce jour, l'allaitement est ?

maternel exclusif ☐ maternel complété ☐ artificiel ☐

Questionnaire à la maison

1 - Continuez-vous à allaiter à ce jour ? oui ☐ non ☐

2 - Si non,

- Depuis quand date l'arrêt :
- Pourquoi ?

☐ à la mère : mauvais vécu, difficultés (crevasses, engorgement,...), fatigue, introduction complément sans raison médicale, insuffisance de lait, manque de confiance)

☐ à l'enfant (mauvaise prise de poids, maladie (ex : bronchiolite)...))

☐ à l'entourage (manque de soutien, croyance...)

☐ aux professionnels de santé (manque de soutien, d'information, de connaissance,...)

☐ à la reprise du travail

3 - Avez-vous donné des compléments à votre enfant depuis la veille de la sortie de maternité ?

oui ☐ non ☐

4 - Si oui,

- Pour quelle(s) raison(s) : Indication médicale ☐ A votre demande ☐ Ne sait pas ☐
- Si c'était pour indication médicale, pour quel(s) motif(s) ? (Entourer le ou les motifs)

- Lié(s) à la mère :

- a. Montée de lait tardive avec apports insuffisants à l'enfant
- b. Agénésie ou hypogénésie mammaire
- c. Existence d'une pathologie ou d'une chirurgie mammaire
- d. Suspension de l'allaitement en raison de la prise de certains médicaments (chimiothérapie par exemple) ou d'une séparation temporaire de la mère et de l'enfant
- e. Douleur intolérable pendant les tétées, non soulagée par les interventions

- Lié(s) à l'enfant :

- a. hypoglycémie sévère documentée
- b. apport de lait inadéquat (perte de poids, déshydratation, selles rares)
- c. un ictère
- d. anomalie métabolique

- Autres :

- Ne sait pas

- Si c'était à votre demande, pour quel(s) motif(s) ? (Entourer le ou les motifs)

- Douleur

- Bébé somnolent/ refusant le sein

- Autres....

- Pleurs du Nouveau-né

- Fatigue maternelle

- Volonté maternelle

- Montée de lait tardive

- Malformations mamelons

- Nombre par jour depuis la sortie : 1-2 2-3 3-4 >5

- Comment a-t-il été donné : biberon ☐ Autres : seringue, cuillère, DAL ☐

5 - Avez-vous le sentiment que le personnel soignant a soutenu votre allaitement durant le séjour à la maternité ? oui très ☐ oui moyennement ☐ non peu ☐ non ☐

6 - Avez-vous l'impression que le père de l'enfant vous a soutenue ?

oui très ☐ oui moyennement ☐ non peu ☐ non ☐

Annexe 10 : Les signes d'éveil

(adapté d'un poster du Royal Brisbane and Women's Hospital, Australie)



Annexe 11

Le Code du travail français prévoit différentes dispositions, anciennes pour la plupart, destinées à faciliter l'allaitement par les mères qui ont repris leur emploi à l'issue du congé de maternité.

Comme elles ont été très peu voire pas du tout utilisées pendant des décennies, elles sont le plus souvent complètement inconnues de l'employeur, qui va les découvrir par la mère qui veut faire valoir ce droit. A elle donc de se munir des textes officiels.

L'expérience montre que les réactions des employeurs sont variées : depuis celui qui refuse tout jusqu'à celui qui accepte sans discussion, en passant par celui qui refuse que les pauses soient utilisées pour autre chose que pour allaiter le bébé en direct (c'est-à-dire pour tirer son lait ou pour raccourcir la journée de travail). A chacune de voir jusqu'où elle est prête à aller pour faire respecter ses droits : dans certains cas, mieux vaut céder plutôt que d'avoir des relations de travail empoisonnées ; d'un autre côté, faute de respecter les dispositions du code, l'employeur s'expose à des sanctions pénales, et en cas de problème, on peut en parler à son inspecteur du travail.

Cela dit, en quelques années, l'« heure d'allaitement » est devenue de plus en plus connue, on en a parlé dans les magazines grand public, et il devrait être de moins en moins difficile de l'obtenir.

Les locaux

L'article L. 224-3 du Code pose le principe général selon lequel « la mère peut toujours allaiter son enfant dans l'établissement » ; le local destiné à cet effet doit être séparé de tout local de travail, avoir un point d'eau à proximité, être propre, pourvu de sièges convenant à l'allaitement, et correctement chauffé.

L'article 224-4 prévoit par ailleurs que les entreprises employant plus de cent femmes peuvent être mises en demeure d'installer des « chambres d'allaitement » ; pas moins de 20 articles du Code décrivent par le menu l'aménagement et l'équipement de ces chambres d'allaitement, qui ressembleraient davantage à des crèches d'entreprise (alors que dans le simple local, « les enfants ne peuvent séjourner que pendant le temps nécessaire à l'allaitement »).

Ajoutons que d'après l'article R. 232-10-3 (issu du décret du 31 mars 1992), « les femmes enceintes et les mères allaitant leurs enfants doivent avoir la possibilité de se reposer en position allongée, dans des conditions appropriées. » Cette règle plus récente est très intéressante, car fort utile et d'application beaucoup plus large, puisqu'elle concerne toute entreprise quel qu'en soit l'effectif, et profite à toute salariée qui déclare allaiter, et non pas seulement à l'allaitement sur le lieu de travail (*mise à jour : cet article a malheureusement été abrogé au 1er mai 2008*).

Les pauses d'allaitement

Le temps d'allaitement pendant le travail est prévu par le Code pour tout type d'entreprise et quel que soit l'effectif : « pendant une année à compter du jour de la naissance, les mères allaitant leurs enfants disposent à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail » (art. L. 224-2), « répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi. Le moment où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminé par accord entre les intéressées et leurs employeurs. A défaut d'accord, il est placé au milieu de chaque demi-journée de travail » (art. R. 224-1).

Rémunérées ou pas ?

On estime actuellement que « dans le silence des textes » et comme l'a rappelé la réponse ministérielle du 12 avril 1993 à la question écrite d'un député, ces pauses ne sont pas considérées comme du travail effectif, et ne sont donc pas rémunérées. Sauf dans certaines conventions collectives de branche (1).

Cela dit, les choses devraient changer sur ce point quand la France aura ratifié la convention OIT (voir plus bas), ce qui nous ramènerait d'ailleurs à l'esprit de la loi d'origine. En effet, dans la « proposition de loi relative à la protection de l'allaitement maternel adoptée par la Chambre des députés dans sa séance du 12 juin 1913 », il est dit expressément : « Il est interdit de décompter en

aucune façon du montant du salaire journalier l'heure destinée à l'allaitement » (2). Il ne m'a pas été possible de trouver comment cette phrase a ensuite disparu !

Et les fonctionnaires ?

Les fonctionnaires (d'Etat ou territoriaux) et assimilées fonctionnaires se voient souvent refuser les pauses d'allaitement au motif d'une circulaire de 1997 disant que sauf dans les cas où le lieu de travail comporte une crèche et où l'enfant y est gardé, il ne saurait être question d'accorder à la mère des pauses d'allaitement.

Interrogée par nos soins, Martine Herzog-Evans, maître de conférences en droit, nous a répondu qu'« une circulaire n'étant pas une véritable norme juridique », cela veut dire que le droit de la fonction publique est muet sur le sujet. Or dans ce cas, « la jurisprudence (arrêt Conseil d'Etat Dame Peynet, du 8 juin 1973) est claire : lorsqu'il y a un trou dans le droit de la fonction publique (y compris des collectivités territoriales), le droit social commun doit s'appliquer, et cela constitue même un principe général du droit. »

En cas de refus donc, si le recours aux syndicats n'a rien donné et que la mère veut se battre, poursuit M. Herzog-Evans, « il faut qu'elle demande une décision officielle écrite du responsable indiquant clairement qu'il y a refus, et qu'ensuite elle attaque la décision en saisissant le tribunal administratif. Un hic majeur : elle risque de se battre pour la gloire, car les TA mettent longtemps à statuer. Je crois néanmoins qu'il faut désormais avoir une démarche résolument militante sur ces questions et provoquer des décisions de jurisprudence pour bien signifier que l'allaitement est un droit. »

Ndlr. Pour les enseignantes, voir [Allaitement, APC et allègement de service](#).

Congés d'allaitement

Contrairement à ce que croient certains, il n'existe pas de « congé d'allaitement » - sauf dans certaines conventions collectives, comme celle de la Croix-Rouge et celle de l'audiovisuel qui dit que « sur présentation d'un certificat médical en attestant la nécessité, un congé supplémentaire rémunéré de quatre semaines pour allaitement pourra être alloué à l'issue du congé de maternité » (1).

Ce qu'on appelle ainsi est en fait le congé « pour suites de couches pathologiques », qu'un certain nombre de médecins accordent effectivement en cas d'allaitement, mais qui est un congé maladie soumis aux règles de tout congé maladie (possibilité d'être contrôlée notamment).

Cela dit, j'ai eu la surprise de trouver ceci sur le site web d'une CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) : « Si l'allaitement est bénéfique à la santé de l'enfant, la mère peut demander à un médecin de prolonger son congé, soit par un congé pour couches pathologiques, soit par un congé maladie supplémentaire. » L'allaitement étant toujours « bénéfique à la santé de l'enfant », on aurait donc l'aval de la Sécu ?!

La convention OIT

En juin 2000, l'Organisation Internationale du Travail adoptait la nouvelle convention sur la protection de la maternité (convention n° 183). Son article 10 réaffirmait le droit aux pauses d'allaitement :

1. La femme a le droit à une ou plusieurs pauses quotidiennes ou à une réduction journalière de la durée du travail pour allaiter son enfant.
 2. La période durant laquelle les pauses d'allaitement ou la réduction journalière du temps de travail sont permises, le nombre et la durée de ces pauses ainsi que les modalités de la réduction journalière du temps de travail doivent être déterminés par la législation et la pratique nationales.
- Ces pauses ou la réduction journalière du temps de travail doivent être comptées comme temps de travail et rémunérées en conséquence.

La convention s'accompagne de recommandations qui disent entre autres que « des structures pour l'allaitement des enfants (...) sur le lieu de travail ou à proximité » devraient pouvoir être créées.

La France a voté la convention et a dit qu'elle la ratifierait. Début septembre 2002, elle ne l'avait toujours pas fait (renseignements pris auprès de l'OIT).

Claude Didierjean-Jouveau

(1) Voir sur le sujet l'article de Christian Desfontaines, inspecteur du travail, dans AA n° 39, avril 1999, p. 18-19.

(2) *Allaitement maternel au magasin et à l'atelier*, Conseil supérieur du travail, 1916.

Mise à jour du 1er septembre 2014

L'article de Martine Herzog Evans « Allaiter ? Vous avez le droit ! », paru dans AA n° 67 (et sur le site [ICI](#)) est très complet sur le sujet des pauses d'allaitement (notamment sur le problème que rencontrent les fonctionnaires et sur la façon de le résoudre). On peut aussi consulter son ouvrage *Allaitement maternel et droit* (éditions L'Harmattan, page 44).

Tout l'article du AA n° 67 reste valable sauf pour les numéros d'articles du Code.

En effet, le Code du travail a été « toiletté » en 2007, et il s'agit maintenant des articles L. 1225-30 à L. 1225-33, qui remplacent les anciens articles L 224-1 à L 224-5 :

Art. L 1225-30.

Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail.

Art. L 1225-31.

La salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement.

Art. L 1225-32.

Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement.

Les modalités d'application se trouvent dans les articles R. 1225-5 à R. 1225-7 et R. 4152-13 à R. 4152-28.

À noter que les pauses d'allaitement de deux fois trente minutes par jour peuvent être réduites à vingt minutes si l'employeur « met à la disposition des salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, un local dédié à l'allaitement » (art. R. 1225-6).

« Local dédié à l'allaitement », tel est le nouveau nom des chambres et locaux d'allaitement. Jugés obsolètes par certains, ils étaient voués à disparaître du Code toiletté. Mais ils sont finalement toujours là.

Les caractéristiques du local (art. R. 4152-13 à R. 4152-28) sont restées les mêmes que celles déterminées en 1917, alors qu'elles auraient pu être modernisées. Par exemple, si la femme doit y tirer son lait, il serait bon qu'il dispose d'une prise électrique et d'un réfrigérateur...

Ajoutons que contrairement à la jurisprudence française en vigueur, la convention 183 de l'OIT, adoptée en 2000 (votée alors par la France, mais toujours pas ratifiée...), dit que « les pauses ou la réduction journalière du temps de travail doivent être comptées comme temps de travail et rémunérées en conséquence ». Dans son rapport 2011, le Comité européen des droits sociaux relevait d'ailleurs des « non-conformités » liées à « l'absence de garantie pour les salariées françaises d'une rémunération des pauses d'allaitement ».

Alors, à quand la ratification et la mise en conformité ?

Sur le site service-public.fr

[Une salariée peut-elle allaiter pendant les heures de travail ?](#)

Pour les enseignantes

[Allaitement, APC et allègement de service.](#)

Un jugement à retenir

Quelques jours avant la fin de son congé maternité, Patricia Pasco apprend que son employeur, Séphora, entend lui faire suivre une formation de trois semaines à 170 km de chez elle.

Patricia refuse, car elle allaite son bébé matin et soir. A la suite de ce refus, Séphora licencie Patricia qui se lance alors, avec le soutien de la CFDT, dans une procédure pour licenciement abusif et vexatoire. Pour elle-même, « mais aussi dans l'intérêt collectif de rappeler ce droit à l'allaitement de toutes les salariées ».

Le 27 février 2001, dans un jugement qui fait désormais jurisprudence, le Conseil des prud'hommes de Brest lui a donné raison, en condamnant Séphora à payer 140 000 F pour non-respect de l'article L. 224.2 du Code du travail sur les pauses d'allaitement et du « droit au respect de la vie privée et familiale » (article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme).

RESUME

Introduction : Les compléments seraient liés à un arrêt précoce de l'allaitement or les modalités du don de compléments (indication médicale ou non, modalité du don, nombre) pourraient plus ou moins influencer cet arrêt. C'est pourquoi ce mémoire s'intéresse donc à observer ces modalités et leurs influences ou non sur l'arrêt précoce de l'allaitement maternel de la naissance à 1 mois de vie.

Objectifs : L'objectif principal est de trouver un lien entre les modalités du don de compléments (nombre, quantité donnée, mode) par le personnel soignant ou la patiente en maternité et l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. L'objectif secondaire est d'évaluer le devenir de l'allaitement maternel (exclusif, partiel, ou arrêt) jusqu'à un mois de vie.

Méthodologie : Pour cela il a été réalisé une étude quantitative prospective, à l'aide de questionnaires à compléter en suites de couche puis à 1 mois par téléphone, dans la maternité de saint joseph en demande du label IHAB, de mai à septembre 2018.

Résultats : étude menée sur 250 patientes dont 82 ont donné des compléments (à la maternité et/ou à la maison). Les résultats retrouvés mettent en évidence, un taux de don de compléments donnés pour indication non médicale plus important en maternité qu'au retour à domicile. A la maternité les compléments sont encore donnés pour la plupart au biberon et à la maison exclusivement au biberon. À la maternité, le nombre de compléments a été difficile à analyser, mais le don du premier complément était en moyenne au deuxième jour de vie et la date la plus fréquemment observée était au quatrième jour de vie.

Conclusion : Il a été observé que les compléments sont donnés majoritairement pour indication non médicale et surtout pour motif maternel. Qu'ils sont encore fréquemment donnés au biberon. Et, que si le don a commencé dès la maternité, il arrive souvent qu'à un mois les compléments soient encore plus nombreux.

ABSTRACT

Introduction: The supplements would be linked to an early cessation of breastfeeding or the modalities of the donation of supplements (medical indication or not, modality of donation, number) could more or less influence this judgment. This is why this thesis is therefore interested in observing these modalities and their influences or not on the early termination of breastfeeding from birth to 1 month of life.

Objectives: The main objective is to find a link between the modalities of the donation of supplements (number, quantity given, mode) by the nursing staff or the patient in maternity and the early termination of breastfeeding. The secondary objective is to evaluate the fate of breastfeeding (exclusive, partial, or stop) until one month of life.

Methodology: For this purpose a quantitative prospective study was carried out, using questionnaires to be completed in suites and then 1 month by telephone, in the maternity of saint joseph in application of the label IHAB, from May to September 2018.

Results: study of 250 patients, 82 of whom gave supplements (at the maternity ward and / or at home). The results found highlight a rate of donation of supplements given for non-medical indication more important in maternity than return home. At the maternity clinic the supplements are still given for the most part at the bottle and at the house exclusively at the bottle. At the maternity hospital, the number of supplements was difficult to analyze, but the donation of the first supplement was on average on the second day of life and the date most frequently observed was the fourth day of life.

Conclusion: It has been observed that supplements are given mainly for non-medical indication and especially for maternal reasons. They are still frequently fed. And, that if the donation began at the maternity, it often happens that a month the supplements are even more numerous.