



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*La première tétée en salle de naissance ou comment
respecter les règles de bonne pratique*

Mémoire présenté et soutenu par

Noëlie KIEFFER

Promotion 2011

LISTE DES ABREVIATIONS

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

C.o.F.A.M. : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

H.A.S. : Haute Autorité en Santé

I.H.A.B. : Initiative Hôpitaux Amis des Bébé

I.L.C.O.R. : International Liaison Committes On Resuscitation

M.R.U.N. : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

P.N.N.S. : Programme National Nutrition Santé

S.A. : Semaines d'Aménorrhée

U.N.I.C.E.F. : United Nations International Children Emergency Fund

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| Liste des abréviations | 2 |
| Sommaire | 3 |
| Introduction | 6. |
| | |
| Partie 1 | 7 |
| | |
| 1 Les recommandations à la naissance..... | 8 |
| 1.1 L'Organisation Mondiale de la Santé | 8 |
| 1.1.1 La déclaration d'Innocenti | 8 |
| 1.1.2 Les Règles Mondiales pour le succès de l'allaitement maternel | 9 |
| 1.2 Les recommandations de la Haute Autorité en Santé..... | 11 |
| 1.3 Le Programme National Nutrition Santé..... | 14 |
| 1.3.1 Présentation..... | 14 |
| 1.3.2 PNNS et allaitement maternel..... | 14 |
| | |
| 2 La première tétée en salle de naissance : les bonnes pratiques | 16 |
| 2.1 Introduction | 16 |
| 2.2 Les critères de la population | 16 |
| 2.3 L'environnement : la salle de naissance | 17 |
| 2.4 Les compétences du nouveau-né à la naissance..... | 17 |
| 2.5 Le contact peau à peau | 18 |
| 2.5.1 Mise en place facilitée..... | 19 |
| 2.5.2 Adaptation thermique | 19 |
| 2.5.3 Le bien-être du nouveau-né..... | 19 |
| 2.5.4 L'adaptation métabolique | 20 |
| 2.5.5 Effet analgésique | 20 |
| 2.5.6 Le lien mère-enfant | 20 |
| 2.5.7 La flore bactérienne..... | 20 |
| 2.6 La position de la mère pour la première tétée | 21 |
| 2.7 La position du nouveau-né | 21 |
| 2.8 La tétée efficace | 23 |
| 2.9 Intervention du soignant..... | 23 |
| 2.10 Informations à la première tétée..... | 24 |
| 2.11 Les soins « dits de routine » et l'accueil du nouveau-né en salle de naissance | 24 |

| | |
|--|----|
| 3 Les Pratiques médicales entravant la tétée précoce | 26 |
| 3.1 Impact des différentes aspirations à la naissance..... | 26 |
| 3.1.1 L'aspiration du nouveau-né à la vulve..... | 26 |
| 3.1.2 L'aspiration oro-pharyngée | 26 |
| 3.1.3 L'aspiration gastrique | 27 |
| 3.2 Le dépistage des atrésies à la naissance..... | 27 |
| 3.2.1 L'atrésie de l'œsophage..... | 27 |
| 3.2.2 L'atrésie des choanes..... | 28 |
| 3.3 Les soins de routine..... | 29 |
| 3.5 Les informations données aux patientes..... | 30 |
| 3.6 Les professionnels de santé..... | 30 |
| | |
| 4 Rôle et responsabilités de la sage-femme | 31 |
| 4.1 Le code de santé publique : les compétences générales de la sage-femme | 31 |
| 4.2 Le code de la santé publique : le code de déontologie..... | 32 |
| | |
| Partie 2 | 34 |
| | |
| 1 Problématique et objectifs..... | 35 |
| 1.1 Problématique | 35 |
| 1.2 Objectifs de l'étude..... | 35 |
| | |
| 2 Description de l'étude | 37 |
| 2.1 Type d'étude | 37 |
| 2.2 Population étudiée..... | 37 |
| 2.3 Présentation de la grille de recueil d'informations..... | 38 |
| 2.3.1 La première partie : " la patiente et le nouveau-né..... | 38 |
| 2.3.2 La deuxième partie : l'entretien avec les soignants..... | 40 |
| 2.4 Présentation des 3 situations | 42 |
| | |
| 3 Analyse des cas..... | 44 |
| 3.1 Cas n°1..... | 44 |
| 3.1.1 Première partie : "la patiente et le nouveau-né..... | 44 |
| 3.1.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants..... | 46 |
| 3.1.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature..... | 49 |
| 3.2 Cas n°2..... | 53 |
| 3.2.1 Première partie : "la patiente et le nouveau-né..... | 53 |
| 3.2.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants..... | 54 |
| 3.2.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature..... | 58 |
| 3.3 Cas n°3..... | 61 |
| 3.3.1 Première partie : "la patiente et le nouveau-né..... | 61 |
| 3.3.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants..... | 62 |
| 3.3.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature..... | 66 |

| | |
|--|----|
| Partie 3 | 69 |
| 1 Analyse de l'étude..... | 70 |
| 1.1 Les limites de l'étude..... | 70 |
| 1.1.1 Problème de recrutement..... | 70 |
| 1.1.2 Problème lié au personnel..... | 70 |
| 1.1.3 Problème lié à la taille de l'échantillon..... | 70 |
| 1.2 Avantages de notre étude..... | 71 |
| 2 Discussion..... | 72 |
| Conclusion..... | 74 |
| Bibliographie..... | 75 |
| Table des matières..... | 78 |
| Annexe..... | 81 |

Introduction

De nombreuses études ont montré l'impact des bénéfiques en santé chez l'enfant ayant été allaité. L'allaitement maternel permet, à long terme, la prévention des infections pendant l'enfance, des allergies, de l'obésité.

Malgré les campagnes en faveur de l'allaitement maternel, malgré les connaissances apportées sur le sujet (notamment grâce aux formations proposées aux professionnels de santé concernés) et malgré les efforts fournis, la France fait encore partie des pays européens ayant le taux d'allaitement le plus bas.

En tant que professionnel de santé, il est de notre devoir de promouvoir et de favoriser l'allaitement maternel, si on se réfère aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Or il faut noter que pour remplir cette condition, l'allaitement maternel nécessite un accompagnement global par le personnel soignant. Celui-ci commençant par des informations aux couples dès le début de la grossesse se poursuivant après la sortie du séjour en maternité , en passant par sa mise en place dès la naissance.

La sage-femme a donc un rôle primordial à jouer dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés. Ses compétences doivent lui permettre de mettre en oeuvre les moyens nécessaires afin de garantir , notamment, un bon démarrage de l'allaitement maternel.

Des études nous ont montré que certains de nos gestes dits « de routine » modifiaient le comportement du nouveau-né, entravaient le réflexe de succion , et par conséquent la mise en place correcte de l'allaitement maternel.

Alors qu'il existe depuis 2006, des recommandations faites par la Haute Autorité en Santé, et que nous savons que certaines de nos pratiques peuvent avoir un impact négatif sur le bon déroulement de l'allaitement maternel ; pourquoi ne pas nous interroger sur l'importance d'une première tétée réussie en salle de naissance, pronostic d'un bon démarrage de l'allaitement maternel et de sa poursuite.

Partie 1

Comment bien démarrer un allaitement
maternel en salle de naissance ?

1 LES RECOMMANDATIONS A LA NAISSANCE

Elles se situent à plusieurs niveaux : au niveau mondial (l'OMS) et au niveau national en France (la HAS et le PNNS).

1.1 L'Organisation Mondiale de la Santé

L'OMS déclare que toute mère et son nouveau-né doivent bénéficier d'une garantie qu'à chaque contact avec les services de santé, ils reçoivent l'assistance dont ils ont besoin concernant notamment l'allaitement maternel. Ceci est fondamental.[1]

Pour l'OMS, le soutien à l'allaitement maternel devrait faire partie intégrante des soins primaires fournis par ces services de santé.[2]

Pour rappel, les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, c'est-à-dire, que l'on considérerait le soutien à l'allaitement maternel comme un soin de base et surtout accessible pour tous.

De plus, sur le plan international, de nombreuses recommandations ont été élaborées afin de promouvoir l'allaitement maternel, que nous retrouvons dans la déclaration d'Innocenti et les "Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel".

1.1.1 La déclaration d'Innocenti

Elle a été écrite et adoptée, le 1er août 1990 par tous les participants de la réunion organisée par l'OMS et l'UNICEF sur " l'allaitement maternel dans les années 90" : une initiative mondiale. 32 pays y ont participé, dont la France.

Elle a pour objectif général la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel.

Elle possède les 5 objectifs suivants :

- la mise en œuvre par les gouvernements de politiques nationales globales sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;

- un soutien sans faille du secteur de la santé et d'autres secteurs pertinents en faveur de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà ;
- l'encouragement d'une alimentation complémentaire adéquate, appropriée et de qualité, introduite au moment voulu (ajout d'autres aliments tout en poursuivant l'allaitement maternel) ;
- l'apport de conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans des situations de difficultés exceptionnelles, et du soutien dont ont besoin en pareil cas la famille et les autres personnes qui s'occupent des enfants ;
- l'adoption de mesures législatives ou autres nécessaires pour mettre en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans le cadre d'une politique nationale globale d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Notons que les objectifs 2 et 3 concernent plus particulièrement notre sujet.

Elle s'accompagne aussi d'objectifs opérationnels dont :

- la garantie du respect des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » (à savoir : l'Initiative Hôpital ami des bébés) dans chaque établissement assurant des prestations de maternité.

Pour atteindre ces objectifs, il faudrait rendre réceptif le public (que ce soit les professionnels de périnatalité comme le reste de la population) afin de créer un soutien approprié à ces femmes qui désirent allaiter. Ceci passe par le renforcement de la diffusion des informations sur l'allaitement maternel (professionnels et population) face à l'allaitement artificiel très présent dans nos sociétés actuelles. Il faut insister sur le fait de montrer aux femmes allaitantes ce dont elles sont capables face à ce sujet car elles ont perdu confiance en elle à ce niveau. Il faut donc avoir des idées et des attitudes positives sur l'allaitement maternel en s'adressant à tous, de la même manière et à tous les niveaux, en supprimant les obstacles à l'allaitement maternel dans les services de santé en maternité et principalement en salle de naissance . [3]

1.1.2 Les Règles Mondiales pour le succès de l'allaitement maternel

Elles ont été établies par l'OMS afin de donner un référentiel sur les bonnes conduites en matière d'allaitement maternel . Ce qui permet aussi par conséquent

d'uniformiser ces pratiques dans le monde. Rappelons que depuis l'ajout de la onzième condition qui correspond au respect du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel, les Dix Conditions de succès de l'allaitement maternel ont été renommées : les Règles Mondiales pour le succès de l'allaitement maternel.[4]

Dans ce travail, voici les conditions qui nous intéressent :[5],[6]

- **La première** : adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant. Il faut que les protocoles d'accueil des nouveau-nés et leur accompagnement à l'allaitement maternel soient basés sur des preuves scientifiques, telles que les recommandations HAS ou OMS. Les protocoles doivent être accessibles à tout le personnel s'occupant de mères et d'enfants pour s'y référer.
- **La deuxième** : donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique. Cette condition concerne la formation interne du personnel et est nécessaire afin de toujours accompagner au mieux l'allaitement maternel.
- **La troisième** : informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. Ceci permettant à la femme d'arriver en salle de naissance avec un certain savoir et donc une meilleure prise en charge par elle-même de la première tétée.
- **La quatrième** : aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans l'heure suivant la naissance, c'est-à-dire, placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins 1 heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.
- **La cinquième** : indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein. Pour cela il faut que les compétences en allaitement maternel soient acquises par le personnel et réactualisées.

- La sixième : ne donner aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf sur indication médicale.

1.2 Les recommandations de la Haute Autorité en Santé

Elles ont une première fois été élaborées, par l'ANAES, à la demande conjointe de l'Association de recherche en soins infirmiers et du Collège national des gynécologues et obstétriciens français en mai 2002 en collaboration avec certaines associations de sages-femmes.[7]

Ces recommandations concernent tous les professionnels de santé en périnatalité: les sages-femmes, les auxiliaires de puériculture, les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens, les puéricultrices, les médecins généralistes.

Elles concernent uniquement la population des femmes ayant mis au monde un enfant sain, né à terme.

Dans ces recommandations, on peut trouver :

- les contre-indications de l'allaitement,
- les pratiques qui l'encouragent ,
- les modalités de mise en oeuvre et d'accompagnement de l'allaitement maternel lors de sa mise en route dont l'importance du changement des pratiques et de l'organisation des maternités, l'importance du contact peau à peau et de la tétée précoce, la position du nouveau-né et la prise du sein.
- l'utilisation justifiée de compléments.

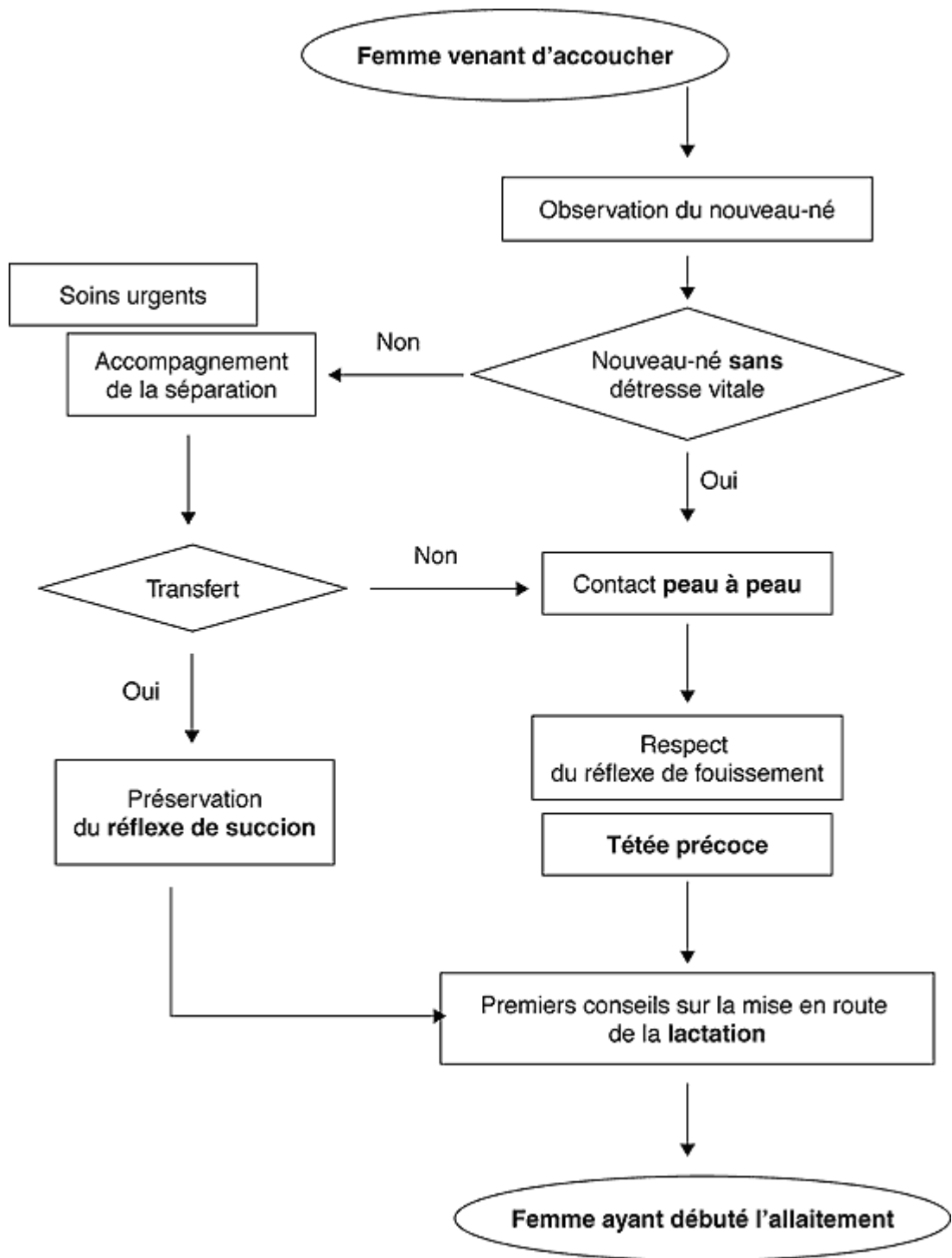
Elles ont été revues en juin 2006 par la HAS (anciennement ANAES) [8]. Ce document entre dans une démarche qualité ayant pour axe principal l'accompagnement et le soutien de l'allaitement maternel. Mais il peut aussi servir de guide dans l'évaluation des pratiques professionnelles, il permet d'harmoniser les interventions de tous les soignants, et de former les professionnels au soutien des mères allaitantes.

Il décrit différentes phases de soutien :

- phase 1 : information sur l'allaitement durant la grossesse,

- phase 2 : démarrage de l'allaitement maternel à la naissance,
- phase 3 : installation de l'allaitement maternel exclusif,
- phase 4 : poursuite de l'allaitement maternel jusqu'au sevrage.

Notre sujet se situe alors dans la phase 2. L'objectif est de "réunir les conditions favorables à un démarrage physiologique de l'allaitement. Cette phase est intégrée aux soins dispensés pendant l'accouchement et le post partum immédiat." Par ailleurs, il nous propose un schéma explicatif de synthèse.



Phase 2 : démarrage de l'allaitement maternel

1.3 Le Programme National Nutrition Santé

1.3.1 Présentation

Ces dernières années, une des priorités de santé publique importante est l'alimentation. Elle représente un facteur protecteur ou un facteur responsable de l'augmentation des risques de survenue ou d'aggravation de certaines pathologies, si elle n'est pas correctement équilibrée.

Un premier PNNS (2001-2005), lancé en janvier 2001, avait pour objectif général : " l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition."

Un deuxième PNNS existe, il prolonge le premier (2006-2010), tout en le précisant et le renforçant .

Ces deux programmes s'appuient sur des travaux du Haut Comité de Santé publique et ont pour but de donner des repères nutritionnels à la population.

On y trouve neuf objectifs nutritionnels prioritaires et aussi neuf objectifs nutritionnels spécifiques dont la promotion de l'allaitement maternel. Ils veulent informer, éduquer, orienter la population.

1.3.1

1.3.2 PNNS et allaitement maternel

Il fait le constat suivant : la France est en retard par rapport aux autres pays européens dans la pratique et la durée de l'allaitement maternel.

L'objectif des PNNS est alors "de réduire ce retard, de fournir un contexte favorable à un choix en faveur de l'allaitement maternel et de prolonger sa durée".

Il prévoit six actions, dont 4 nous intéressent plus particulièrement :

- Rédiger un document à l'attention des professionnels en périnatalité leur montrant l'intérêt de l'allaitement maternel en France.
- Former les professionnels des maternités à l'aide et à l'initiation de l'allaitement maternel à la naissance.
- Favoriser durant les consultations prénatales une information satisfaisante des femmes sur l'allaitement.

- Informer à ce moment les femmes sur l'introduction des aliments de complément.

Les objectifs visés par le PNNS 2 sont de poursuivre les actions du PNNS 1 et surtout de poursuivre l'augmentation du pourcentage d'allaitement maternel à la sortie de maternité (passer de 55% en 2005 à 70% en 2010) et aussi d'allonger la durée de l'allaitement maternel.

D'un point de vue législatif, il propose de lancer un rapport parlementaire sur le respect de la législation de l'allaitement maternel et de le comparer avec les autres pays européens et d'en proposer des évolutions.

[9]

2 LA PREMIERE TETEE EN SALLE DE NAISSANCE : LES BONNES PRATIQUES

2.1 Introduction

Dans ce chapitre, nous allons rappeler dans quelles conditions la première tétée devrait être réalisée en salle de naissance.

Nous nous situerons dans les cas les plus physiologiques.

Nous verrons l'importance de créer un environnement calme et apaisant autour de cet événement, de privilégier un contact peau à peau précoce et continu entre la mère et le nouveau-né, nous évoquerons les capacités innées sensorielles du nouveau-né ainsi que les réflexes présents à la naissance. Nous expliquerons pourquoi il est primordial d'aider la mère dans cette nouvelle étape, pourquoi il faut savoir reconnaître une tétée efficace en tant que professionnel de santé en périnatalité et surtout pourquoi il est important de transmettre ce savoir à la mère. Nous verrons qu'en tant que soignant nous pouvons faire certains gestes sans être délétère, adopter certaines pratiques pour favoriser cette première tétée (comme reporter les gestes dits de routine après la tétée) et quelles sont les informations à donner aux mères en salle de naissance. [10],[11],[12]

2.2 Les critères de la population

Dans ce mémoire, nous considérerons essentiellement les cas où la femme avait pris la décision d'allaiter durant sa grossesse et n'ayant pas de pathologie contre-indiquant l'allaitement maternel. Nous étudierons les cas où le nouveau-né est à terme ($>$ ou $=$ 37 SA), pesant a priori plus de 2500 g, sain à la naissance et ne nécessitant pas de prise en charge immédiate, un liquide amniotique clair et aucune infection potentielle ni pour la mère, ni pour le nouveau-né.

2.3 L'environnement : la salle de naissance

Le nouveau-né sain se trouve dans un état d'éveil calme à la naissance et dans les heures qui suivent. Il est alors préférable de mettre toutes les chances de son côté pour ne pas perturber ses réflexes.

En tant que soignant, nous avons le devoir de respecter au maximum les conditions optimales de cet événement, ce qui passe évidemment par un environnement calme et apaisant de la pièce, c'est-à-dire, qu'il faut éviter une exposition lumineuse trop vive et trop bruyante au nouveau-né. Il est également recommandé d'éviter les allées et venues non indispensables dans la pièce.

2.4 Les compétences du nouveau-né à la naissance

Le nouveau-né présente dès sa naissance des capacités sensorielles dans les domaines de l'audition et de l'olfaction.

Des travaux de recherches ont permis de démontrer que les capacités sensorielles du nouveau-né sont déjà présentes in utero, ce qui lui permet d'apprendre à mémoriser un certain nombre d'informations qui lui serviront plus tard après sa venue au monde.

Ses capacités à la naissance sont donc une continuité qu'il faut préserver et ne surtout pas perturber.

Il est notamment capable de reconnaître la voix de sa mère, sa chaleur, l'odeur de sa peau, le goût et l'odeur de son lait.

De plus, il a été démontré que si la mère n'a pas été trop séditée pendant le travail, le nouveau-né se trouve alors dans un état de vigilance lui permettant de communiquer et d'être attentif à son environnement.

Il est donc capable de sentir, d'écouter, de regarder.

Si on le lui permet, c'est-à-dire, si ses réflexes ne sont pas perturbés, il va ramper vers le sein de sa mère, parfois déjà au bout de quelques minutes seulement, et commencer à téter sans l'intervention de qui que ce soit. Il aura été guidé par l'odeur du sein de sa mère qu'il reconnaît.

Il est donc capable de savoir et de décider lui-même quand il est prêt à téter. Parce que si on le force, si on fait "une mise au sein", on compromet alors ses réflexes et

notamment son réflexe de fousissement, ce qui risque d'altérer son bon comportement pendant la tétée.

Voici l'ensemble du processus qui se déroule de façon assez stéréotypée :

"après une période de repos, le nouveau-né commence à regarder avec une grande concentration en s'intéressant surtout au visage, notamment les yeux et au sein de sa mère. On sait que le nouveau-né a une attirance particulière pour les formes rondes et les contrastes, ce qui peut expliquer l'intérêt pour le cercle sombre de l'aréole , mais on sait aussi que c'est l'odeur du mamelon qui va le guider vers le sein : si le sein droit est lavé , il choisira plus souvent le sein gauche.

Le nouveau-né commence aussi à faire des grimaces avec sa bouche, à bouger ses lèvres et sa langue et il commence à ramper en utilisant sa force musculaire et son réflexe de marche pour se propulser par petites poussées, entrecoupées de périodes de repos. Il porte souvent ses doigts et ses poings à sa bouche, il utilise le goût et l'odeur du liquide amniotique présent sur ses mains et l'associe à ceux du colostrum, similaires du point de vue chimiosensoriel et motivationnel.

Puis le nouveau-né devient de plus en plus actif dans sa recherche du sein. Il bouge la tête de droite à gauche et va se mettre en place sur l'aréole en ouvrant grand la bouche, la langue en bonne position vers le bas. Il peut ainsi prendre une large portion de sein sans blesser le mamelon et téter de façon efficace; le moment de la première tétée est très variable. Cela peut prendre quelques minutes à un peu plus d'une heure. Pendant ce temps la mère et le nouveau-né doivent rester ensemble, être le moins dérangés possible car ces réflexes sont fragiles et peuvent être facilement perturbés."

2.5 Le contact peau à peau

La pratique du contact peau à peau précoce, ininterrompu et prolongé possède de nombreux avantages que nous allons développer. Il faut préciser qu'il doit être surveillé par le personnel soignant, soit par simple observation , soit complété par une surveillance des paramètres du nouveau-né (par l'oxymètre de pouls fœtal) et surtout une information claire sur la surveillance que doit effectuer la mère auprès de son enfant (coloration de la peau , respiration).

[21]

2.5.1 Mise en place facilitée

Il permet au nouveau-né d'avoir l'occasion dès qu'il se sent prêt à faire la première tétée, ce qui facilite la mise en place de l'allaitement maternel en permettant à l'enfant de "s'auto-attacher" et de prendre le sein avec moins de difficultés. Des études montrent ces résultats, notamment celle de Richard et Alade (1990) prouvant que le groupe de nouveau-nés avec un contact peau à peau interrompu tétent moins efficacement que le groupe ayant eu un contact continu; la méta-analyse d'Anderson confirme l'effet positif du peau à peau chez les enfants ayant bénéficié de ce contact précoce : ceci augmente significativement de la durée de l'allaitement maternel.

2.5.2 Adaptation thermique

Il permet une meilleure adaptation thermique du nouveau-né : il possède une meilleure température axillaire et cutanée que ceux laissés en berceau.

Ceci a été démontré par Brystova et Coll, en comparant différentes pratiques de soins à la naissance (enfants en peau à peau, enfants habillés, dans les bras de leur mère ou en berceau). En fait, la naissance engendre des modifications du système nerveux autonome chez le nouveau-né. Il se produit des décharges importantes en cathécholamines dans son organisme qui est une réponse à une situation de stress nécessaire à son adaptation cardio-respiratoire et métabolique. Le problème qui intervient par la suite, est la persistance de cet état de stress qui devient alors négatif mais qui peut être diminué par ce contact en peau à peau.

L'étude de Christensson a permis, quant à elle, de montrer que le peau à peau permettait de mieux réchauffer un nouveau-né à bas risque d'hypothermie qu'un incubateur.(Dans ce cas le peau à peau peut également être réalisé par le père si la mère n'est pas disponible à ce moment là).

2.5.3 Le bien-être du nouveau-né

Le peau à peau permet une amélioration du bien-être chez le nouveau-né et une meilleure organisation neurocomportementale (études de Christensson et Michelson) : ces nouveau-nés pleurent moins et moins longtemps .Les observations de Ferber montrent plus de sommeil lent et profond, plus de mouvements et de postures en flexion et moins de mouvements d'extension.

2.5.4 L'adaptation métabolique

Une étude de Christensson montre moins de dépenses énergétiques chez ces nouveau-nés et par conséquent une glycémie plus élevée et une correction plus rapide du base-excess négatif.

2.5.5 Effet analgésique

L'étude de Gray montre un effet analgésique du peau à peau chez des enfants lors d'un prélèvement par micro-méthode.

2.5.6 Le lien mère-enfant

Une étude suédoise a montré le bénéfice dans l'établissement du lien mère-enfant . Rappelons que la mère se trouve à la naissance dans un état de vigilance et d'écoute de son bébé afin de répondre au mieux à ses besoins. Le peau à peau favorise la libération d'ocytocine chez la mère, qui est impliquée dans de nombreux mécanismes comportementaux dont celui de l'attachement. De plus, le fait de laisser au nouveau-né le temps de montrer ce dont il est capable, a pour conséquence des réactions positives des parents face à leur enfant, ce qui agirait sur la qualité des soins prodigués au nouveau-né.

2.5.7 La flore bactérienne

Le peau à peau dès la naissance permet une colonisation du nouveau-né par la flore bactérienne de sa mère en premier ce qui est bénéfique pour lui, et le sera alors moins par la flore bactérienne hospitalière. Notons tout de même que le réel impact sur la morbidité n'a pas été établi.

On dit que le contact peau à peau est adaptatif, il serait alors une transition entre la vie intra et extra-utérine.

2.6 La position de la mère pour la première tétée

La position allongée est la plus facile à réaliser en salle de naissance, la difficulté de celle-ci réside dans le fait que la mère ne peut pas utiliser le bras sur lequel elle repose. Il faut l'encourager à utiliser son autre main pour amener l'enfant vers elle, plutôt que de diriger son sein vers lui.

La sage-femme doit savoir de quel côté elle est elle-même le plus à l'aise pour aider, et à moins que la mère n'ait besoin d'une aide spécifique pour un sein, elle doit choisir son côté préféré.

Il est bon de demander à la mère de s'allonger plutôt sur le côté, sa tête reposant sur des coussins. Si elle est allongée sur la gauche, son bras est replié, son avant-bras parallèle à sa tête. Elle peut avoir besoin d'un oreiller dans le dos et entre les genoux pour améliorer son confort. Le bébé est placé sur le côté, face à sa mère, de façon à avoir un contact visuel avec elle. Il ne doit pas être enveloppé dans une couverture de façon à pouvoir toucher sa mère avec ses mains et ses pieds. Il faut quand même couvrir et border le bébé avec une couverture pour qu'il ne prenne pas froid et ne risque pas de tomber.

Il faut laisser le temps à la mère et à l'enfant pour que le premier contact s'établisse. La mère peut parler à son bébé, le caresser, lui laisser tenir son doigt. De cette façon, le réflexe d'orientation du bébé est stimulé par les sensations tactiles et olfactives qu'il reçoit.

[13],[14]

2.7 La position du nouveau-né

Quelle que soit l'orientation du bébé par rapport à sa mère, il doit être contre elle, son visage et ses épaules face au sein. Tout le corps du bébé doit être calé contre celui de sa mère, son nez à hauteur du mamelon.

La tête, les épaules, le tronc du bébé doivent être en légère extension, et amenés vers le sein par une main ferme et sûre. Il ne doit pas y avoir de changement de direction brusque comme une flexion de la tête en arrière ou un mouvement de recul du corps du bébé.

Chez le bébé, la langue occupe le tiers inférieur de la bouche ouverte de telle sorte qu'en l'amenant vers le sein et en dirigeant le mamelon vers cette partie inférieure de sa bouche, ce dernier se posera directement sur la langue. À l'inverse, si le mamelon est amené vers le tiers supérieur de la bouche, il ira au-delà de la langue, voire contre le palais mou.

Si le nez est enfoncé dans le sein, le bébé est sans doute placé trop haut sur ce sein, ce qui l'oblige à fléchir la tête. Pour lui dégager le nez tout en le laissant contre le corps de sa mère, il suffit de le faire légèrement glisser vers le bas. S'il est couché horizontalement, on peut être amené à déplacer tout son corps, en faisant glisser ses pieds du côté du sein libre. Ce mouvement aura aussi pour effet de mettre son cou et sa tête en extension.

Il faut éviter une hyperextension de la tête et du cou, car cela rend la déglutition impossible.

On peut se demander quelle main la mère doit utiliser pour :

- soutenir et présenter le sein;
- porter et amener le bébé vers le sein.

Les mères (et/ou les bébés) ont souvent une préférence pour l'un des côtés, et on peut être amené à devoir améliorer la technique d'allaitement du côté où la mère (ou le bébé) est le moins à l'aise. Pour cela, il faut inciter la mère à utiliser sa « bonne » main des deux côtés pour les mêmes tâches. Cette situation peut imposer de positionner le bébé dans l'autre sens.

La plupart des mères et des bébés ont intérêt à ce que le sein soit soutenu, surtout lorsqu'il est volumineux ou très souple.

Il est important de dissuader la mère de placer ses doigts « en ciseaux » pour présenter son sein car les doigts ne permettent pas à l'enfant de prendre suffisamment de tissu mammaire.

Pour soutenir son bébé, la mère peut soit lui faire reposer la tête et les épaules sur son avant-bras, soit lui soutenir les épaules sur sa main disponible, l'extrémité des doigts soutenant le cou. Elle ne doit surtout pas maintenir la tête avec toute la main, car cela risque de provoquer une détresse chez le bébé particulièrement si elle est dirigée de force vers le sein.

[13]

2.8 La tétée efficace

Les critères d'une bonne prise de sein sont :

- le bébé ne tourne pas la tête, respect de l'axe oreille, épaule, hanche
- le menton est dans le sein
- la bouche est grande ouverte
- les lèvres sont éversées (elles font ventouse)
- les joues sont pleines, elles ne se creusent pas
- le bébé prend une bonne « bouchée » de sein
- le mouvement des muscles s'étend jusqu'aux oreilles (mouvements de succion amples)

[14]

2.9 Intervention du soignant

Un des points les plus importants que la sage-femme devrait garder à l'esprit est qu'elle doit être capable de décrire ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait.

Soutenez le bébé au niveau des épaules, seules les extrémités des doigts soutenant sa tête.

Dirigez le bébé vers le sein et chatouillez sa lèvre supérieure avec le mamelon. Attendez qu'il ouvre grand sa bouche avant de lui faire prendre le sein.

C'est lorsque vous êtes sûre qu'il va ouvrir sa bouche toute grande et que sa lèvre inférieure commence à se retourner que vous l'invitez à prendre le sein d'une main douce et ferme. Ce geste d'invitation doit être précis et exécuté promptement.

Dirigez la mâchoire inférieure du bébé le plus loin possible de la base du mamelon, de façon à ce qu'il ait la plus grande partie possible du sein dans sa bouche. Il doit pouvoir aller le plus loin possible pour que sa langue puisse extraire le lait des sinus situés derrière l'aréole. Ne lui faites pas pencher la tête en avant; c'est tout le bébé qu'il faut amener vers sa mère en maintenant son dos droit et sa tête en légère extension.

C'est la mâchoire inférieure et la langue du bébé qui travaillent sur le sein; donc la partie de l'aréole visible au-delà de la lèvre inférieure est plus petite, si bien que la bouche du bébé paraît posée asymétriquement.

Lorsque vous aidez ainsi une mère, dites-lui toujours ce que vous faites et pourquoi vous le faites; ce sera d'autant plus facile pour elle de reproduire l'action.

Et dès que possible, laisser la mère remplacer les mains du professionnel puis se retirer et laisser la mère et l'enfant au calme.

[13]

2.10 Informations à la première tétée

Les conseils à la première tétée doivent comprendre les informations suivantes :

- La composition du colostrum et du lait mature sera expliquée à la mère qui comprendra ainsi que son bébé n'a pas besoin de la même quantité de lait qu'un bébé nourri au lait de substitution dans les premiers jours de sa vie. Il est important de lui dire que le colostrum est unique et qu'il couvre tous les besoins du bébé, s'il tète sans restriction dès sa naissance.
- Dès la toute première tétée, la mère a besoin de connaître l'importance d'une bonne position, de même que la façon d'y parvenir.
- Il faut utiliser la tétée elle-même pour expliquer une partie de son mécanisme et qu'il n'est pas nécessaire de stimuler le bébé pour qu'il tète en continu.

[13]

2.11 Les soins « dits de routine » et l'accueil du nouveau-né en salle de naissance

Si tout se passe bien à la naissance, que nous nous trouvons dans une situation physiologique, nous avons le devoir de laisser à cette nouvelle famille la possibilité de passer ces premiers instants ensemble sans être dérangés [10]. D'après l'ILCOR 2005 [15], si la réponse est oui aux quatre questions suivantes alors le nouveau-né est considéré comme normal et il n'est pas nécessaire, ni justifié de le prendre en charge immédiatement, ni de le séparer de sa mère.

- Est-ce que le nouveau-né est à terme?
- Est-ce que le liquide amniotique est clair et sans infection potentielle?
- Est-ce que le nouveau-né respire ou vie?
- Est-ce que le nouveau-né a un bon tonus?

On peut alors reporter les soins après la tétée et le poser en peau à peau sur sa mère après l'avoir séché. Il suffit ensuite de le recouvrir d'un linge chaud, pas trop serré pour ne pas gêner ses mouvements, et d'un bonnet. Son visage doit rester visible et son nez bien dégagé, la température en salle de naissance doit avoisiner les 24-25°C. Il faut s'assurer de maintenir un niveau de sécurité suffisant pour le nouveau-né en vérifiant régulièrement son état (activité, couleur). Quand il montre qu'il est prêt, l'aider éventuellement pour cette première tétée.

3 LES PRATIQUES MEDICALES ENTRAVANT LA TETEE PRECOCE

3.1 Impact des différentes aspirations à la naissance.

Quelque soit le type d'aspiration, elles sont toutes délétères pour l'allaitement maternel car elles sont traumatiques, génèrent du stress au nouveau-né et perturbent, voire inhibent ses réflexes, ses compétences car elles nécessitent une séparation mère-enfant pour être réalisées.[16],[17]

3.1.1 L'aspiration du nouveau-né à la vulve

Depuis 2005, elle n'est plus recommandée, elle n'a pas montré son efficacité en routine. Sa seule indication reste la présence d'un méconium épais chez un nouveau-né « non vigoureux » ou avec une détresse respiratoire.

3.1.2 L'aspiration oro-pharyngée

Cette aspiration profonde et au-delà du V lingual est délétère. Le nouveau-né risque une bradycardie vagale et un spasme laryngé. Elle n'est à réaliser que si le nouveau-né est encombré et en cas de détresse respiratoire. Estol et al (1997) ont effectué une étude en mesurant les paramètres respiratoires à différents temps chez des nouveau-nés aspirés et non aspirés : ils ont retrouvé les mêmes résultats dans les 2 groupes (il n'y a donc pas de justifications à la recommandation de la désobstruction systématique des nouveau-nés à la naissance.)

Quant à l'étude de Carasco et son équipe, elle a permis de constater que le groupe des enfants aspirés immédiatement après la naissance avait des taux de saturation en oxygène plus faible que le groupe des nouveau-nés non aspirés, et ce, jusqu'à 7 minutes après la naissance.

Rappelons que la résorption du liquide pulmonaire commence avant la naissance et est augmentée lors du passage du nouveau-né dans les voies vaginales : c'est une résorption

mécanique par compression thoracique. Il est aussi résorbé dans l'espace interstitiel des poumons à la naissance.

D'autre part, l'encombrement des nouveau-nés rencontré en suite de couche correspond au stress du à la naissance, ce qui ne peut alors pas s'empêcher par une aspiration immédiate à la naissance qui, au contraire, l'aggraverait entraînant un stress supplémentaire à l'enfant.

D'autres études ont montré que chez des nouveau-nés présentant des difficultés respiratoires minimales, leur état s'améliorait plus rapidement s'ils étaient en peau à peau plutôt qu'en berceau ou en incubateur.

3.1.3 L'aspiration gastrique

L'aspiration gastrique n'a pas d'indication systématique tel que le recommande la société suisse de néonatalogie [18]. Elle apporte plutôt des conséquences iatrogènes telles que la douleur ressentie par le nouveau-né, les blessures dues au passage de la sonde et des spasmes laryngés.

Rappelons que la bouche est l'organe sensitif le plus développé chez les bébés et que l'aspiration gastrique et le passage de sonde créent des dommages dans l'apprentissage notamment de l'allaitement maternel.

3.2 Le dépistage des atrésies à la naissance

3.2.1 L'atrésie de l'oesophage

Rappelons que la fréquence est de 1/2500 à 1/5000 naissances.

Il existe différents temps pour le dépistage de l'atrésie de l'oesophage :

- en anténatal
- à la naissance
- dans les heures qui suivent la naissance

En anténatal :

Le diagnostic reste difficile à établir. Les signes permettant de la détecter sont une absence ou une mauvaise visualisation de l'estomac aux échographies, un hydramnios ou encore elle sera associée à d'autres malformations. Les repères de l'atrésie de l'oesophage ne sont que des signes indirects. Mais en dehors de ces signes d'appel, il n'est pas indispensable de passer une sonde dans l'oesophage.

À la naissance et dans les heures qui suivent :

Des signes cliniques d'apparition plus tardive peuvent nous faire évoquer l'hypothèse diagnostique d'une atrésie de l'oesophage. On retrouve alors en général : une hypersalivation (« mousse buccale »), une toux, une détresse respiratoire avec un accès de cyanose, des régurgitations, un problème de mise en place de la première tétée.

Alors même s'il n'existe pas de signes anténatals, il est possible grâce aux signes cliniques de s'abstenir du passage de sonde dans l'oesophage de manière systématique.

De plus, précisons qu'une étude sur l'expérience échographique à la maternité de Nancy a été menée. Elle retraçait 15 ans d'activité. Il en est ressorti les constatations suivantes : les cas d'atrésie diagnostiqués en postnatal ont été retrouvés sur des enfants faisant partie d'un groupe à risque, c'est-à-dire, des enfants qui auraient eu de toute manière une aspiration systématique à la naissance. On aurait pu alors éviter de réaliser ce geste en systématique chez des enfants sains.

Il est évident que si des signes d'appels anténatals sont présents ou si des signes cliniques plus tardifs apparaissent dès la naissance, il faudra, bien entendu, vérifier la perméabilité oesophagienne grâce : soit au passage d'une sonde de charrière n° 10 suffisamment rigide pour ne pas s'enrouler dans un cul-de-sac oesophagien, soit au test de la seringue.

Notons que la perméabilité de l'oesophage n'est vérifiée que sur les signes d'appels dans les pays suivants : Angleterre, Hollande, Pays-Bas, Norvège, Suède.

3.2.2 L'atrésie des choanes

Sa fréquence est de 1/8000 naissances.

- Si bilatérale : elle est immédiatement dépistée à la naissance car les manifestations cliniques de détresse respiratoire sont brutales.

- Si unilatérale : le diagnostic est moins urgent, et peut être réalisé de manière moins traumatique que le passage d'une sonde :

On peut utiliser le test à la cuillère : une cuillère est placée sous les narines du nouveau-né, on y visualise alors une seule trace humide dans le cas d'atrésie des choanes unilatérales.

On peut utiliser une mèche de coton, vibrant à l'expiration. Cette mèche sera placée successivement sous chaque narine.

[16],[17]

3.3 Les soins de routine

On peut rencontrer le problème suivant : le soin est effectué avant la tétée interrompant le contact peau à peau ou reportant alors le contact précoce à plus tard, ce qui peut perturber alors le bon démarrage de l'allaitement maternel.

Il est préférable de reporter les soins (la pesée, le cordon ombilical, les perméabilités, les mensurations, l'examen du nouveau-né, les administrations médicamenteuses, la pose du bracelet, la prise de la température, le bain) après la première tétée afin de favoriser un maximum le bon démarrage de l'allaitement maternel. Il faut pour cela changer les attitudes, les pratiques trop souvent systématisées par le personnel de salle de naissance. Ces changements sont recommandés par la HAS, l'OMS, l'UNICEF, et de nombreux autres auteurs.

En France, certaines maternités effectuent les soins et les aspirations de manière systématique par souci d'organisation, d'autres font les dépistages uniquement en observant le nouveau-né (les critères ayant été auparavant) bien définis et effectuent les soins de routine avant de passer la mère et son nouveau-né en secteur de suite de couche favorisant la tétée précoce et le contact peau à peau prolongé.

[11],[16]

3.4 Les informations données aux patientes

Ces informations sont importantes pour le bon déroulement de l'allaitement maternel, elles apportent donc un plus. Les femmes réussissent beaucoup mieux leur allaitement si elles sont informées avant la naissance. Mais ces informations doivent être répétées par les professionnels en maternité, dès le démarrage de l'allaitement maternel et aussi souvent que nécessaire car comme cela a été étudié, les femmes pendant leur grossesse et le post partum se retrouvent dans une situation émotionnelle particulière.[19]

3.5 Les professionnels de santé

Les professionnels de santé ne perçoivent pas toujours l'importance d'un bon démarrage de l'allaitement maternel. Or il a été démontré que son initiation était un élément capital dans sa réussite.

La systématisation des soins par les professionnels de santé en salle de naissance fait partie des pratiques médicales entravant la tétée précoce. [20]

La charge de travail dans les maternités de niveau 3 et dans les maternités où le nombre d'accouchements est très important représente un des facteurs entravant l'accompagnement de l'allaitement maternel en salle de naissance. Cet argument est souvent retenu par les professionnels de salle de naissance.

4 ROLE ET RESPONSABILITES DE LA SAGE-FEMME

Malgré le fait que notre culture et notre société se soient détournées de l'allaitement maternel ces dernières décennies, et malgré tous les problèmes que l'on peut rencontrer en salle de naissance entravant le bon démarrage de l'allaitement maternel, il est important de rappeler un certains nombre de règles concernant le rôle et la responsabilité de la sage-femme dans ce processus.

Il est primordial de noter que la profession de sage-femme est soumise à un code de déontologie qui se trouve être inclu dans le code de santé publique. Par conséquent, toute sage-femme en exercice se doit de le respecter.

4.1 Le code de santé publique : les compétences générales de la sage-femme

Article L.4151-1 (1er et 3ème alinéas) du code de la santé publique (loi n°2004-806 du 9 août 2004, art.101. Journal Officiel du 11 août 2004) :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1. »

Ce qui signifie bien, qu'elle a les compétences requises pour accompagner au mieux la mère et le nouveau-né en salle de naissance pour la tétée précoce.

L'article R.4127-325 du code de la santé publique :

« Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. »

Les bonnes conduites à tenir lors du démarrage de l'allaitement maternel ont été étudiées et déterminées grâce à des données scientifiques, qui sont de plus souvent réactualisées comme nous avons pu le voir précédemment.

D'après cet article nous pouvons alors considérer l'allaitement maternel comme l'accompagnement à un soin qui fait donc bien partie des compétences de la sage-femme.

4.2 Le code de la santé publique : le code de déontologie

Pour exercer la profession de sage-femme, il faut (être évidemment diplômée) être inscrit au tableau de l'ordre ce qui implique de respecter le code de déontologie des sages-femmes. Ce qui est écrit dans l'article R.4127-301 du code de la santé publique.

L'article R.4127-302 du code de la santé publique nous dit que :

« La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. »

Ce qui signifie que la sage-femme doit respecter le choix des patientes désirant allaiter au sein leur enfant. Le fait de la soutenir et de l'aider dans le démarrage de l'allaitement maternel est une mission pour la sage-femme.

Cet article nous rappelle aussi que :

« Il est de son devoir de prêter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes pour la protection de la santé. »

Même si la sage-femme n'a pas reçu dans sa formation initiale ou a reçu un enseignement limité au sujet de l'allaitement maternel, elle a le devoir d'être à jour en ce qui concerne le domaine de ses compétences et donc elle a le devoir de formation continue. Ceci nous est indiqué dans l'article de R.4127-304 du code de la santé publique :

(Décret n 2006-1268 du 17 octobre 2006 art.2 Journal Officiel du 18 octobre 2006)

« La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les conditions prévues par l'article L.4153-1. »

Le code de déontologie nous donne les devoirs envers les patientes et les nouveau-nés que nous retrouvons dans les articles suivants :

L'article R.4127-325 du code de la santé publique :

Déjà cité précédemment.

L'article R.4127-326 du code de la santé publique :

« La sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes les plus appropriées et, s'il y a lieu, en s'entourant des concours les plus éclairés. »

Tous ces articles, nous montrent bien que cette phase de démarrage de l'allaitement maternel fait bien partie du rôle, des compétences et de la responsabilité de la sage-femme.

Partie 2

Présentation de l'étude : A propos de 3 cas

5 1 PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

5.1 1.1 Problématique

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons pu développer le fait qu'il existait de nombreuses recommandations documentées de manière scientifique sur l'allaitement maternel, c'est-à-dire, qu'il existe bien des bonnes conduites pratiques à adopter lors du démarrage de l'allaitement maternel en salle de naissance. Ces règles concernent et sont à appliquer par tous les professionnels de santé en maternité qui participent à l'accompagnement de la tétée précoce, cette dernière se réalisant donc en salle de naissance.

Pour faire cette étude nous nous baserons sur les recommandations de la Haute Autorité en Santé, de l'OMS et des documents et études scientifiques développées dans la première partie de ce travail.

LA PROBLEMATIQUE est la suivante :

Quels sont les problèmes rencontrés par les soignants dans la mise en place de l'allaitement maternel à la naissance, à la maternité régionale universitaire de Nancy ?

5.2 Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude sont les suivants :

- objectif primaire :

Répertorier les freins rencontrés par les soignants lors de la mise en place de la tétée précoce dans l'allaitement maternel en salle de naissance.

- objectifs secondaires :

1. Les soignants encadrant l'allaitement maternel à la naissance se sentent-ils concernés par l'importance de leur rôle, ainsi que du devenir de l'allaitement maternel ?

2. Les connaissances en allaitement maternel sont-elles acquises par les soignants?
Adoptent-ils les recommandations sur les bonnes conduites à tenir lors de la tétée précoce ?

3. Proposer des pistes éventuelles d'amélioration, une procédure de bonne pratique de la tétée précoce.

5.3 DESCRIPTION DE L'ETUDE

5.4 2.1 Type d'étude

C'est une étude de cas à recrutement monocentrique à la maternité régionale universitaire de Nancy, prospective, longitudinale, observationnelle, qualitative et descriptive.

5.4.1 2.2 Population étudiée

Population: l'origine du recrutement est la maternité régionale universitaire de Nancy. Le groupe d'individus étudié est le couple mère-nouveau-né dont la première tétée se fait à la naissance en salle d'accouchement, ainsi que les soignants y participant. L'étude s'est portée sur 3 situations.

Critères d'inclusion : - les femmes allaitant au sein à la naissance

- nouveau-né à terme ($>$ ou $=$ 37 SA)
- pesant a priori plus de 2500g
- nouveau-né sain à la naissance
- mère n'ayant pas de pathologie
- liquide clair et sans infection potentielle

Critères d'exclusion : - pathologie maternelle

- nouveau-né prématuré ($<$ 37 SA)
- nouveau-né nécessitant une réanimation à la naissance
- nouveau-né présentant une pathologie grave à la naissance

Variable principale : le respect de la mise en place de la tétée précoce .

Il s'agit d'une variable qualitative.

Autres variables : le respect du réflexe de foussement, la bonne position et la bonne prise du sein par le nouveau-né, les gestes de routine, le peau-à-peau, les connaissances des intervenants, la motivation des soignants.

2.3 Présentation de la grille de recueil d'informations

La **première partie** est intitulée « la patiente et le nouveau-né ». Elle est constituée d'un bref entretien avec la patiente, d'une observation de la situation et d'une question à la ou les personnes ayant transmis à la patiente des informations concernant l'allaitement maternel.

La **deuxième partie** est intitulée « les soignants ». Elle est composée d'entretiens réalisés avec les différents soignants ayant accompagné cette naissance et la tétée précoce. Pour chaque soignant, il a été demandé leur formation en allaitement maternel, plus précisément encore, leurs connaissances actuelles en allaitement maternel, leurs connaissances concernant l'accueil du nouveau-né (soins de routine...) et enfin leur point de vue par rapport à la situation vécue et de manière plus générale sur la qualité d'accompagnement de l'allaitement maternel en salle de naissance.

La grille de recueil se trouvant en annexe.

2.3.1 La première partie : « la patiente et le nouveau-né »

Nous allons y expliquer les objectifs des renseignements demandés.

L'ENTRETIEN AVEC LA PATIENTE :

- L'âge gestationnel : important car cette étude ne concerne que les enfants nés à terme.
- Les antécédents d'allaitements maternels et leur déroulement : permet de savoir si la patiente a déjà de l'expérience, ceci nous renseigne sur l'état psychologique dans lequel se trouve la patiente parce que si elle n'a jamais allaité, elle peut être inquiète et requière beaucoup de soutien, de même si elle a rencontré des problèmes pour la ou les autre(s) fois.
- Les informations reçues pendant la grossesse : permettent de savoir s'il faudra rectifier ou non ces informations. Ceci permet de savoir aussi si elle a déjà des connaissances.

L'OBSERVATION :

- L'heure de naissance : permet de voir si la fatigue du personnel peut faire partie des freins au bon accompagnement.
- L'analgésie péridurale : elle peut différer la tétée.
- La température de la pièce : permet de savoir si les soignants mettent en place une prévention afin d'éviter les risques d'hypothermie du nouveau-né.
- Le peau-à-peau : immédiatement à la naissance parce que cette pratique est bénéfique pour le nouveau-né, il participe à son adaptation à la vie extra-utérine (qui est alors moins brutale et qui permet de prévenir l'hypothermie) et, s'il est prolongé et non interrompu, il favorise la tétée précoce.
- Le réflexe de fouissement, attitude des soignants : permet de voir si les conditions optimales de la première mise au sein sont respectées par les soignants.
- L'examen du nouveau-né, les mensurations, l'administration de médicaments, la pesée, la toilette et l'habillage du nouveau-né : le moment de leur réalisation est important à noter car il peut être reporté après la tétée afin de ne pas l'entraver.
- Le bruit et la lumière : il est important de noter s'il y a eu une attention particulière car le nouveau-né y est sensible. Il faut favoriser la lumière tamisée et le silence quand cela est possible.
- La perméabilité des choanes : importance du moment et de la technique de vérification car la moins invasive est fortement recommandée (par exemple la technique du miroir).
- La perméabilité de l'œsophage : importance du moment et de la technique de vérification car la moins invasive peut être réalisée (la technique par observation car seul les cas très précis décrits dans la partie théorique doivent faire intervenir la vérification par sonde mais rappelons qu'il n'existe pas de consensus à ce sujet actuellement).
- Les informations concernant la surveillance par la patiente du nouveau-né en peau-à-peau et concernant l'allaitement maternel : ceci permet de prévenir les morts subites des nouveau-nés et de bien démarrer l'allaitement maternel

pour éviter surtout les crevasses et motiver les patientes en leur expliquant comment se déroule l'allaitement maternel dans les premiers jours.

- Divers : cet item permet de noter toute information complémentaire que l'on aurait pu oublier lors de la réalisation de cette grille car elle a été établie en lien avec ce qui est décrit dans la littérature, mais peut-être que nos observations nous permettront de répertorier d'autres freins au bon accompagnement de l'allaitement maternel en salle de naissance.

2.3.2 La deuxième partie : l'entretien avec les soignants

Nous allons maintenant décrire également les objectifs des renseignements demandés aux soignants lors des entretiens réalisés avec chacun d'eux. Ils concernent leurs connaissances, leurs acquis, leur réelle pratique et leur implication vis-à-vis de ce sujet.

LES ENTRETIENS AVEC LES SOIGNANTS :

- L'année du diplôme : elle m'a paru importante parce qu'elle révèle l'ancienneté de la formation.
- La formation en allaitement maternel : elle nous renseigne sur les connaissances théoriques du soignant, elle montre si elle a été réalisée pendant la formation initiale, si elle a été réalisée en étant diplômé, et si la personne a eu la volonté de se former elle-même. Enfin l'année des différentes formations nous donne une indication sur la valeur des connaissances des soignants.
- Le réflexe de foussement : nous renseigne sur les connaissances précises en matière d'allaitement maternel pour notre étude que le soignant doit posséder.
- Les soins de routine : ce sont les mêmes rubriques que ceux observés mais les soignants de chaque cas ont été réinterrogés par rapport à leur pratique habituelle afin d'avoir une vue d'ensemble de l'équipe et pour connaître l'état de leur connaissances. Ils sont amenés à dire le moment de la réalisation des soins, de les classer par ordre d'importance pour eux et à justifier ces réponses.

- Leur satisfaction d'accompagnement dans le cas présenté : ceci permet de savoir si leur accompagnement leur a paru adéquate à la situation et satisfaisant. Aussi cela permet de savoir s'ils auraient voulu faire autrement et pourquoi. Ceci nous montre leur capacité d'adaptation.
- Amélioration de la qualité de l'accompagnement de l'allaitement maternel en salle de naissance : nous renseigne sur la motivation du personnel soignant et sur la prise de conscience de leur rôle dans ce domaine. Ceci nous permet aussi de présenter leurs attentes et leurs suggestions.

5.5 2.4 Présentation des 3 situations

Nous allons brièvement présenter les 3 situations afin de confirmer leur inclusion à l'étude et de rapidement présenter les différents acteurs s'y rapportant.

CAS N° 1 : il s'agit d'une patiente ayant choisi d'allaiter au sein son enfant. Elle avait fait part à la maternité d'un projet de naissance désirant respecter la physiologie de la naissance. On peut également noter qu'elle a déjà allaité une fois. Elle est enceinte de 40,5 SA, ne présente pas de pathologie pour elle et cette grossesse, le liquide amniotique est clair pendant le travail et il n'y a pas d'altération du rythme cardiaque fœtal pendant le travail. Le nouveau-né pèse plus de 2500g, il est sain à la naissance et ne nécessite pas de réanimation à sa naissance.

Le nombre de personnes ayant accompagné cette naissance est de 3 : la sage-femme (parce qu'elle doit toujours être présente lors des naissances), l'auxiliaire de puériculture (parce que lors d'un accouchement eutocique il faut toujours au moins une deuxième personne qui accompagne la sage-femme pour la naissance et parce que souvent c'est elle qui s'occupera de l'enfant après la naissance) et une étudiante sage-femme de 4^{ème} année (parce que nous sommes dans une maternité universitaire d'où la présence possible d'une étudiante) .

CAS N°2 : il s'agit d'une patiente ayant choisi d'allaiter au sein son enfant. Elle est d'origine africaine. On peut également noter qu'elle a déjà allaité une fois. Elle est enceinte de 40,5 SA, ne présente pas de pathologie pour elle et cette grossesse, le liquide amniotique est clair pendant le travail et il n'y a pas d'altération du rythme cardiaque fœtal pendant le travail. Le nouveau-né pèse plus de 2500g, il est sain à la naissance et ne nécessite pas de réanimation à sa naissance.

Le nombre de personnes ayant accompagné cette naissance est de 3 (même justification que pour le cas 1): la sage-femme, l'auxiliaire de puériculture et une étudiante sage-femme de 3^{ème} année.

CAS N°3 : il s'agit d'une patiente ayant choisi d'allaiter au sein son enfant. . On peut également noter qu'elle n'a jamais allaité et que c'est son premier enfant. Elle est enceinte de 39,5 SA, ne présente pas de pathologie pour elle et cette grossesse, le

liquide amniotique est clair pendant le travail et il n'y a pas d'altération du rythme cardiaque fœtal pendant le travail. Le nouveau-né pèse plus de 2500g, il est sain à la naissance et ne nécessite pas de réanimation à sa naissance.

Le nombre de personnes ayant accompagné cette naissance est de 3 : la sage-femme, une étudiante sage-femme de 3^{ème} année et une étudiante sage-femme de 1^{ère} année. Nous pourrions écrire les mêmes justifications que pour les autres cas en y précisant que l'étudiante sage-femme de 1^{ère} année joue dans cette situation le même rôle que l'auxiliaire de puériculture (qui était alors occupée).

1 Analyse des cas

Nous allons étudier chaque cas en y rapportant les informations recueillies et en les comparant aux pratiques scientifiques recommandées dans la littérature.

3.1 Cas n°1

3.1.1 Première partie : « la patiente et le nouveau-né »

RENSEIGNEMENTS DE LA PATIENTE

- Age gestationnel : 40,5 SA donc à terme
- Nombre d'allaitement antérieur : 1
- Le déroulement : début difficile, problème de perte de poids de 10% du nouveau-né (donc le soutien des professionnels est très important, de plus il peut exister chez cette patiente une certaine appréhension pour cet allaitement). Durée : 6 mois (ce qui est de bon pronostic car la patiente est motivée). Renseignements supplémentaires : elle était inscrite à la Leache League, et était très entourée par sa belle-sœur ayant elle-même 5 enfants qu'elle a allaités).
- Informations reçues pendant la grossesse : par les médias type internet, revues pour parents (en tant que professionnel il faudra faire très attention car elle aura peut-être reçue des informations erronées et par conséquent en contradiction avec les connaissances scientifiques du moment.)
- Autre information : a fait part d'un projet de naissance dans lequel, elle et son conjoint veulent un maximum que l'on respecte la physiologie de la naissance par conséquent pas de gestes de routine systématiques.

OBSERVATION DE LA SITUATION

- La naissance a eu lieu de jour, en fin de matinée. (pas facteur de fatigue pour les soignants).
- Analgésie péridurale : non.

- Température de la pièce : la rampe chauffante a été allumée dès l'installation de la patiente pour l'accouchement afin d'augmenter la température de la pièce pour l'accueil du nouveau-né et diminuer ainsi le risque d'hypothermie.
- Le peau-à-peau : a été réalisé dès la naissance, même le temps de la suture, le bébé fut immédiatement séché, recouvert d'un lange chaud et l'auxiliaire de puériculture lui a mis un bonnet sur la tête. Il n'a pas été continu jusqu'à la tétée car la sage-femme a insisté pour lui faire certains soins de routine 30 minutes après l'accouchement. Il fut remplacé en peau-à-peau juste après. Il n'y a pas eu de conseils donnés à la patiente sur la surveillance du peau-à-peau.
- Le réflexe de fouissement : a été respecté.
- Aide pour la tétée : par la mère en présentant son mamelon, dont elle avait extrait une goutte de colostrum, à la bouche du nouveau-né.
- Position patiente pour l'allaitement : en décubitus latéral ce qui facilite la première tétée en salle de naissance. Elle a été conseillée et aidée par l'étudiante sage-femme.
- Les soins de routine :

L'examen du nouveau-né : fait après la tétée à la demande des parents.

Les mensurations : faites après la tétée ; c'est une organisation de service.

La faible luminosité dans la salle et le bruit : l'attention de ces facteurs a été réalisé tout au long par le personnel.

L'administration médicamenteuse : non faite car les parents ne le voulaient pas.

La perméabilité des choanes : non faite car les parents ne le voulaient pas.

La perméabilité oesophagienne : faite par sonde, dans la pièce de réanimation des nouveau-nés. Pas d'aspiration gastrique réalisée.

La toilette, l'habillement : faits après la tétée.

La pesée : faite avant la tétée par le père.

- Des informations sur l'allaitement maternel ont été transmises à la patiente : oui, pendant la tétée qui est un moment propice, explication sur l'importance de l'installation et de la bonne position du nouveau-né, importance de la

goutte de colostrum pour l'attirer, signe de la bonne tétée : entendre la déglutition .

Il n'y a pas eu d'information, concernant l'allaitement maternel, donnée avant la tétée. Le personnel soignant ne s'est pas renseigné sur les connaissances et les antécédents d'allaitement de cette patiente afin d'optimiser leur prise en charge dans ce domaine.

- Remarque : la charge de travail n'était pas importante à ce moment-là car l'équipe en question n'avait que cette patiente en charge.

3.1.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants

SOIGNANT 1 : la sage-femme

- Année du diplôme : 2001.
- Formation : initiale, interne 2002.
- Le réflexe de foussement : après l'accouchement l'enfant en peau-à-peau rampe spontanément vers le sein.
- Les soins de routine d'une manière générale : (rappel) les chiffres représentent l'ordre d'importance que représente chaque soin pour le soignant en question :

L'examen du nouveau-né : 5, après la tétée, cela dépend des patientes.

Les mensurations : 7, après la tétée, pas d'importance à le faire avant.

La luminosité : 2, faire attention tout au long, pour le confort.

Le bruit : 3, faire attention tout au long, pour le confort.

L'administration de médicaments : 9, après la tétée, ce n'est pas urgent.

La perméabilité des choanes : 1, avant la tétée, il n'y a pas toujours utilisation de la sonde, parfois la technique du miroir est utilisée.

La perméabilité oesophagienne : 4, avant la tétée, avec l'écoute du rythme cardiaque.

La toilette : 8, simple toilette après la tétée, pas d'urgence.

L'habillement : 10, après la tétée, pas d'urgence.

La pesée : 6, le fait avant pour une question d'organisation mais reconnaît qu'elle pourrait être différée dans le temps.

- Point de vue de cet accompagnement : le soignant l'a trouvé satisfaisant et n'aurait pas proposé autre chose à cette patiente.
- D'une manière générale : il n'éprouve pas le besoin de faire plus de formation, trouve qu'en matière d'allaitement « on entend tout et son contraire » et ne se sent pas réellement concerné par cet accompagnement car il estime que ceci fait partie du travail des auxiliaires de puériculture.

SOIGNANT 2 : l'aide soignante

- Année du diplôme : 2009 (1,5 mois).
- Formation : par le personnel de salle de naissances car a une fonction ici d'auxiliaire de puériculture mais n'a pas la formation initiale.
- Le réflexe de foussement : elle n'a pas su le définir.
- Les soins de routine d'une manière générale :

L'examen du nouveau-né : 3, avant la tétée, permet aux parents d'être au calme avec leur enfant après.

Les mensurations : 7, avant la tétée, même raison.

La luminosité : 4, faire attention tout au long, pour le respect de l'intimité.

Le bruit : 8, faire attention tout au long, pour la même raison.

L'administration de médicaments : 7, avant la tétée, même raison que pour l'examen.

La perméabilité des choanes : 1, avant la tétée, même raison que pour l'examen.

La perméabilité oesophagienne : 2, avant la tétée, même raison que pour l'examen.

La toilette : 6, simple toilette après la tétée, pas d'urgence et prévient l'hypothermie.

L'habillement : 6, après la tétée, pas d'urgence.

La pesée : 5, même raison que pour l'examen.

- Point de vue de cet accompagnement : elle l'a trouvé satisfaisant et n'aurait pas proposé autre chose à cette patiente.
- D'une manière générale : elle pense qu'il faut bien accompagner et conseiller les mères, et souhaiterait une formation en interne ainsi que des rappels et des nouvelles actualités.

SOIGNANT 3 : l'étudiante sage-femme

- Année du diplôme : 4^{ème} année.
- Formation : initiale.
- Le réflexe de fouissement : après l'accouchement l'enfant en peau-à-peau rampe spontanément vers le sein.
- Les soins de routine d'une manière générale :

L'examen du nouveau-né : 4, avant la tétée pour une organisation de service et pour ne plus les déranger après mais pourrait être fait après la tétée au moment de l'habillage.

Les mensurations : 7, après la tétée, pas d'importance à le faire avant, respecte le confort du nouveau-né.

Luminosité : 5, faire attention tout au long, pour le confort et la relation mère-enfant.

Le bruit : 6, faire attention tout au long, pour le confort et la relation mère-enfant.

L'administration de médicaments : 7, après la tétée, ce n'est pas urgent.

La perméabilité des choanes : 2, avant la tétée, avec une sonde, dans la pièce de réanimation.

La perméabilité oesophagienne : 1, avant la tétée, avec une sonde et plus ou moins aspiration gastrique dans la pièce de réanimation.

La toilette : 7, simple toilette après la tétée, permet au nouveau-né de garder sa température, il ne faut pas enlever son vernix, pas d'urgence.

L'habillage : 7, après la tétée, pas d'urgence il faut préserver le peau-à-peau au maximum.

La pesée : 3, le fait avant pour une question d'organisation et pour ne pas le déranger plusieurs fois.

- Point de vue de cet accompagnement : elle l'a trouvé satisfaisant et n'aurait pas proposé autre chose à cette patiente. Elle pense avoir respecté le projet de ce couple.
- D'une manière générale : elle n'éprouve pas le besoin de faire plus de formation, et, pense que des rappels et des mises à jour sur les nouveautés peuvent être faites.

3.1.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature

Légende :

Quand les pratiques sont respectées ou qu'il y a un élément bénéfique : il sera noté un +

Quand les pratiques sont en voie d'être respectées : il sera noté un +/-

Quand les pratiques ne sont pas du tout respectées, ou que l'action n'est pas justifiée : il sera noté un -

- Cas n°1 / recommandations :

| | Cas n°1 |
|---|---------|
| Informations pendant la grossesse | + |
| Expérience d'allaitement maternel | + |
| Analgésie péridurale | + |
| Température de la pièce | + |
| Peau-à-peau dès la naissance | + |
| Peau-à-peau en continu jusqu'à la tétée | - |
| Pratique de la tétée | + |
| Examen du nouveau-né | + |
| Mensurations | + |
| Faible luminosité | + |
| Peu de bruit | + |
| Administration de médicaments | + |
| Perméabilité des choanes | + |
| Perméabilité oesophagienne | - |
| Toilette | + |
| Habillage | + |
| Pesée | + |

Nous pouvons dire que les résultats de l'observation sont satisfaisants car les seules contradictions rencontrées avec les recommandations sont l'interruption du peau-à-peau et la vérification de la perméabilité oesophagienne par sonde. Aussi, remarquons que le projet de naissance a été globalement respecté.

- Comparaison des entretiens avec les données scientifiques :

| | La sage-femme | L'aide soignante | L'étudiante sage-femme 4 ^{ème} année |
|-------------------------------------|---------------|------------------|---|
| Formation | + | - | + |
| Réflexe de foussement | - | - | +/- |
| Examen du nouveau-né | + /- | - | - |
| Mensurations | + | - | + |
| Faible luminosité | + | +/- | +/- |
| Peu de bruit | + | + | +/- |
| Administration de médicaments | + | - | + |
| Perméabilité des choanes | +/- | - | - |
| Perméabilité oesophagienne | - | - | - |
| Toilette | + | + | + |
| Habillage | + | + | + |
| Pesée | +/- | - | - |
| Concerné par l'allaitement maternel | - | + | + /- |

Résultats des problèmes rencontrés :

- La formation initiale d'un soignant,
- Les connaissances non acquises notamment au niveau des techniques de vérification des perméabilités et au respect des bonnes conditions de mise en place de la tétée. On constate des difficultés à obtenir une définition du réflexe de foussement.

- Les soins de routine réalisés en systématique dans un souci d'organisation du service d'urgence.
- Le manque de motivation de certains membres du personnel face au rôle qu'ils ont à jouer à ce niveau (sage-femme et future sage-femme).
- Le manque d'informations données aux femmes concernant l'allaitement et la surveillance du peau-à-peau.

3.2 Cas n°2

3.2.1 Première partie : « la patiente et le nouveau-né »

RENSEIGNEMENTS DE LA PATIENTE

- Age gestationnel : 40,5 SA donc à terme.
- Nombre d'allaitement antérieur : 1.
- Le déroulement : s'est bien passé. Durée : 3-4 mois (ce qui est de bon pronostic car la patiente est motivée).
- Informations reçues pendant la grossesse : aucune.
- Autre information : patiente d'origine africaine (marocaine), petite barrière linguistique.

OBSERVATION DE LA SITUATION

- La naissance a eu lieu de jour, en fin de matinée alors pas de facteur de fatigue
- Analgésie péridurale : oui
- Température de la pièce : la rampe chauffante a été allumée dès l'installation de la patiente pour l'accouchement afin d'augmenter la température de la pièce pour l'accueil du nouveau-né et diminuer ainsi le risque d'hypothermie.
- Le peau-à-peau : a été réalisé dès la naissance, même le temps de la suture, le bébé fut immédiatement séché, recouvert d'un linge chaud et l'auxiliaire de puériculture lui a mis un bonnet sur la tête. Il n'a pas été continu jusqu'à la tétée car la patiente ne souhaitait pas vraiment le garder sur elle. La sage-femme a fait certains soins de routine. Il fut replacé en peau-à-peau juste après. Il n'y a pas eu de conseils donnés à la patiente sur la surveillance du peau-à-peau.
- Le réflexe de fuissement : n'a pas été respecté.
- Aide pour la tétée : par l'auxiliaire de puériculture elle lui a tenu la tête, mis le sein en bouche et lui a dégagé le nez. La mère présenta son mamelon, en le pinçant entre ses doigts, à la bouche du nouveau-né.

- Position patiente pour l'allaitement : la femme se mit assise, penchée en avant mais n'était pas en bonne position et personne ne lui a proposé une autre installation, le nouveau-né était tout de même en bonne position.
- Les soins de routine :

L'examen du nouveau-né : fait avant la tétée en même temps que l'aspiration

Les mensurations : faites après la tétée ; c'est une organisation de service.

La faible luminosité dans la salle et le bruit: l'attention de ces facteurs a été réalisée juste au moment de la tétée.

L'administration médicamenteuse : après la tétée.

La perméabilité des choanes : avant la tétée par sonde et aspiration

La perméabilité oesophagienne : avant la tétée faite par sonde , dans la pièce de réanimation des nouveau-nés. Aspiration gastrique réalisée.

La toilette, l'habillement : faits après la tétée.

La pesée : faite avant la tétée dans un souci d'organisation.

- Des informations sur l'allaitement maternel ont été transmises à la patiente : oui, pendant la tétée qui est un moment propice, explication sur l'importance de l'installation et de la bonne position du nouveau-né.

Il n'y a pas eu d'information concernant l'allaitement maternel donnée avant. Le personnel soignant ne s'est pas renseigné sur les connaissances et les antécédents d'allaitement de cette patiente afin d'optimiser leur prise en charge dans ce domaine.

- Remarque : la charge de travail n'était pas importante à ce moment-là car l'équipe en question avait aussi une autre patiente en charge, mais la sage-femme était avec une étudiante de 3^{ème} année.

3.2.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants

SOIGNANT 1 : la sage-femme

- Année du diplôme : 1992.
- Formation : initiale mais moins complète que ce qui est fait actuellement, interne 2006.

- Le réflexe de fouissement : « après l'accouchement l'enfant en peau-à-peau rampe spontanément vers le sein; le grasping, il recherche avec sa bouche en direction des 4 points cardinaux, montre un réflexe de succion. »
- Les soins de routine d'une manière générale :
L'examen du nouveau-né : 1, après la tétée, pas d'urgence.
Les mensurations : 7, après la tétée, pas d'importance à le faire avant.
La luminosité : 5, faire attention tout au long, pour le confort des patients.
Le bruit : 4, faire attention tout au long, pour le confort des patients.
L'administration de médicaments : 10, après la tétée, ce n'est pas urgent.
La perméabilité des choanes : 3, avant la tétée, utilisation de la sonde, pas d'aspiration systématique.
La perméabilité oesophagienne : 2, avant la tétée, utilisation de la sonde mais pas d'aspiration systématique.
La toilette : 8, simple toilette après la tétée, voire juste l'essuyer pas d'urgence et pas obligatoire.
L'habillement : 9, après la tétée, pas d'urgence .
La pesée : 6, le fait avant pour une question d'organisation mais reconnaît qu'elle pourrait être différée dans le temps.
- Point de vue de cet accompagnement : ne l'a pas trouvé satisfaisant et aurait voulu proposer autre chose à cette patiente : faire durer le peau-à-peau plus longtemps.
- D'une manière générale : trouve qu'il y a trop d'aspiration systématique, remarque que la pratique du peau-à-peau s'est améliorée si on la compare à il ya 10 ans. Elle trouve important la tétée précoce, aimerait des rappels réguliers et avoir connaissance des nouvelles actualités car cela fait partie de notre devoir de formation continue.

SOIGNANT 2 : l'auxiliaire de puériculture

- Année du diplôme : 1997.
- Formation : en interne en 2002, a allaité 4,5 mois.

- Le réflexe de fouissement : « après l'accouchement l'enfant en peau-à-peau rampe spontanément vers le sein ».

- Les soins de routine d'une manière générale :

L'examen du nouveau-né : 5, avant la tétée, car s'endort après la tétée.

Les mensurations : 6, après la tétée, pour son organisation.

La luminosité : 3, elle considère qu'il faut y faire attention tout au long, surtout la nuit.

Le bruit : 9, y fait rarement attention.

L'administration de médicaments : 9, après la tétée, pour l'organisation.

La perméabilité des choanes : 2, avant la tétée, pour pouvoir ensuite démarrer l'allaitement maternel.

La perméabilité oesophagienne : 1, avant la tétée, le nouveau-né tète mieux après.

La toilette : 7, simple toilette après la tétée, pas d'urgence pour qu'il garde sa température.

L'habillement : 8, après la tétée, pas d'urgence.

La pesée : 4, on ne pèse pas un nouveau-né après la tétée, il faut un poids de base.

- Point de vue de cet accompagnement : ne l'a pas trouvé satisfaisant et n'aurait pas proposé autre chose à cette patiente, une meilleure position assise.
- D'une manière générale : souhaiterait plus de formation régulière, aimerait une étude sur l'état du nouveau-né, en suites de couche, aspiré et celui non aspiré à la naissance. Elle aimerait plus de concordance des discours entre la préparation à la naissance, la salle de naissance et les suites de couches. Elle souhaiterait que ce soit plus un travail en équipe.

SOIGNANT 3 : l'étudiante sage-femme

- Année du diplôme : 3^{ème} année.
- Formation : initiale.

- Le réflexe de fouissement : « après l'accouchement l'enfant en peau-à-peau rampe spontanément vers le sein ;il essaye de chercher le sein avec sa bouche et tire la langue. »
- Les soins de routine d'une manière générale :
 - L'examen du nouveau-né** : 1, après la tétée mais pas urgent.
 - Les mensurations** : 9, après la tétée, pas d'importance à le faire avant.
 - La luminosité** : 4, faire attention tout au long, pour faciliter l'adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine.
 - Le bruit** : 5, faire attention tout au long, même raison que pour la luminosité.
 - L'administration de médicaments** : 10, après la tétée, ce n'est pas urgent.
 - La perméabilité des choanes** : 2, après la tétée, avec une sonde, dans la pièce de réanimation, pas d'aspiration systématique.
 - La perméabilité oesophagienne** : 3, après la tétée, avec une sonde et plus ou moins aspiration gastrique dans l'autre pièce.
 - La toilette** : 7, simple toilette après la tétée si besoin, cela permet au nouveau-né de garder sa température.
 - L'habillement** : 8, après la tétée, pas d'urgence. Il faut préserver le peau-à-peau au maximum.
 - La pesée** : 6, après la tétée afin de préserver le peau-à-peau mais le fait avant pour une question d'organisation.
- Point de vue de cet accompagnement : elle ne l'a pas trouvé satisfaisant et aurait proposé autre chose à cette patiente. Un peau-à-peau plus longtemps et une position en décubitus latéral pour moins fatiguer la mère.
- D'une manière générale : faire une tétée précoce en salle de naissance, s'aider de matériel pour bien installer les femmes, expliquer ce qu'est une bonne tétée aux mères, elle aimerait des rappels plus tard et avoir connaissances des nouvelles informations.

3.2.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature

- Cas n°2 / recommandations

| | Cas n°2 |
|---|---------|
| Informations pendant la grossesse | - |
| Expérience d'allaitement maternel | + |
| Analgésie péridurale | - |
| Température de la pièce | + |
| Peau-à-peau dès la naissance | + |
| Peau-à-peau en continu jusqu'à la tétée | - |
| Pratique de la tétée | - |
| Examen du nouveau-né | - |
| Mensurations | + |
| Faible luminosité | - |
| Peu de bruit | - |
| Administration de médicaments | + |
| Perméabilité des choanes | - |
| Perméabilité oesophagienne | - |
| Toilette | + |
| Habillage | + |
| Pesée | - |

Nous constatons dans cette observation que les recommandations ne sont pas respectées. Les quelques soins réalisés au bon moment correspondent à une organisation de service.

- Comparaison des entretiens avec les données scientifiques :

| | La sage-femme | L'auxiliaire de puériculture | L'étudiante sage-femme 3 ^{ème} année |
|-------------------------------------|---------------|------------------------------|---|
| Formation | + | + | + |
| Réflexe de foussement | +/- | +/- | + |
| Examen du nouveau-né | - | - | +/- |
| Mensurations | + | + | + |
| Faible luminosité | + | +/- | + |
| Peu de bruit | + | + /- | + |
| Administration de médicaments | + | + | + |
| Perméabilité des choanes | - | - | - |
| Perméabilité oesophagienne | - | - | - |
| Toilette | + | + | + |
| Habillage | + | + | + |
| Pesée | + | - | +/- |
| Concerné par l'allaitement maternel | + | + | + |

Résultats des problèmes rencontrés :

- Les connaissances non acquises notamment des techniques de vérification des perméabilités, du respect de la bonne mise en place de la tétée et du moment de la pesée. On constate des difficultés à obtenir une définition du réflexe de foussement.
- Les soins de routine réalisés en systématique dans un souci d'organisation du service d'urgence.

- On constate un décalage parfois entre connaissances et pratiques.
- Le manque d'informations données aux femmes concernant l'allaitement et la surveillance du peau-à-peau.

3.3 Cas n° 3

3.3.1 Première partie : « la patiente et le nouveau-né »

RENSEIGNEMENTS DE LA PATIENTE

- Age gestationnel : 39,5 SA donc à terme.
- Nombre d'allaitement antérieur : 0.
- Informations reçues pendant la grossesse : par la personne ayant suivi sa grossesse, par de la documentation fournie par un professionnel, par les séances de préparation à la naissance et à l'allaitement maternel.
- Autre information : non.

OBSERVATION DE LA SITUATION

- La naissance a eu lieu de jour, en fin de matinée : pas de facteur de fatigue.
- Analgésie péridurale : oui.
- Température de la pièce : la rampe chauffante n'a pas été allumée.
- Le peau-à-peau : a été réalisé dès la naissance, même le temps de la suture, le bébé fut immédiatement séché, recouvert d'un linge chaud et l'auxiliaire de puériculture lui a mis un bonnet sur la tête. Il n'a pas été continu jusqu'à la tétée car la sage-femme a insisté pour lui faire certains soins de routine après l'accouchement. Il fut replacé en peau-à-peau 40 minutes après. Il n'y a pas eu de conseils donnés à la patiente sur la surveillance du peau-à-peau.
- Le réflexe de fuissement : a été respecté.
- Aide pour la tétée : par l'étudiante sage-femme et par la mère en présentant son mamelon, à la bouche du nouveau-né. Installation du nouveau-né face au sein.
- Position patiente pour l'allaitement : en décubitus latéral ce qui facilite la première tétée en salle de naissance. Elle a été conseillée et aidée par l'étudiante sage-femme. Nouveau-né mis en sécurité avec des barrières.
- Les soins de routine :

L'examen du nouveau-né : fait avant la tétée, le temps de la suture.

Les mensurations : faites après la tétée ; c'est une organisation de service.

La faible luminosité dans la salle et le bruit: non respecté, suture longue.

Le bruit : non respecté.

L'administration médicamenteuse : faite après la tétée.

La perméabilité des choanes : faite avant la tétée.

La perméabilité oesophagienne : faite par sonde, dans la pièce de réanimation des nouveau-nés. Aspiration gastrique réalisée.

La toilette, l'habillement : faits après la tétée.

La pesée : faite avant la tétée.

- Des informations sur l'allaitement maternel ont été transmises à la patiente : oui, pendant la tétée qui est un moment propice, explication sur l'importance de l'installation et de la bonne position du nouveau-né, explication des pauses pendant la tétée.

Il n'y a pas eu d'information concernant l'allaitement maternel donnée avant la tétée. Le personnel soignant ne s'est pas renseigné sur les connaissances et les antécédents d'allaitement de cette patiente afin d'optimiser leur prise en charge dans ce domaine.

- Remarque : la charge de travail était moyennement importante à ce moment-là car l'équipe en question n'avait qu'une autre patiente en charge. Il y eu un problème d'attente de l'anesthésiste pour réinjecter pour faire la suture.

3.3.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants

SOIGNANT 1 : la sage-femme

- Année du diplôme : 1996.
- Formation : interne 1999.
- Le réflexe de fouissement : difficulté pour obtenir une réponse claire après l'accouchement l'enfant en peau-à-peau rampe spontanément vers le sein, l'enfant étant attiré vers l'odeur du mamelon.
- Les soins de routine d'une manière générale :

L'examen du nouveau-né : 2, avant la tétée, pour l'organisation.

Les mensurations : 3, après la tétée, pas d'importance à le faire avant.

La luminosité : 1, faire attention tout au long, pour le confort mais dépend si soins.

Le bruit : 1, faire attention tout au long, pour le confort.

L'administration de médicaments : 3, après la tétée, ce n'est pas urgent.

La perméabilité des choanes : 2, avant la tétée, pas toujours utilisation de la sonde, parfois miroir, pas toujours d'aspiration.

La perméabilité oesophagienne : 2, avant la tétée, pas toujours sonde pas toujours aspiration.

La toilette : 3, simple toilette après la tétée, pas d'urgence.

L'habillement : 3, après la tétée, pas d'urgence.

La pesée : 2, le fait avant pour une question d'organisation mais reconnaît qu'elle pourrait être différée dans le temps.

- Point de vue de cet accompagnement : elle l'a trouvé satisfaisant et n'aurait pas proposé autre chose à cette patiente.
- D'une manière générale : elle n'éprouve pas le besoin de faire plus de formation, une formation suffit.

SOIGNANT 2 : l'étudiante sage-femme

- Année du diplôme : 1^{ère} année.
- Formation : initiale, personnelle a allaité 10,5 mois.
- Le réflexe de fouissement : « vient se mettre entre les seins de sa mère, le laisser faire calmement, ne pas le déranger. »
- Les soins de routine d'une manière générale :

L'examen du nouveau-né : 2, après la tétée, pas urgent, ne pas perturber l'apprentissage de la tétée.

Les mensurations : 4, avant la, mêmes raisons.

La luminosité : 1, faire attention tout au long, pour ne pas le perturber.

Le bruit : 1, faire attention tout au long, pour les mêmes raisons.

L'administration de médicaments : 5, avant la tétée, même raison, importance de la tétée en premier.

La perméabilité des choanes : 2, avant la tétée, mais ne sait pas pourquoi.

La perméabilité oesophagienne : 2, avant la tétée, mais ne sait pas pourquoi.

La toilette : 6, simple toilette après la tétée, pas d'urgence, permet de prévenir l'hypothermie.

L'habillement : 6, après la tétée, pas d'urgence.

La pesée : 3, avant la tétée mais pour une question d'organisation; mais pense qu'on pourrait la différer.

- Point de vue de cet accompagnement : elle ne l'a pas trouvé satisfaisant et aurait proposé autre chose à cette patiente. Le peau-à-peau aurait du durer plus longtemps, il aurait fallu lui laisser plus de temps tout seul pour trouver le sein, il aurait fallu être moins intrusif.
- D'une manière générale : il faudrait rendre obligatoire les formations pour les personnes concernées.

SOIGNANT 3 : l'étudiante sage-femme

- Année du diplôme : 3^{ème} année.
- Formation : initiale.
- Le réflexe de fouissement : « après l'accouchement l'enfant en peau-à-peau rampe spontanément vers le sein, ouvre la bouche et tire la langue ».
- Les soins de routine d'une manière générale :

L'examen du nouveau-né : 2, après la tétée, pas urgent, ne pas entraver le réflexe de succion.

Les mensurations : 6, après la tétée, même raison.

La luminosité : 3, faire attention tout au long, pour le confort.

Le bruit : 4, faire attention tout au long, pour le confort.

L'administration de médicaments : 8, après la tétée, ce n'est pas urgent.

La perméabilité des choanes : 1, avant la tétée, avec une sonde, dans l'autre pièce, pas d'aspiration systématique.

La perméabilité oesophagienne : 1, avant la tétée, avec une sonde et plus ou moins aspiration gastrique dans l'autre pièce.

La toilette : 7, simple toilette après la tétée, permet au nouveau-né de garder sa température, pas d'urgence.

L'habillement : 7, après la tétée, pas d'urgence il faut préserver le peau-à-peau au maximum.

La pesée : 5, le fait avant pour une question d'organisation et pour ne pas avoir le poids du lait.

- Point de vue de cet accompagnement : elle ne l'a pas trouvé satisfaisant et aurait proposé autre chose à cette patiente. Elle aurait voulu mettre nouveau-né au sein plus tôt.
- D'une manière générale : elle pense qu'on pourrait différer les soins de routine.

3.3.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature

- Cas n° 3 / recommandations :

| | Cas n°3 |
|---|---------|
| Informations pendant la grossesse | ++ |
| Expérience d'allaitement maternel | - |
| Analgésie péridurale | - |
| Température de la pièce | - |
| Peau-à-peau dès la naissance | + |
| Peau-à-peau en continu jusqu'à la tétée | - |
| Pratique de la tétée | - |
| Examen du nouveau-né | - |
| Mensurations | + |
| Faible luminosité | - |
| Peu de bruit | - |
| Administration de médicaments | + |
| Perméabilité des choanes | - |
| Perméabilité oesophagienne | - |
| Toilette | + |
| Habillage | + |
| Pesée | - |

Nous constatons que les quelques bonnes pratiques en rapport avec les recommandations sont liées à l'organisation du service.

- Comparaison des entretiens avec les données scientifiques :

| | La sage-femme | L'étudiante sage-femme 1 ^{ère} année | L'étudiante sage-femme 3 ^{ème} année |
|-------------------------------------|---------------|---|---|
| Formation | + | ++ | + |
| Réflexe de foussement | +/- | +/- | + |
| Examen du nouveau-né | - | + | + |
| Mensurations | + | + | + |
| Faible luminosité | + | + | +/- |
| Peu de bruit | - | + | +/- |
| Administration de médicaments | + | + | + |
| Perméabilité des choanes | +/- | ? | - |
| Perméabilité oesophagienne | +/- | ? | - |
| Toilette | + | + | + |
| Habillage | + | + | + |
| Pesée | - | - | - |
| Concerné par l'allaitement maternel | - | ++ | +/- |

Résultats des problèmes rencontrés :

- Les connaissances non acquises notamment au niveau des techniques de vérification des perméabilités, des gestes de routine et au respect des bonnes conditions de mise en place de la tétée. On constate aussi des difficultés à définir le réflexe de foussement.
- Un manque de motivation de certains membres du personnel face au rôle qu'ils ont à jouer à ce niveau (sage-femme et future sage-femme).

- Le manque d'informations données aux femmes concernant l'allaitement et la surveillance du peau-à-peau.

Partie 3

Discussion

1 ANALYSE DE L'ETUDE

1.1 Les limites de l'étude

1.1.1 Problème de recrutement

L'étude a été réalisée à la maternité régionale universitaire de Nancy qui est une maternité de niveau III. Par conséquent, il n'a pas été facile de trouver des cas satisfaisant aux critères d'exclusion et d'inclusion. De plus le service de salle de naissances à Nancy est souvent gorgé de travail d'où la difficulté de pouvoir réaliser tous les entretiens convenablement (en ayant tout le personnel disponible pour y répondre).

1.1.2 Problème lié au personnel

Lors de mon étude, j'ai constaté un sentiment de malaise de la part du personnel interrogé et une mauvaise compréhension du but de l'étude au départ. Ils avaient le sentiment d'être jugés alors que l'objectif de cette étude est bien de rechercher les problèmes rencontrés pour une bonne mise en route de l'allaitement maternel et de réfléchir aux solutions envisageables quand cela est possible.

1.1.3 Problème lié à la taille de l'échantillon

Au départ, il était question de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles concernant ce sujet mais il aurait fallu avoir un échantillon d'au moins 30 cas afin de pouvoir réellement en tirer des conclusions par rapport au travail réalisé en salle d'accouchement à la maternité universitaire de Nancy. Il aurait fallu ne prendre que la partie observation et comparer aux données de la littérature.

Ici il n'y a que 3 cas, il est alors difficile de pouvoir donner des conclusions significatives correspondant à toutes les équipes de salle de naissances. Il faudrait réaliser une étude à plus grande échelle afin d'en tirer des conclusions sur le service mais il faudrait faire cela en plusieurs étapes : observer suffisamment de situations afin de répertorier un maximum de non adéquations avec les recommandations actuelles et

surtout les plus fréquentes. Ensuite il faudrait essayer de comprendre pourquoi en interrogeant les différents acteurs en question. Mais il est vrai que cela est plus facilement réalisable lorsqu'il s'agit d'un projet de service en accord avec la demande du personnel.

1.2 Avantages de notre étude

Cette étude est une étude qualitative. Elle avait pour objectif, un objectif purement qualitatif et surtout complet de chaque cas. D'où le si petit nombre de l'effectif de l'échantillon. L'analyse de chaque cas se voulait la plus exhaustive possible permettant de voir la réaction des professionnels en fonction de la situation se présentant à eux. Ceci permet alors de voir leur capacité d'adaptation des connaissances en fonction de la pratique, de voir l'état de leurs connaissances.

Ces entretiens ont permis de mieux comprendre pourquoi certaines pratiques ont ou n'ont pas été réalisées.

Les résultats de cette enquête peuvent constituer une première piste de réflexion sur le sujet.

2 DISCUSSION

En comparant les différents cas observés en fonction des thèmes étudiés afin de répondre à nos objectifs sur le sujet, nous pouvons faire les constatations suivantes :

Les informations reçues par les patientes pendant la grossesse ne sont pas exploitées lors de cette première tétée, aussi les patientes se laissent facilement guidées par les professionnels sans réellement intervenir. Sauf dans le cas numéro un où le couple avait un projet de naissance : les professionnels ont alors beaucoup plus respectés la physiologie de ce moment. Cela nous fait penser qu'une patiente est écoutée si elle en fait la demande, si elle n'est pas passive face au personnel.

L'expérience des patientes en allaitement maternel : mêmes remarques. Or, il est intéressant de connaître les antécédents d'une personne et d'en tenir compte pour s'adapter au mieux aux différentes situations parce que chaque personne a une histoire différente.

L'analgésie péridurale n'a pas eu de conséquences dans ces situations présentées. Mais garder en mémoire que cela peut retarder le moment de cette tétée.

La prévention de l'hypothermie a été respectée globalement, le personnel l'a bien acquis.

La pratique de la tétée n'est pas acquise dans la plupart des cas et difficile à définir pour les différents acteurs y participant malgré les formations réalisées.

L'influence de nos pratiques médicales, très souvent faites en systématiques, des gestes médicaux à faire à la naissance est parfois connue mais le souci d'organisation omni présent dans les différents entretiens réalisés oblige le soignant à privilégier ces pratiques.

De plus, les alternatives de technique d'examen (quand elles existent) ne sont pas connues ou lorsqu'elles le sont, ne sont pas employées. On y retrouve ici la systématisation des gestes techniques.

Enfin, la motivation des soignants à ce sujet est différente en fonction des personnes interrogées. Or cela fait partie de notre travail que d'accompagner au mieux nos patientes et nos nouveau-nés sachant que de nos jours, le soutien familial n'est plus aussi important qu'autrefois, notre rôle est alors plus important.

Nous remarquerons également que les personnes se sentant les plus concernées sont les personnes ayant un vécu personnel d'allaitement et qui en parle, ainsi que les auxiliaires de puériculture à qui on attribue plus volontiers ce rôle.

Les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes se sentent quand même un peu moins concernées pour cette même raison et parce qu'elles ont d'autres tâches à accomplir et que ce n'est pas toujours facile de conjuguer physiologie et service d'urgence.

En ce qui concerne les progrès d'accompagnement il paraît plus judicieux que cela se fasse dans un contexte plus structuré que seul soignant de son côté. Un projet de service semblerait nécessaire à cette progression dans le but de pourquoi pas créer un espace physiologique si cela est possible : une étude interne à ce sujet est alors nécessaire. Les rappels réguliers au sujet de l'allaitement maternel doivent être poursuivis. On pourrait aussi proposer un protocole, une procédure résumant les recommandations et les pratiques à adopter.

Enfin, nous pouvons nous demander si des aménagements sont réellement réalisables à ce niveau. Rappelons que cette étude portait sur une maternité de niveau III avec en général une charge de travail importante, et que nous ne pouvons pas conclure de manière générale significativement du fait du trop petit nombre de cas. Mais cela nous permet de constater qu'il y a peut-être des pistes à explorer de manière plus approfondie.

Conclusion

L'accueil du nouveau-né sain allaité dès la naissance dans une maternité de niveau III dont l'activité est importante, telle que la maternité régionale universitaire de Nancy n'est pas évident. Même si cette étude ne peut pas être significative du réel travail qui y est effectué tous les jours, elle nous montre que le fait de travailler dans ce type de service amène le personnel à être le plus efficace possible et donc à privilégier l'organisation de celui-ci afin de pouvoir répondre un maximum à l'activité dense pouvant se présenter à tout moment. Par conséquent ceci les oblige à ne pas pouvoir suivre correctement toutes les recommandations scientifiques.

D'autre part, bien que les soignants interrogés connaissent certaines des données importantes sur le sujet, certaines y sont trop approximatives et il serait souhaitable de poursuivre les efforts déjà réalisés en continuant les formations internes en allaitement maternel.

On constate aussi qu'ils se sentent moins concernés par celui-ci, du fait du peu de temps qu'ils peuvent consacrer à cet accompagnement. Mais rappelons que notre société n'est pas la même qu'autrefois, société qui demande toujours plus aux femmes : la cellule familiale a changé, elle est plus individualiste et les femmes occidentales ont des difficultés à trouver des conseils en cette période de bouleversements qu'est la naissance. Alors si elles ne peuvent plus beaucoup trouver écoute et soutien dans leur famille, c'est à nous professionnels de santé en maternité de répondre à ce besoin.

D'où toujours cette réflexion : la physiologie peut-elle trouver sa place dans une maternité de niveau III ? Et qu'en est-il des pratiques vis-à-vis des enfants nourris au lait artificiel ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sguassero Y. Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif : Commentaire de la BSG (dernière mise à jour : 28.03.08). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- [2] Martis R. Soutien aux mères allaitantes : Aspects pratiques de la BSG (dernière mise à jour : 26.09.07) *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- [3] La Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Florence Italie, 1er août 1990.
- [4] Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Département Santé et Développement de l'enfant et l'adolescent. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1999.
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_fre.pdf
- [5] Autoévaluation règles mondiales IHAB - Pôle Femme-Mère-Enfant - CoFAM – septembre 2009.
- [6] 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel.
<http://action.allaitement.free.fr/pages/apa04.html>
- [7] Allaitement maternel mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé, mai 2002.
- [8] Favoriser l'allaitement maternel processus et évaluation, HAS, juin 2006.
- [9] Programme Nationale Nutrition Santé 2001-2005 et 2006-2010 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
- [10] Gremmo-Feger G. accueil de nouveau-né en salle de naissance. Les dossiers de l'allaitement n°51, avril mai- juin 2002.

[11] Gremmo-Feger G. accueil du nouveau-né en salle de naissance ou comment favoriser l'allaitement maternel et bien être du nouveau-né et de ses parents? Les dossiers de l'obstétrique n°370, avril 2008.

[12] Cahiers de la puéricultrice. Spécial allaitement maternel . Hors série décembre 2004.

[13] Pour un allaitement maternel réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères. Royal College of Midwives. Traduit de l'anglais par M.N. Babel-rémy et N. Bogossoglou.2003.

[14] Guide pour les soignants en présence d'un allaitement maternel. Professionnelles de périnatalogie de la région Lorraine en 1998 réactualisation avril 2006. Bayer Santé Familiale.

[15] International Liaison Committes On Resuscitation (ILCOR).Part 13, Circulation 2005.

[16] Ghislane Mennane. Les pratiques médicales qui influencent l'allaitement maternel.[mémoire soutenu pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme] Ecole de Limoges- mention spéciale au Grand Prix Evian- 6 septembre 2008.

[17] Denis V. Impact de l'aspiration systématique du nouveau-né sur l'allaitement maternel. Vocation sage-femme n°59, février 2008, 8-12.

[18] Société suisse de néonatalogie, Société suisse de gynécologie et d'obstétrique et Association suisse de sage-femme. Prise en charge des nouveau-nés à la naissance, novembre 2000.

[19] Isabelle DURON. Dans la préparation à la naissance, l'information allaitement...pour un allaitement réussi... [mémoire soutenu pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme] Ecole de Nancy, université Henri Poincaré, Nancy 1, 2001.

[20] Thirion. Allaitement maternel : une mise en route à ne pas manquer. <http://www.conaitre.net>.

Autres références :

- La leche league france ,[en ligne].http://www.lllfrance.org/allaitement-information/_faq-debuts.htm
- L'organisation mondiale de la santé, [en ligne].<http://www.who.int/>
- Hôpital ami des bébés et allaitement maternel, les dossiers de l'obstétrique n°370, avril 2008.
- Sandra GIOGIANTONIO MESROUZE. Les règles mondiales du succès de l'allaitement maternel ou les secrets d'un démarrage réussi.[mémoire soutenu pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme] Ecole de Nancy, université Henri Poincaré , Nancy 1, 2008.
- Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes.Mars 2007. <http://www.ordre-sages-femmes.fr>
- www.has-sante.fr
- www.lllfrance.org

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| Liste des abréviations | 2 |
| Sommaire | 3 |
| Introduction | 6. |
| | |
| Partie 1 | 7 |
| | |
| 1 Les recommandations à la naissance..... | 8 |
| 1.1 L'Organisation Mondiale de la Santé | 8 |
| 1.1.1 La déclaration d'Innocenti | 8 |
| 1.1.2 Les Règles Mondiales pour le succès de l'allaitement maternel | 9 |
| 1.2 Les recommandations de la Haute Autorité en Santé..... | 11 |
| 1.3 Le Programme National Nutrition Santé..... | 14 |
| 1.3.1 Présentation..... | 14 |
| 1.3.2 PNNS et allaitement maternel..... | 14 |
| | |
| 2 La première tétée en salle de naissance : les bonnes pratiques | 16 |
| 2.1 Introduction | 16 |
| 2.2 Les critères de la population | 16 |
| 2.3 L'environnement : la salle de naissance | 17 |
| 2.4 Les compétences du nouveau-né à la naissance..... | 17 |
| 2.5 Le contact peau à peau | 18 |
| 2.5.1 Mise en place facilitée..... | 19 |
| 2.5.2 Adaptation thermique | 19 |
| 2.5.3 Le bien-être du nouveau-né..... | 19 |
| 2.5.4 L'adaptation métabolique | 20 |
| 2.5.5 Effet analgésique | 20 |
| 2.5.6 Le lien mère-enfant | 20 |
| 2.5.7 La flore bactérienne..... | 20 |
| 2.6 La position de la mère pour la première tétée | 21 |
| 2.7 La position du nouveau-né | 21 |
| 2.8 La tétée efficace | 23 |
| 2.9 Intervention du soignant..... | 23 |
| 2.10 Informations à la première tétée..... | 24 |
| 2.11 Les soins « dits de routine » et l'accueil du nouveau-né en salle de naissance | 24 |

| | |
|--|----|
| 3 Les Pratiques médicales entravant la tétée précoce | 26 |
| 3.1 Impact des différentes aspirations à la naissance..... | 26 |
| 3.1.1 L'aspiration du nouveau-né à la vulve..... | 26 |
| 3.1.2 L'aspiration oro-pharyngée | 26 |
| 3.1.3 L'aspiration gastrique | 27 |
| 3.2 Le dépistage des atrésies à la naissance..... | 27 |
| 3.2.1 L'atrésie de l'œsophage..... | 27 |
| 3.2.2 L'atrésie des choanes..... | 28 |
| 3.3 Les soins de routine..... | 29 |
| 3.5 Les informations données aux patientes..... | 30 |
| 3.6 Les professionnels de santé..... | 30 |
| 4 Rôle et responsabilités de la sage-femme | 31 |
| 4.1 Le code de santé publique : les compétences générales de la sage-femme | 31 |
| 4.2 Le code de la santé publique : le code de déontologie..... | 32 |
| Partie 2 | 34 |
| 1 Problématique et objectifs..... | 35 |
| 1.1 Problématique | 35 |
| 1.2 Objectifs de l'étude..... | 35 |
| 2 Description de l'étude | 37 |
| 2.1 Type d'étude | 37 |
| 2.2 Population étudiée..... | 37 |
| 2.3 Présentation de la grille de recueil d'informations..... | 38 |
| 2.3.1 La première partie : " la patiente et le nouveau-né..... | 38 |
| 2.3.2 La deuxième partie : l'entretien avec les soignants..... | 40 |
| 2.4 Présentation des 3 situations | 42 |
| 3 Analyse des cas..... | 44 |
| 3.1 Cas n°1..... | 44 |
| 3.1.1 Première partie : "la patiente et le nouveau-né..... | 44 |
| 3.1.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants..... | 46 |
| 3.1.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature..... | 49 |
| 3.2 Cas n°2..... | 53 |
| 3.2.1 Première partie : "la patiente et le nouveau-né..... | 53 |
| 3.2.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants..... | 54 |
| 3.2.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature..... | 58 |
| 3.3 Cas n°3..... | 61 |
| 3.3.1 Première partie : "la patiente et le nouveau-né..... | 61 |
| 3.3.2 Deuxième partie : l'entretien avec les soignants..... | 62 |
| 3.3.3 Comparaison avec les pratiques scientifiques recommandées dans la littérature..... | 66 |

| | |
|--|----|
| Partie 3 | 69 |
| 1 Analyse de l'étude..... | 70 |
| 1.1 Les limites de l'étude..... | 70 |
| 1.1.1 Problème de recrutement..... | 70 |
| 1.1.2 Problème lié au personnel..... | 70 |
| 1.1.3 Problème lié à la taille de l'échantillon..... | 70 |
| 1.2 Avantages de notre étude..... | 71 |
| 2 Discussion..... | 72 |
| Conclusion..... | 74 |
| Bibliographie..... | 75 |
| Table des matières..... | 78 |
| Annexe..... | 81 |

ANNEXE

La grille de recueil d'informations

1ère partie : la patiente et le nouveau-né (informations et observations)

1) La patiente

- œ âge gestationnel :
- œ nombre d'allaitements maternels antérieurs _____
- œ Comment se sont-ils déroulés ?

- œ La patiente a reçu des informations sur l'allaitement maternel :

- par les médias (internet,...)
- par la personne ayant suivi sa grossesse
 - par un livret, une plaquette d'information donné par un professionnel de santé
 - par les séances de préparation à la naissance
 - par son entourage (amical, familial, ...)
 - par une séance de préparation à l'allaitement maternel
 - autre(s) _____
 - elle n'en a pas reçu

- œ heure de naissance _____
- œ APD ?
- œ Température de la pièce :

2) Le peau à peau

- œ A-t-il été réalisé dès la naissance ? oui non
- Si non , combien de temps après ? _____
- Et pourquoi ?

- œ A-t-il été continu jusqu'à la tétée ? oui non
- Si non , pourquoi ?

3) Le réflexe de fouissement

œ Dans la situation présente, a-t-il été respecté ? oui non

œ Le nouveau-né a-t-il été aidé pour la tétée ? oui non

œ si oui , par qui ? sage-femme
 auxiliaire de puériculture
 étudiante sage-femme, année _____
 la mère
 autre (précisez)

œ Quel(s) geste(s) a réalisé cette personne pour aider le nouveau-né ?

œ Installation de la patiente: (qui + description)

4) Les soins dits “ de routine ”

œ **Dans le cas présent** , cochez le moment de sa réalisation par rapport à la tétée et justifiez :

| Soins | avant | pendant | après | non fait | Qui + justification |
|--|-------|---------|-------|----------|---------------------|
| Examen du nouveau-né | | | | | |
| Mensurations | | | | | |
| Soins | avant | pendant | après | non fait | Qui + justification |
| Faible luminosité dans la salle | | | | | |
| Vous avez fait attention à ne pas faire de | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| bruit | | | | | |
| Administrations médicamenteuses au nouveau-né | | | | | |
| Perméabilité des choanes (précisez technique et lieu) | | | | | |
| Perméabilité oesophagienne (précisez technique et lieu) | | | | | |
| Toilette au nouveau-né (précisez B pour bain et T pour toilette simple) | | | | | |
| Habillage du nouveau-né | | | | | |
| Pesée du nouveau-né | | | | | |

5) Informations

œ Des informations sur l'allaitement maternel ont-elles été transmises à la patiente ?

oui non

œ si oui, par qui, lesquelles, à quel moment et pourquoi ?

œ si non, pourquoi ?

2ème partie : les soignant

soignant n°1 : la sage-femme

1) Quelle est l'année de votre diplôme ? _____

2) Quelle est votre formation en matière d'allaitement maternel ?

formation initiale

formation interne , année(s) _____

autre(s) formation(s) , année(s) _____, laquelle(lesquelles) ?

3) Le réflexe de fuissement du nouveau-né

œ Définissez-le :

4) Les soins dits “ de routine ”

œ **D'une manière générale**, classez les propositions suivantes par ordre d'importance (1 à 10) et situez leur réalisation par rapport à la tétée :

| soins | ordre | avt tétée | pdt tétée | après tétée | non fait | Justification |
|---|-------|--------------|--------------|----------------|-------------|---------------|
| Examen du nouveau-né | | | | | | |
| Mensurations | | | | | | |
| Faible luminosité dans la salle | | | | | | |
| Vous avez fait attention à ne pas faire de bruit | | | | | | |
| Administrations médicamenteuses au nouveau-né | | | | | | |
| Perméabilité des choanes | | | | | | |
| Perméabilité oesophagienne | | | | | | |
| Toilette au nouveau-né (précisez B pour bain et T pour toilette simple) | | | | | | |
| Habillage du nouveau-né | | | | | | |
| Pesée du nouveau-né | | | | | | |

5) Votre point de vue

- En tant que soignant, êtes-vous satisfait de l'accompagnement que vous avez proposé à cette patiente et à ce nouveau-né ?

oui non

œ Qu'auriez-vous souhaité leur proposer d'autre ?

œ D'une manière générale, quelles propositions feriez-vous pour améliorer la qualité de l'accompagnement à l'allaitement maternel en salle de naissance (+ formation?) ?

soignant n°

1) Quelle est votre qualification et l'année de votre diplôme ?

2) Quelle est votre formation en matière d'allaitement maternel ?

formation initiale

formation interne , année(s) _____

autre(s) formation(s) , année(s) _____, laquelle(lesquelles) ?

3) Le réflexe de foussement du nouveau-né

œ Définissez-le :

4) Les soins dits “ de routine ”

œ **D'une manière générale**, classez les propositions suivantes par ordre d'importance (1 à 10) et situez leur réalisation par rapport à la tétée :

| soins | ordre | avant la tétée | pendant la tétée | après la tétée | non fait |
|---|-------|----------------|------------------|----------------|----------|
| Examen du nouveau-né | | | | | |
| Mensurations | | | | | |
| Faible luminosité dans la salle | | | | | |
| Vous avez fait attention à ne pas faire de bruit | | | | | |
| Administrations médicamenteuses au nouveau-né | | | | | |
| Perméabilité des choanes | | | | | |
| Perméabilité oesophagienne | | | | | |
| Toilette au nouveau-né (précisez B pour bain et T pour toilette simple) | | | | | |
| Habillage du nouveau-né | | | | | |
| Pesée du nouveau-né | | | | | |

5) Votre point de vue

- En tant que soignant, êtes-vous satisfait de l'accompagnement que vous avez proposé à cette patiente et à ce nouveau-né ?

oui non

œ Qu'auriez-vous souhaité leur proposer d'autre ?

œ D'une manière générale, quelles propositions feriez-vous pour améliorer la qualité de l'accompagnement à l'allaitement maternel en salle de naissance (+ formation?) ?

KIEFFER Noëlie

Promotion 2011

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Ecole de sages-femmes A. Fruhinsholz – Nancy

Titre : La première tétée en salle de naissance ou comment respecter les règles de bonne pratique

Domaines : obstétrique, pédiatrie, santé publique

Résumé :

Des recommandations existent concernant l'accueil du nouveau-né en salle de naissances quelque soit le type d'allaitement.

Nous nous sommes intéressés dans cette étude à un type d'allaitement : l'allaitement maternel.

Pour cela nous avons observé 3 situations d'accueil du nouveau-né sain à la naissance et allaité à la maternité régionale universitaire de Nancy (maternité de niveau III). Les résultats ne pouvant alors pas être significatifs, nous les avons interprété et comparé aux données scientifiques de la littérature.

L'objectif étant de répertorier les problèmes de non respect des recommandations et de savoir pourquoi tel est le cas.

Nous avons essentiellement observé un souci de bonne organisation du service et donc parfois de non adéquation entre pratiques, connaissances et recommandations.

Aussi , les connaissances dans ce domaine sont à préciser et à réactualiser.

Mots-clés : allaitement maternel, recommandations scientifiques, pratiques professionnelles, nouveau-né, naissance

Summary:

Recommendations exist regarding the reception of the newborn in the delivery room, whatever the type of feeding.

We are interested in this study a type of feeding: breastfeeding.

For this, we observed 3 cases home healthy newborn at birth and breastfeeding in the maternity Regional University of Nancy (motherhood Level III). Since the results can not be so significant, we have interpreted and compared with data from scientific literature.

The objective is to identify issues of non compliance with the recommendations and know why this happens.

We observed essentially a matter of good organization of service and therefore sometimes non-matching practices, knowledge and recommendations.

Also, knowledge in this area are to clarify and update.

Key words : breastfeeding, advises based on scientific data, professional practices, newborn, birthhj