

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016 – 2017

Les compléments de lait artificiel en maternité :
Connaissances et pratiques des sages-femmes hospitalières
du Bas-Rhin

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

DAUL Mélanie

Née le 23 août 1994 à Haguenau

Directeur de mémoire : Dr Séverine ROOS-BERNARD

Codirecteur de mémoire : Mme Sandrine VOILLEQUIN

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016 – 2017

Les compléments de lait artificiel en maternité :
Connaissances et pratiques des sages-femmes hospitalières
du Bas-Rhin

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

DAUL Mélanie

Née le 23 août 1994 à Haguenau

Directeur de mémoire : Dr Séverine ROOS-BERNARD

Codirecteur de mémoire : Mme Sandrine VOILLEQUIN

Attestation d'authenticité

Je, soussignée : DAUL Mélanie

Etudiante de : cinquième année de formation

Etablissement : Ecole de Sages-Femmes de Strasbourg

Certifie que le document soumis ne comporte aucun texte ou son, aucune image ou vidéo copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait à Schiltigheim, le 13 mars 2017

Signature de l'étudiante :

Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les Etablissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. La fraude par plagiat relève de la compétence du Conseil de discipline de l'Ecole de Sages-Femmes. En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié.

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui ont participé à la réalisation de ce mémoire :

- Mon directeur de mémoire, le Docteur Séverine ROOS-BERNARD
- Mon co-directeur de mémoire, madame Sandrine VOILLEQUIN
- Les cadres des maternités, qui ont accepté de diffuser notre questionnaire à leurs équipes de sages-femmes.
- L'ensemble des sages-femmes qui ont répondu à notre questionnaire, sans qui notre étude n'aurait pu être possible.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
MATÉRIEL ET MÉTHODES	7
RÉSULTATS	11
I. Description de la population.....	12
1. Taux de participation globale	12
2. Caractéristiques de la population.....	13
II. Pratiques d'utilisation des compléments de lait artificiel en maternité	14
1. Fréquence de recours aux compléments de lait artificiel en maternité.....	14
2. Raisons d'administration de compléments de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité	16
3. Prescription pédiatrique et information de la mère préalables à l'administration d'un complément de lait artificiel à un nouveau-né allaité en maternité.....	18
4. Moyens utilisés pour administrer des compléments de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité.....	18
5. Traçabilité du don de complément de lait artificiel en maternité	19
III. Connaissances des recommandations et des conséquences de l'utilisation de compléments de lait artificiel chez un nouveau-né sain et allaité en maternité.....	20
IV. Remarques des sages-femmes	24
DISCUSSION	25
I. Limites et biais de l'étude.....	26
II. Discussion des résultats de l'étude auprès des sages-femmes.....	28
1. Description de la population	28
2. Pratiques et connaissances des sages-femmes	29
III. Ouverture	40
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	44
ANNEXES	48

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise un allaitement maternel exclusif pour tous les nourrissons durant les six premiers mois de leur vie, afin de leur « garantir une croissance, un développement et une santé de qualité optimale ». L'allaitement maternel exclusif est défini comme un allaitement au cours duquel le nouveau-né, puis le nourrisson, reçoit exclusivement du lait maternel. Ceci exclu tous les autres liquides et aliments. Seuls sont autorisés les médicaments, vitamines, minéraux et solutions de réhydratation orale. Ce mode d'alimentation permet à lui seul de satisfaire les besoins, à la fois nutritionnels et hydriques, du nouveau-né à terme et en bonne santé (1-3).

Si la durée de l'allaitement maternel exclusif est supérieure à quatre mois, en plus de réduire l'incidence des infections respiratoires, ORL et digestives, il permet également une diminution des allergies chez des nourrissons à risque. De plus, l'allaitement maternel est décrit comme un moyen de prévention de l'obésité durant l'enfance et l'adolescence, et présente des effets bénéfiques sur la tension artérielle et la cholestérolémie à l'âge adulte. Il est également à l'origine d'une réduction de 36% du risque de syndrome de mort subite du nourrisson. D'autre part, l'allaitement maternel présente des effets bénéfiques pour la mère en facilitant notamment la perte de poids en post-partum, en diminuant le risque d'ostéoporose, ainsi que l'incidence de certains cancers. En effet, une durée cumulée d'allaitement maternel supérieure à douze mois est associée à une diminution de 28% du risque de cancer du sein et de cancer de l'ovaire. De plus, chaque année supplémentaire d'allaitement maternel réduit de 4,3% le risque de cancer du sein (4,5).

Il existe très peu de contre-indications médicales à l'allaitement maternel. Celui-ci est notamment contre-indiqué pour un nouveau-né atteint de galactosémie. Les mères séropositives au virus T-lymphotropique humain de type I et II ou à la brucellose non traitée, ne devraient pas allaiter ni donner du lait exprimé à leur enfant. De même, si la mère est atteinte d'une tuberculose active non traitée ou présente des lésions herpétiques sur les seins. Dans ce dernier cas, du lait exprimé pourra être proposé au nouveau-né.

Dans les pays développés, il n'est pas recommandé qu'une mère infectée par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) allaite son enfant. Cependant dans les pays en développement, où la mortalité est augmentée chez les enfants non allaités, le bénéfice de l'allaitement maternel reste supérieur au risque lié à l'infection. Enfin, il faut encourager le sevrage des mères tabagiques, du fait d'un passage de nicotine dans le lait. Malgré cela, le lait maternel reste l'aliment de choix (3,4).

Afin que les mères qui le souhaitent puissent réussir leur allaitement, plusieurs conditions sont nécessaires. Le premier temps très important, est l'information des futures mères en amont, en leur exposant la physiologie de l'allaitement maternel, les avantages pour leur enfant ainsi que pour elles-mêmes et l'apport de lectures, afin de leur permettre une décision éclairée. Le succès et la durée de l'allaitement maternel dépendent en grande partie de sa mise en route dans les premiers jours du post-partum. Afin que celle-ci soit réussie, il convient de respecter dans la mesure du possible un certain nombre d'éléments : une tétée précoce dans les deux premières heures de vie ; une bonne position de la mère et du nouveau-né au sein ; des tétées à la demande sans limitation de nombre ou de durée ; éviter l'apport de tout complément, que ce soit du lait artificiel, de l'eau sucrée ou des tisanes. Il est également indispensable d'apprendre à la mère à reconnaître les signes de tétées efficaces et de favoriser la proximité entre l'enfant et sa mère (6).

Ces règles de bonnes pratiques sont retrouvées dans les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » proposées par l'OMS et l'United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) en 1989. (ANNEXE I)

Celles-ci ont servi de cadre au lancement de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) en 1991, dont l'objectif est d'amener l'ensemble des maternités à devenir des « centres de soutien à l'allaitement maternel ». Afin d'obtenir cette labellisation, les maternités doivent notamment s'engager à ne pas accepter de substituts de lait maternel gratuitement ou à bas prix, et à mettre en œuvre la liste des dix conditions. Fin 2015 en France, 24 maternités seulement, qui couvrent environ 5% des naissances, possédaient le label « Ami des bébés ». Dans d'autres pays européens, ces taux sont beaucoup plus importants. Prenons l'exemple de la Suède, où l'ensemble des établissements sont labellisés.

Ces recommandations sont basées sur des études scientifiques bien menées.

La sixième de ces conditions recommande de « Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale ». Cependant, du lait artificiel est fréquemment utilisé quand un nouveau-né est agité ou non calmé après une tétée, lorsqu'il est somnolent ou présente des difficultés à la prise du sein, ou encore quand la mère souhaite se reposer. Ainsi, il est fréquent qu'en maternité les nouveau-nés reçoivent de l'eau glucosée ou du lait artificiel avant la première tétée ou en complément de l'allaitement, souvent sans réelle indication médicale. De plus, les professionnels de santé n'ont pas toujours conscience des conséquences négatives qui peuvent en découler.

D'après une étude réalisée en 2010 à la maternité de Tours, incluant des nouveau-nés singletons,

allaités et en bonne santé, dans 30 % des cas de recours aux compléments, il n'y avait aucune indication médicale justifiant leur usage. Une deuxième étude, réalisée en 2014 à la maternité de Chambéry, retrouvait un recours aux compléments chez 21,36% des nouveau-nés inclus et sans prescription médicale dans 59% des cas.

Enfin, selon une troisième étude publiée en 2016, cette recommandation semble difficile à mettre en œuvre pour 58% des professionnels des établissements français possédant le label Hôpital Ami des Bébés (HAB) (7–12).

En Europe, les taux de nourrissons toujours allaités à six mois sont très variables, de 33% aux Pays-Bas en 2003 à 82% en Norvège en 2007. Les résultats de l'étude Epifane réalisée en France entre 2012 et 2013, montrent une durée médiane d'allaitement maternel exclusif ou prédominant d'un peu plus de 3 semaines seulement. A six mois, 23 % des enfants étaient encore allaités, dont seuls 1,5 % de façon exclusive ou prédominante (2).

Parmi les raisons qui peuvent expliquer ces résultats, on distingue plusieurs facteurs qui présentent une association négative avec l'allaitement maternel, que ce soit dans son initiation, sa durée ou son arrêt. Certains sont liés à la mère, tels qu'une situation socio-économique défavorable, une expérience négative d'un premier allaitement maternel, une décision tardive d'allaiter ou un manque d'information, la perception d'une insuffisance de lait ou encore un manque de confiance en soi. D'autres sont liés à l'enfant (faible prise de poids ou problème de succion), à l'entourage (absence de soutien du partenaire) ou aux politiques de santé (congé maternité court et mal rémunéré). Enfin, il existe des facteurs liés au système de santé et aux pratiques de soins, tels qu'un défaut de soutien ou un manque de formation des professionnels, le non-respect de l'allaitement à la demande ou l'utilisation de compléments sans indication médicale durant le séjour en maternité et après le retour à domicile. Le recours aux compléments non médicalement indiqués en maternité est associé à une diminution significative de la durée de l'allaitement maternel par rapport à l'absence de compléments, ou en cas d'apport de compléments médicalement indiqués.

Cependant, l'utilisation de compléments de lait artificiel n'est pas forcément la cause directe d'un sevrage précoce, mais peut aussi être le signe de difficultés dans l'initiation de l'allaitement maternel (12,13).

Au niveau national, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise, elle aussi, l'usage de compléments au cours de l'allaitement maternel uniquement en cas d'indication médicale établie (3).

Un certain nombre de protocoles et de recommandations sur l'utilisation des compléments sont à disposition des professionnels en charge du suivi de l'allaitement maternel. Nous pouvons notamment citer le *Protocole n°3 de l'Academy of Breastfeeding Medicine*, révisé en 2009, qui expose les « recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité ». Le *Guide de bonnes pratiques à l'usage des professionnels* sur le thème de l'allaitement maternel, proposé par le réseau périnatal de Champagne-Ardenne en 2010, présente lui aussi les bonnes pratiques d'utilisation de compléments (14,15).

Les sages-femmes, et dans un premier temps les sages-femmes hospitalières, sont des professionnels de santé de première ligne dans l'initiation de l'allaitement maternel en maternité. La situation 6 du Référentiel Métier et Compétences des Sages-femmes, qui s'intitule « Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couches jusqu'à la visite post-natale », rappelle qu'une des missions de la sage-femme est de vérifier la mise en place de l'allaitement maternel ou artificiel (16).

Suite aux difficultés constatées lors de nos lectures, il nous a semblé intéressant de nous concentrer sur notre profession et de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes, en ce qui concerne l'usage des compléments de lait artificiel en maternité, dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif initialement souhaité par la mère.

Nous nous sommes posé la question suivante : « Les pratiques et les connaissances des sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin, concernant l'usage des compléments de lait artificiel, dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif souhaité en maternité, sont-elles en adéquation avec les recommandations ? »

Les objectifs de notre travail seront de réaliser un état des lieux de l'utilisation des compléments de lait artificiel par les sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin, dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif souhaité en maternité et de vérifier la correspondance aux recommandations de leurs pratiques et connaissances sur le sujet. Nous émettrons les hypothèses suivantes :

- Les sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin possèdent des connaissances en matière d'utilisation de compléments de lait artificiel dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif souhaité en maternité, mais celles-ci ne sont pas exhaustives.
- Il existe des divergences entre les recommandations sur le sujet et la pratique quotidienne de ces sages-femmes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans un premier temps, nous avons réalisé une revue de la littérature afin de faire un état des lieux des éléments existants sur notre sujet.

Ce premier travail de recherche a été effectué à l'aide des bases de données PubMed et EM Premium, des sites internet de la Cochrane et de l'OMS, et du moteur de recherche Google Scholar. Les mots clés que nous avons utilisés sont les suivants : « compléments de lait artificiel », « allaitement maternel », « breastfeeding », « in-hospital formula use ».

La lecture des documents et des résumés des articles nous a permis de sélectionner ceux traitant des recommandations concernant l'utilisation de compléments à l'allaitement maternel en maternité, ainsi que des études sur les pratiques professionnelles à ce sujet et leurs conséquences. La consultation de la bibliographie des différents articles, nous a également permis d'en sélectionner d'autres, traitant du même sujet. Nous avons choisi de nous limiter à des documents datant de 10 ans au maximum.

Au total, nous avons retenu douze documents. Ceux traitant des recommandations en matière de compléments, nous ont permis d'élaborer notre questionnaire :

- Protocole n°3 de l'Academy of Breastfeeding Medicine : Recommandations pour le don de compléments en maternité chez le nouveau-né à terme et en bonne santé allaité, révisé en 2009
- Allaitement maternel - Guide de bonnes pratiques à l'usage des professionnels, établi par le réseau Périnatal de Champagne-Ardenne en 2010
- Conférence de Gisèle Gremmo-Feger, lors de la première journée sur l'Initiative Hôpital Amis des Bébé le 28 novembre 2007 : « A propos des données médicales de l'IHAB : comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ? »
- Allaitement en maternité : les clefs pour réussir, Dr Marc Pilliot lors des Journées Régionales de l'Allaitement maternel 2005-2006

Les huit autres articles, utilisés pour discuter les résultats de notre étude, ont été présentés dans un tableau reprenant leurs principales conclusions, afin de faciliter leur exploitation.

(ANNEXE II)

Afin de répondre à notre problématique, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale multicentrique, dans le but de réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques de la population interrogée, sur le sujet.

La population ciblée par notre questionnaire correspond aux sages-femmes hospitalières exerçant dans les maternités du Bas-Rhin, quel que soit leur secteur d'activité (public ou privé) et leur type (I, IIA, IIB, III).

Ont été exclues d'emblée les sages-femmes exerçant dans le service d'échographie du CMCO, pour lesquelles nous avons été informés en amont qu'elles n'exercent aucune autres activités. Ont été exclues par la suite, lors de l'analyse des questionnaires, les sages-femmes exerçant uniquement dans les services d'échographie, d'Aide Médicale à la Procréation (AMP), de consultations ou de Surveillance Intensive de Grossesse (SIG) et n'effectuant pas de rotation avec les services de suites de couches et de salle de naissance. En effet, ces sages-femmes ne sont pas confrontées dans leur exercice professionnel quotidien à la prise en charge de l'allaitement maternel.

Huit maternités ont été contactées par l'intermédiaire d'un courrier électronique adressé aux cadres de ces différents établissements. Ceci nous a permis de leur présenter notre projet, de nous enquérir de l'autorisation de leur déposer nos questionnaires et d'obtenir le nombre de sages-femmes en exercice dans chacune des maternités afin d'établir notre effectif de départ. Sept de ces maternités ont accepté de participer à l'étude, tandis que la dernière n'a pas donné suite à notre demande après relance.

Nous avons ainsi pu inclure dans notre étude les sages-femmes exerçant dans deux maternités de type I, quatre de type II et une de type III. Six de ces maternités se trouvent au sein d'un hôpital public, alors que la dernière se trouve au sein d'une clinique privée.

Ainsi, notre population d'étude se compose de 293 sages-femmes.

Pour réaliser cette étude et répondre à notre problématique, nous avons eu recours à un questionnaire, que nous avons élaboré en nous basant sur la lecture des recommandations sur le sujet. (ANNEXE III)

Celui-ci se compose d'un total de vingt-quatre questions, réparties en différentes parties.

- La première partie comporte neuf questions et permet de recueillir des renseignements généraux sur les sages-femmes interrogées, tels que le sexe, l'âge, l'année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme et le nombre d'années d'exercice en milieu hospitalier, le secteur et le type de maternité, ainsi que les services dans lesquels elles exercent et enfin la labellisation Hôpital Ami des Bébé (HAB) ou non de la maternité.

- La deuxième partie du questionnaire comporte onze questions et s'intéresse aux pratiques des sages-femmes quant à l'usage des compléments de lait artificiel en maternité,

chez les nouveau-nés à terme, sains et allaités.

L'élaboration de ces questions s'est basée sur les recommandations que nous avons trouvées au cours de notre recherche bibliographique préalable.

Les trois dernières questions de cette partie, s'intéressent à la formation des sages-femmes à l'allaitement maternel.

- La troisième et dernière partie du questionnaire comporte quatre questions, se rapportant aux connaissances théoriques des recommandations d'utilisation des compléments de lait artificiel chez les nouveau-nés allaités en maternité, ainsi que des conséquences pouvant en découler.

Le questionnaire s'achève en laissant la possibilité aux sages-femmes interrogées d'exprimer des remarques personnelles si elles le souhaitent.

Avant d'être distribué à l'ensemble de la population, le questionnaire a été soumis aux trois sages-femmes de garde du service de suites de couches d'une des maternités participant à l'étude, un jour aléatoire. Ceci nous a permis de nous assurer de la compréhension et de la cohérence des questions, ainsi que d'estimer la durée nécessaire pour remplir le questionnaire.

Au total, 293 questionnaires sous forme papier, ont été déposés dans les différentes maternités au début du mois de septembre 2016 et la distribution s'est achevée à la fin du mois d'octobre 2016. Durant cette période, nous avons contacté à plusieurs reprises les cadres des maternités, afin de nous assurer du bon déroulement de la distribution et nous avons relevé les questionnaires complétés au fur et à mesure.

Une base de données reprenant les réponses aux différents items a été créée à l'aide d'un tableur Excel[®], afin de faciliter leur exploitation. Ainsi, nous avons pu y retranscrire les données codées, au fur et à mesure de la récupération des questionnaires.

Les questionnaires papiers ont été numérotés selon leur ordre de récupération, correspondant également à leur numérotation dans le tableur, nous permettant ainsi de pouvoir les retrouver facilement si nécessaire.

A la fin de la période de distribution, une fois l'ensemble des questionnaires remplis récupérés nous avons procédé à l'analyse des données. Pour ce faire, nous avons utilisé conjointement un tableur de type Excel[®] et le logiciel RStudio[®].

RÉSULTATS

I. Description de la population

1. Taux de participation globale

Au total, nous avons déposé 293 questionnaires dans les différents services des maternités du Bas-Rhin ayant accepté de participer à notre étude.

Nous avons récupéré 96 questionnaires remplis et obtenons ainsi un taux de participation de 32,8%.

Après retranscription des données récoltées dans le tableur Excel[®], dix questionnaires ont été exclus, s'agissant de sages-femmes exerçant uniquement dans les services d'échographie, d'AMP ou de consultations/SIG et qui ne sont donc pas amenées à utiliser des compléments de lait artificiel dans leur pratique. Ainsi, nous obtenons un total de 86 questionnaires exploitables.

2. Caractéristiques de la population

Tableau I : Caractéristiques de la population des sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin ayant participé à l'étude (n=86)

	%	Moyenne (min-max)
Sexe (n=86)		
Femme (n=84)	97,7	
Homme (n=2)	2,3	
Age (n=86)		37,7 (24-58)
Année d'obtention du Diplôme d'État de sage-femme (n=85)		(1980-2016)
1980 à 1990 (n=10)	11,8	
1991 à 2000 (n=26)	30,6	
2001 à 2010 (n=33)	38,8	
2011 à 2016 (n=16)	18,8	
Nombre d'années d'exercice en milieu hospitalier (n=85)		13,9 (0,25-36)
0 à 5 ans (n=15)	17,6	
6 à 15 ans (n=35)	41,2	
16 à 25 ans (n=27)	31,8	
26 à 35 ans (n=6)	7,1	
Plus de 35 ans (n=2)	2,4	
Type de maternité d'exercice (n=86)		
Type I (n=14)	16,3	
Type IIA (n=30)	34,9	
Type IIB (n=22)	25,6	
Type III (n=20)	23,3	
Secteur d'activité (n=86)		
Public (n=72)	83,7	
Privé (n=14)	16,3	
Services principaux d'exercice (n=86)		
Suites de couches (n=19)	22,1	
Salle de naissance (n=35)	40,7	
Suites de couches et salle de naissance (n=24)	27,9	
AMP (n=1)	1,2	
Consultation/SIG (n=2)	2,3	
Salle de naissance et consultation/SIG (n=2)	2,3	
Suites de couches et salle de naissance et consultation/SIG (n=3)	3,5	
Existence d'un protocole d'utilisation des compléments de lait artificiel dans le service (n=84)		
Oui (n=13)	15,5	
Non (n=71)	84,5	
DIU Lactation Humaine et Allaitement Maternel (n=84)		
Oui (n=1)	1,2	
Non (n=83)	98,8	
Participation à des formations sur l'allaitement maternel (n=86)		
Oui (n=67)	77,9	
Proposées par la maternité (n=59)	88,1	
Initiative personnelle (n=1)	1,5	
Proposées par la maternité et initiative personnelle (n=7)	10,4	
Non (n=19)	22,1	

n= effectif

II. Pratiques d'utilisation des compléments de lait artificiel en maternité

1. Fréquence de recours aux compléments de lait artificiel en maternité

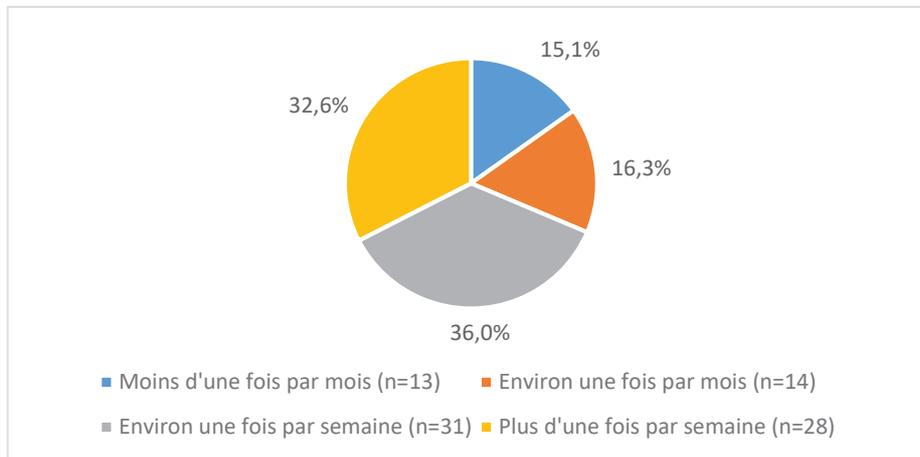


Figure 1 : Fréquence de recours aux compléments de lait artificiel (n = 86)

Sur l'ensemble de la population de sages-femmes ayant participé à l'étude, près de 70% d'entre elles ont recours à des compléments de lait artificiel environ une fois par semaine (36%) ou plus d'une fois par semaine (32,6%).

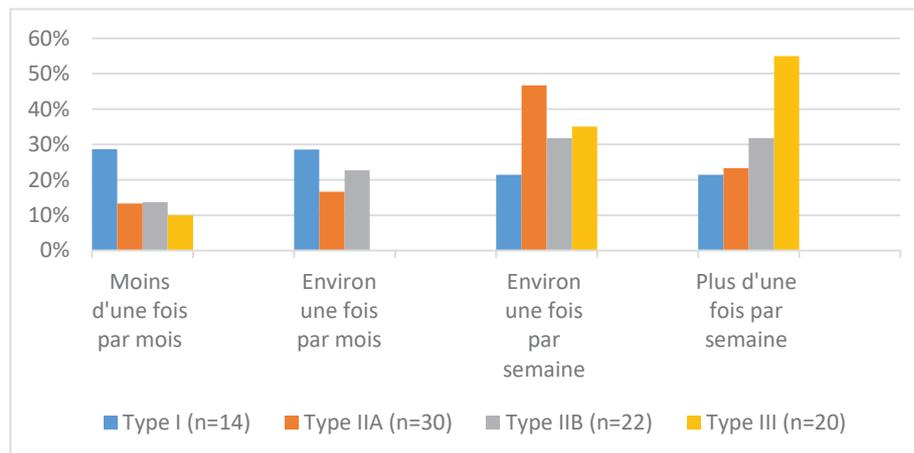


Figure 2 : Fréquence de recours aux compléments de lait artificiel en fonction du type de maternité (n=86)

Les sages-femmes exerçant en maternité de type III, sont 55% à recourir plus d'une fois par semaine à des compléments de lait artificiel.

Les sages-femmes exerçant en maternité de type I, sont près de 60% à recourir à des

compléments de lait artificiel environ une fois par mois (28,6%) ou moins d'une fois par mois (28,6%).

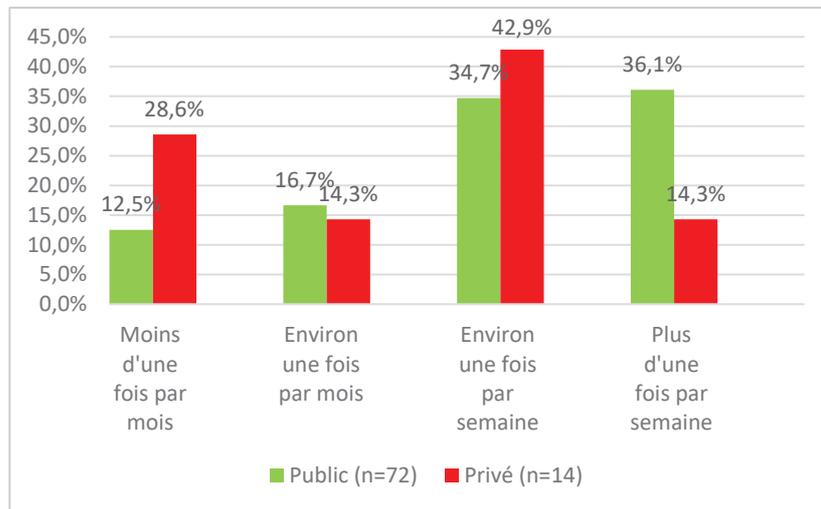


Figure 3 : Fréquences de recours aux compléments de lait artificiel en fonction du caractère public ou privé de la maternité dans laquelle exercent les sages-femmes (n=86)

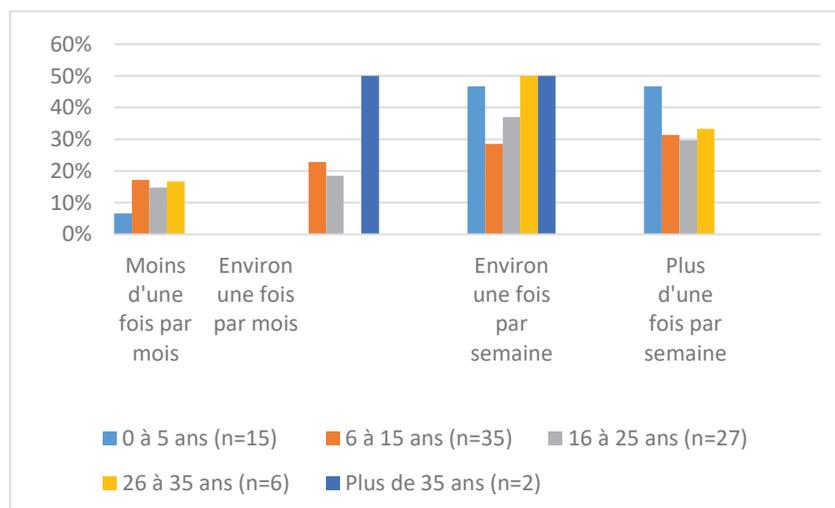


Figure 4 : Fréquence de recours aux compléments de lait artificiel en fonction du nombre d'années d'expérience en milieu hospitalier (n=85)

2. Raisons d'administration de compléments de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité

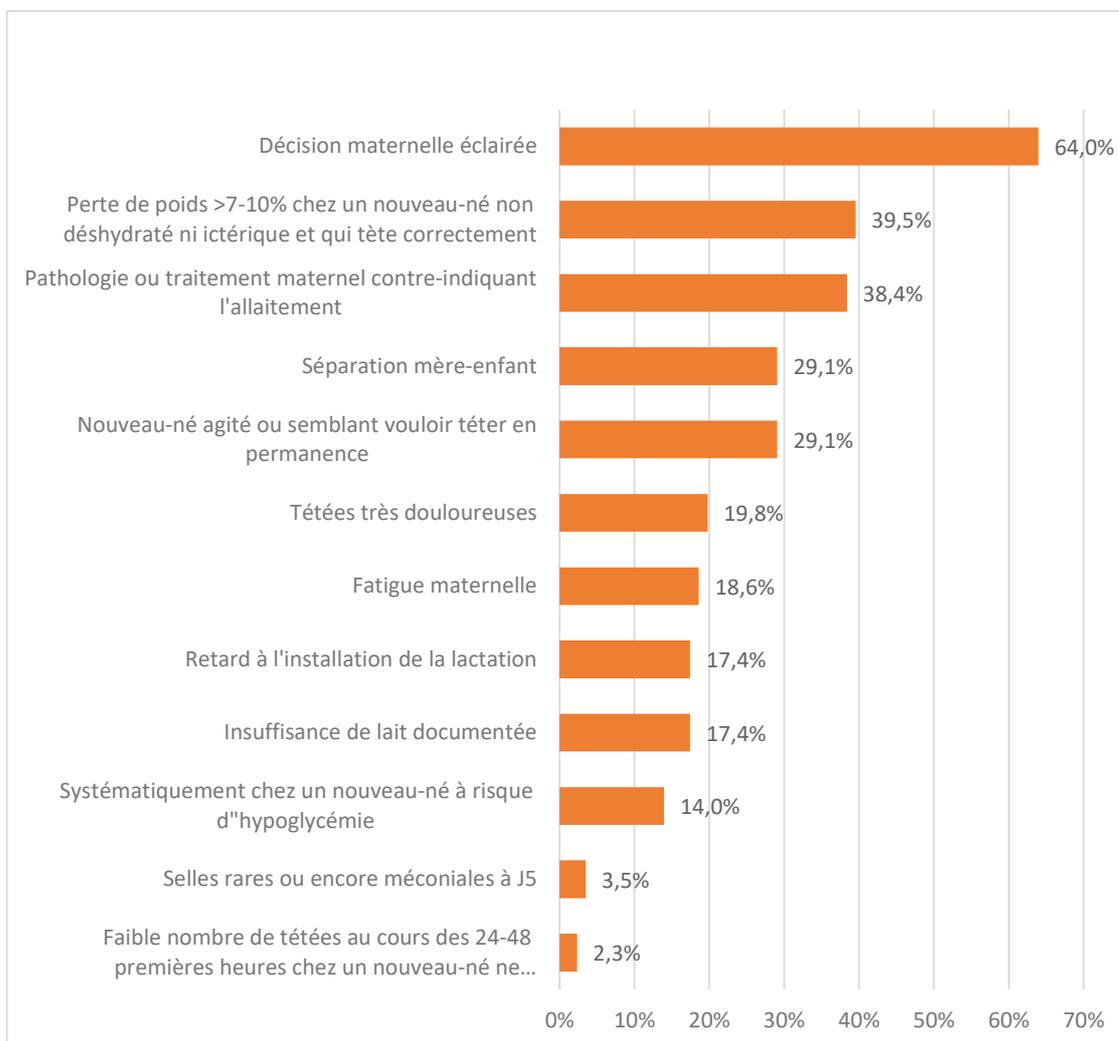


Figure 5 : Répartition des raisons de recours aux compléments de lait artificiel par les sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin (n=86)

Nous avons interrogé les sages-femmes sur les trois raisons principales qui les amènent à administrer des compléments de lait artificiel à un nouveau-né sain et pour lequel un allaitement maternel exclusif est initialement souhaité par la mère lors du séjour en maternité.

Le graphique à barres ci-dessus présente les raisons d'administration de compléments de lait artificiel en fonction de leur fréquence. Ainsi, nous observons que la raison principale citée par les sages-femmes interrogées est la décision maternelle éclairée (64%), suivie par la perte de poids supérieure à 7 à 10% chez un nouveau-né non déshydraté ni ictérique qui tète correctement (39,5%) et une pathologie ou un traitement maternel contre-indiquant l'allaitement (38,4%).

Inversement, pour 3,5% des sages-femmes interrogées seulement, des selles rares ou encore méconiales au cinquième jour de vie constituent une des principales raisons pour lesquelles elles administrent des compléments de lait artificiel. De même que pour 2,3% des sages-femmes interrogées, un faible nombre de tétées au cours des 24 à 48 premières heures de vie, entre dans les raisons principales pour lesquelles elles administrent des compléments de lait artificiel.

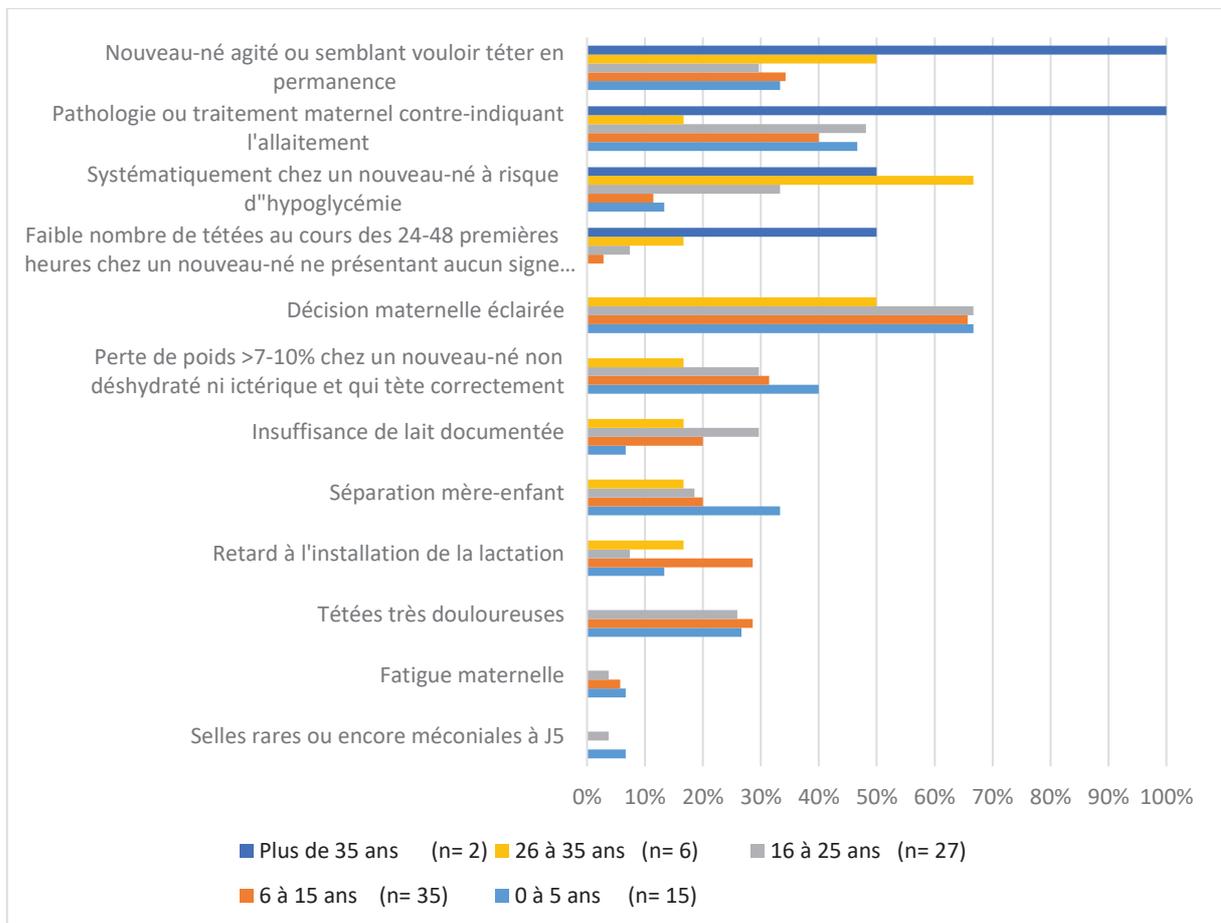


Figure 6 : Répartition des raisons de recours aux compléments de lait artificiel par les sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin en fonction du nombre d'années d'exercice en milieu hospitalier (n=85)

3. Prescription pédiatrique et information de la mère préalables à l'administration d'un complément de lait artificiel à un nouveau-né allaité en maternité

Tableau II : Prescription pédiatrique et information de la mère préalables à l'administration d'un complément de lait artificiel en maternité (n=84)

	Prescription pédiatrique (n=84) n (%)	Information maternelle (n=85) n (%)
Toujours	1 (1,2)	82 (96,5)
Souvent	13 (15,5)	3 (3,5)
Rarement	42 (50)	0 (0)
Jamais	28 (33,3)	0 (0)

n= effectif

La moitié des sages-femmes interrogées déclarent n'administrer que rarement sur prescription pédiatrique un complément de lait artificiel à un nouveau-né allaité en maternité. Une seule sage-femme a déclaré administrer des compléments de lait artificiel uniquement sur prescription pédiatrique.

La quasi-totalité des sages-femmes (96,5%) déclare informer systématiquement la mère avant administration d'un complément de lait artificiel à un nouveau-né allaité en maternité.

4. Moyens utilisés pour administrer des compléments de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité

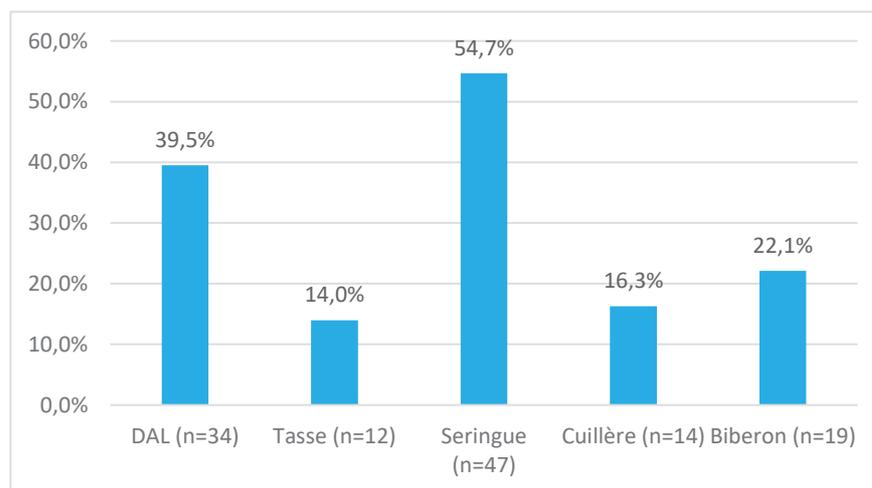


Figure 7 : Répartition des moyens utilisés pour administrer des compléments de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité

Le moyen le plus largement utilisé par les sages-femmes interrogées, pour administrer un complément de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité, est la seringue (54,7%), suivi par le dispositif d'aide à la lactation (DAL) au doigt ou à la seringue (39,5%).

Tableau III : Moyens utilisés pour administrer des compléments de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité, en fonction du type de maternité

	DAL (n=34) n (%)	Tasse (n=12) n (%)	Seringue (n=47) n (%)	Cuillère (n=14) n (%)	Biberon (n=19) n (%)
Type I (n=14)	12 (85,7)	0 (0)	7 (50)	1 (7,1)	0 (0)
Type IIA (n=30)	11 (36,7)	1 (3,3)	21 (70)	0 (0)	7 (23,3)
Type IIB (n=22)	8 (36,4)	11 (50)	10 (45,5)	7 (31,8)	0 (0)
Type III (n=20)	3 (15)	0 (0)	9 (45)	6 (30)	12 (60)

n = effectif

Le biberon est le plus utilisé par les sages-femmes exerçant en maternité de type III (60%).

Au contraire les sages-femmes exerçant en maternité de type I, privilégient le dispositif d'aide à la lactation (85,7%) et la seringue (50%) pour administrer des compléments de lait artificiel à un nouveau-né.

5. Traçabilité du don de complément de lait artificiel en maternité

Tableau IV : Traçabilité du don de complément de lait artificiel dans le dossier du nouveau-né (n=86)

	n (%)
Toujours	69 (80,2)
Souvent	10 (11,6)
Rarement	4 (4,7)
Jamais	3 (3,5)

n= effectif

Tableau V: Traçabilité du don de complément sur un document autre que le dossier du nouveau-né (n=17)

	n (%)
Oui	12 (70,6)
Non	5 (29,4)

n= effectif

Environ 80% des sages-femmes interrogées déclarent faire apparaître systématiquement le don de complément de lait artificiel dans le dossier du nouveau-né.

Parmi celles qui ne le font pas systématiquement, environ 70% déclarent le faire apparaître sur un autre document.

III. Connaissances des recommandations et des conséquences de l'utilisation de compléments de lait artificiel chez un nouveau-né sain et allaité en maternité

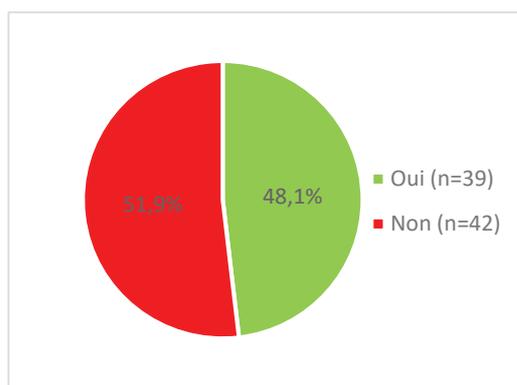


Figure 8 : Répartition des sages-femmes selon leur connaissance ou non des recommandations (n=81)

Un peu plus de la moitié des sages-femmes ayant répondu à cette question déclarent ne pas avoir connaissance de l'existence des recommandations d'utilisation des compléments de lait artificiel.

67 (77,9%) des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire déclarent avoir participé à des formations sur l'allaitement maternel depuis l'obtention de leur diplôme. Parmi elles, 50,7% déclarent avoir connaissance des recommandations d'utilisation des compléments de lait artificiel.

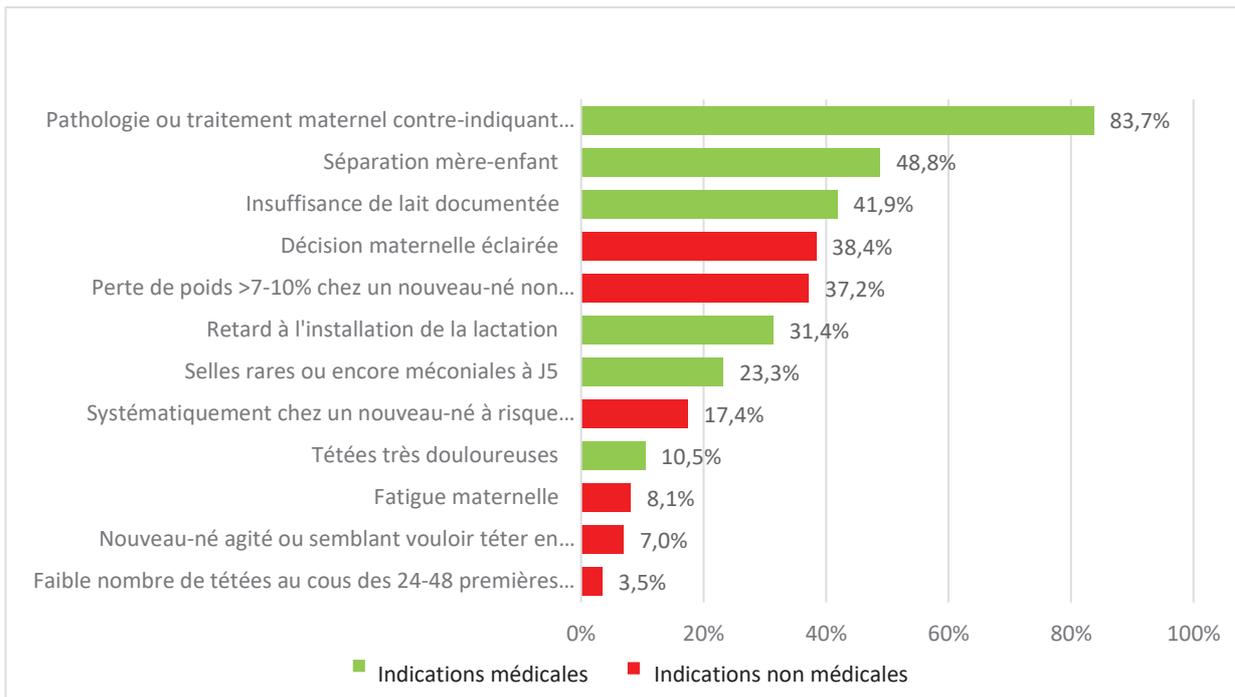


Figure 9 : Répartition des réponses données par les sages-femmes en termes d'indications médicales d'administration de compléments de lait artificiel (n=86)

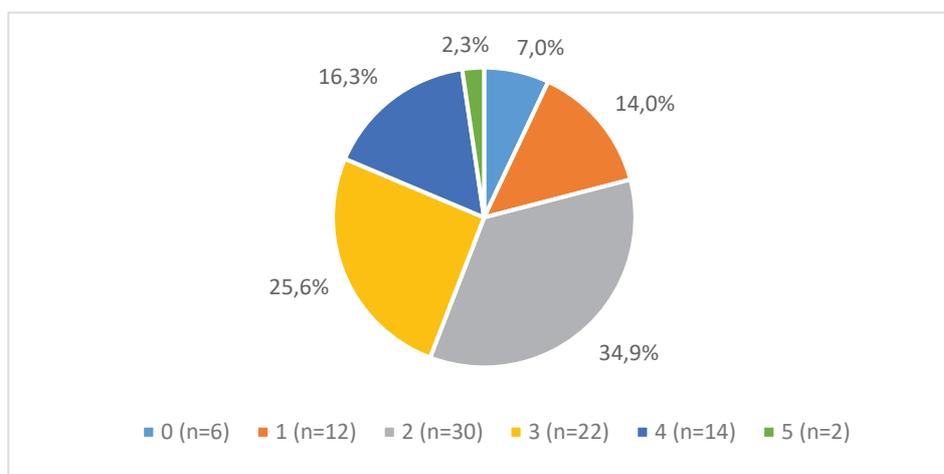


Figure 10 : Proportion de réponses justes (n=86)

Aucune des sages-femmes interrogées n'a donné l'ensemble des six raisons médicales d'administration de compléments de lait artificiel que nous attendions. La majorité, environ 35% d'entre elles, a coché deux des raisons attendues, alors que 2,3% seulement en ont coché cinq.

La moyenne calculée de réponses justes est de 2,4.

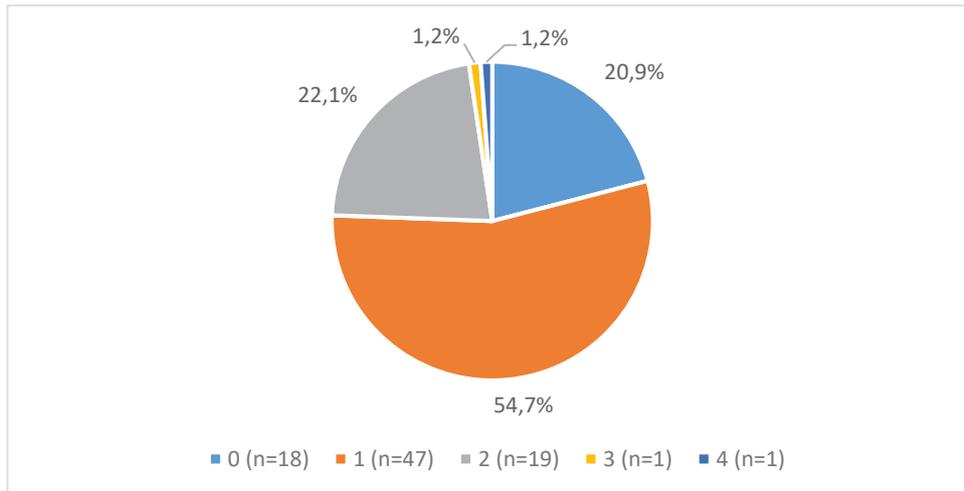


Figure 11 : Proportion de réponses fausses (n=86)

La moyenne calculée de réponses fausses est de 1,1.

Afin de quantifier les connaissances des sages-femmes en matière d'indications médicales de compléments de lait artificiel, nous avons établi un score. Ainsi, pour une réponse juste nous avons attribué 1 point et pour une réponse fausse nous avons ôté 1 point. Le score maximum serait de 6 points pour une sage-femme qui aurait donné l'ensemble des indications médicales attendues et aucune indication autre. Le score minimum serait de -6 points pour une sage-femme qui n'aurait donné aucune des indications médicales et l'ensemble des indications non médicales.

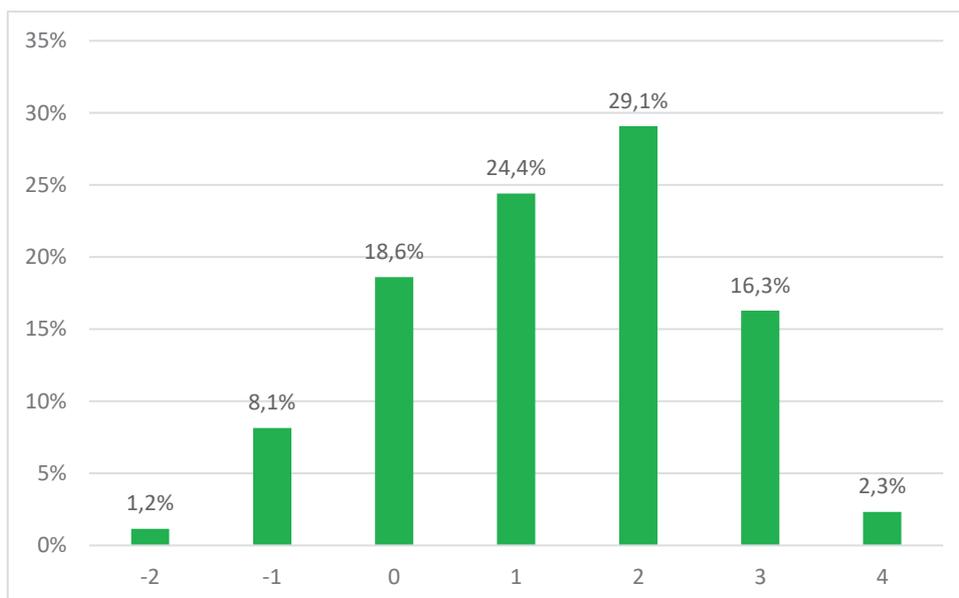


Figure 12 : Répartition des sages-femmes en fonction du score calculé (n=86)

La médiane de ce score est de 1.

Tableau VI : Représentation du moyen d'administration de compléments de lait artificiel le plus délétère au bon déroulement de l'allaitement maternel selon les sages-femmes (n=80)

	n (%)
DAL	3 (3,8)
Tasse	1 (1,3)
Seringue	3 (3,8)
Cuillère	1 (1,3)
Biberon	72 (90)

n= effectif

Pour la majorité des sages-femmes (90%), le biberon constitue le moyen le plus délétère au bon déroulement de l'allaitement maternel.

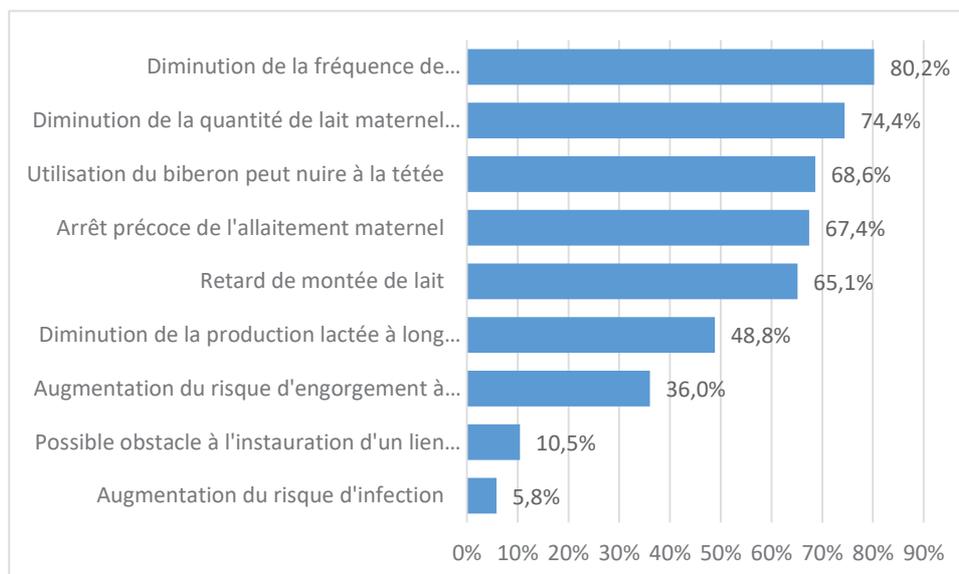


Figure 13 : Répartition des conséquences sur le bon déroulement de l'allaitement maternel (n=86)

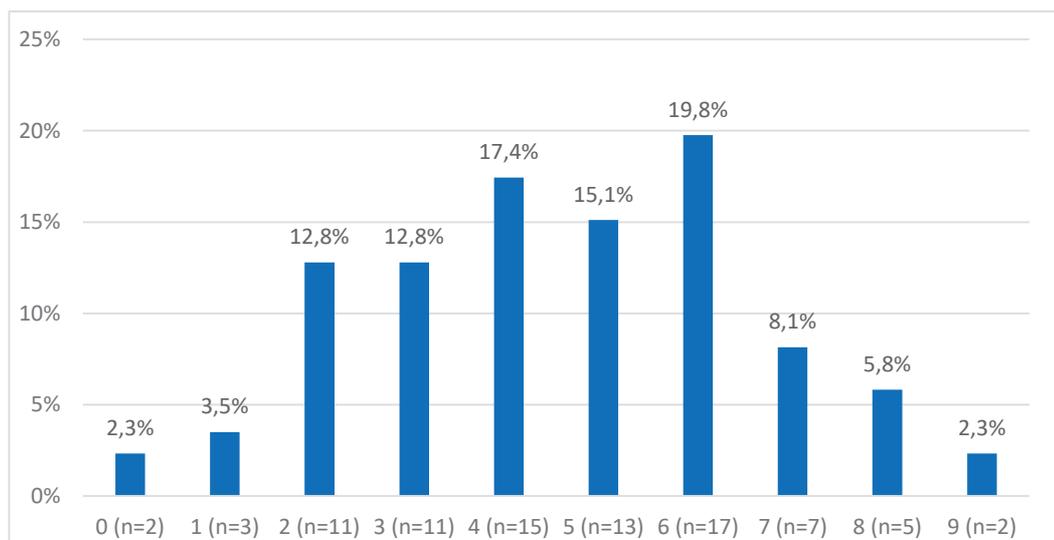


Figure 14 : Proportion de réponses justes (n=86)

La moyenne calculée de réponses justes est de 4,6.

L'ensemble des propositions étant des conséquences possibles de l'utilisation de compléments de lait artificiel, sur l'allaitement maternel, le nombre de réponses justes correspond également au score obtenu par chacune des sages-femmes.

La médiane de ce score est de 5.

IV. Remarques des sages-femmes

A l'issu du questionnaire, nous avons laissé la liberté aux sages-femmes qui le souhaitent d'exprimer des remarques. Celles-ci sont présentées en annexe. (ANNEXE IV)

Sur l'ensemble des questionnaires que nous avons récupéré, 14 sages-femmes ont inscrit des remarques. La plupart de celles-ci se présentent sous forme de justifications à l'usage de compléments de lait artificiel chez un nouveau-né sain et allaité en maternité et d'autres sur la méthode utilisée pour administrer les compléments.

DISCUSSION

I. Limites et biais de l'étude

A travers ce travail, nous cherchions à mettre en évidence les connaissances et les pratiques des sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin en matière d'utilisation de compléments de lait artificiel, dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif initialement souhaité par la mère en maternité. Nous émettions les hypothèses que ces sages-femmes possèdent des connaissances sur le sujet, mais que celles-ci ne sont pas exhaustives et qu'il existe des divergences entre les recommandations et leur pratique quotidienne. Pour répondre à notre questionnement, nous avons construit un questionnaire et l'avons distribué aux sages-femmes des maternités du Bas-Rhin qui ont répondu positivement à notre demande. En amont, nous avons effectué une revue de la littérature, qui nous a permis de créer notre questionnaire et qui nous permettra dans cette partie de discuter nos résultats.

Cependant, nous avons été freinés dans notre analyse, par le fait que nous n'ayons pas trouvé dans la littérature d'étude similaire. Ainsi, nous n'avons pas pu comparer les pratiques et les connaissances des sages-femmes de notre population en matière de compléments de lait artificiel, à celles d'autres départements par exemple. Nous nous sommes donc contentés de confronter les données recueillies aux recommandations existant sur le sujet, tout en apportant des éléments complémentaires issues de notre recherche bibliographique.

Le fait que nous ayons, nous-mêmes, construit le questionnaire utilisé pour réaliser notre étude et qu'il n'ait ainsi pu être validé scientifiquement, représente un point faible dans notre travail.

Notre étude se limitant au département du Bas-Rhin, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des sages-femmes hospitalières françaises.

De plus, nous avons choisi de limiter notre étude aux sages-femmes, car nous souhaitons nous focaliser spécifiquement sur notre profession. Cependant, d'autres professionnels sont impliqués dans l'accompagnement de l'allaitement maternel en maternité. Ainsi, il pourrait être intéressant de réaliser une étude similaire en incluant les autres professions exerçant en maternité, afin de comparer leurs pratiques et voir s'il existe des différences entre les professions.

Une seule maternité privée, sur les deux que compte le département du Bas-Rhin a été incluse dans notre étude, suite à l'absence de réponse de l'une d'entre elle. Les sages-femmes de cette maternité ne représentant que 16% de notre échantillon, nous n'avons pas interprété les éventuelles différences de pratiques entre maternités publiques et privées.

La seule maternité du Bas-Rhin labellisée HAB n'ayant pas répondu à notre demande, nous n'avons pas pu comparer les connaissances et pratiques des sages-femmes exerçant en maternités possédant le label à celles exerçant en maternités non labellisées. Cependant, il est possible que certaines des sages-femmes qui ont participé à notre enquête aient exercé auparavant dans une maternité labellisée et que ceci influe sur leurs connaissances et leurs pratiques actuelles.

De plus, un *Formulaire d'auto-évaluation pour les services de maternité et de néonatalogie*, actualisé en juin 2016, est à disposition des établissements de santé pour leur permettre d'évaluer leurs pratiques par rapport aux recommandations de l'OMS. Pour chacune des recommandations, les critères qui doivent être respectés pour espérer obtenir le label HAB sont développés et des questions d'auto-évaluation permettent aux établissements d'évaluer leurs pratiques et de mettre en œuvre des actions aux seins des équipes.

Au-delà de ça, l'IHAB France propose des formations de deux types. Certaines sont réservées aux « équipes de maternité et néonatalogie en démarche vers le label », alors que d'autres sont organisées en lien avec les réseaux de périnatalité et sont destinées à toutes les équipes de maternité et néonatalogie, qu'elles soient ou non dans une démarche de labellisation.

Ainsi, il est possible que certaines maternités aient menées des actions de ce type, afin de rapprocher leurs pratiques de celles d'une maternité labellisée HAB, sans pour autant avoir fait les démarches en vue de l'obtention de ce label (17,18).

Dans notre étude, nous avons choisi de nous focaliser spécifiquement sur le lait artificiel administré en complément de l'allaitement maternel. En effet, de par nos observations lors de nos différents stages en maternité, il nous a semblé que ce soit une pratique répandue au sein des équipes. Cependant, d'autres types de compléments sont susceptibles d'être administrés au nouveau-né durant son séjour en maternité, notamment de l'eau pure ou de l'eau glucosée (7).

II. Discussion des résultats de l'étude auprès des sages-femmes

1. Description de la population

Nous avons obtenu un taux de participation global de 32,8%, ce qui correspond au taux moyen pour ce type d'enquêtes.

Cependant, les taux de réponses sont variables selon les types de maternités. Les sages-femmes des maternités de types IIB et III sont peu représentées dans notre échantillon, alors que le plus grand nombre de sages-femmes interrogées étaient issues de ces établissements.

Les sages-femmes qui ont répondu à notre questionnaire, sont des femmes à 97,7%. Le Sex ratio étant très faible (2/84), nous avons réalisé une analyse globale des pratiques et des connaissances des sages-femmes, sans distinction de sexe.

Les sages-femmes qui ont entre 26 et 35 ans d'expérience en milieu hospitalier et celles qui ont plus de 35 ans d'expérience, représentent ensemble moins de 10% de notre échantillon. A l'inverse, celles qui ont entre 16 et 25 ans d'expérience en milieu hospitalier sont les plus représentées (41,2%). Nous ne pourrions donc pas interpréter comme étant des généralités, les différences de pratiques observées entre les sages-femmes de différentes tranches d'âge.

Au sein de notre échantillon, environ 40% des sages-femmes déclarent exercer principalement en salle de naissance, environ 22% en suites de couches et 28% à temps équitable entre ces deux services. Les fréquences d'administration de compléments de lait artificiel sont susceptibles de varier en fonction de cette donnée. En effet, si nous avions eu dans notre échantillon davantage de sages-femmes exerçant principalement en suites de couches, nous aurions probablement obtenu une répartition différente des fréquences d'utilisation de compléments de lait artificiel, avec un taux plus important de recours hebdomadaire.

Seules 13 sages-femmes, soit 15,5%, ont déclaré qu'il existe un protocole d'utilisation des compléments de lait artificiel dans leur service. Il s'agit là des déclarations des sages-femmes et nous pourrions émettre les hypothèses suivantes pour tenter d'expliquer ce faible taux : soit la quasi-totalité des établissements desquels sont issues ces sages-femmes ne présentent effectivement pas de tel protocole dans leur service, soit des protocoles sont présents dans les services mais les sages-femmes n'en ont pas connaissance. Les différents articles et recommandations rappellent que les services devraient mettre en place une réglementation concernant les compléments en maternité, et établir un protocole présentant les indications

médicales, élaboré en conciliation avec les médecins. Ceci permet, après avoir évalué la situation, de justifier médicalement le don de compléments (12,14,15).

La HAS recommande, elle aussi, une évaluation correcte de l'allaitement maternel avant l'apport de compléments à un nouveau-né. Cependant, comme les indications sont à ce jour encore mal définies, elle précise qu'il s'agit d'une décision au cas par cas, qui doit être discutée avec la mère (3).

Seule une sage-femme, soit 1,2%, déclare être titulaire d'un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de Lactation Humaine et Allaitement. Il s'agit donc là d'un critère qui n'a pu entrer en compte dans l'analyse.

Les sages-femmes ont déclaré à 77,9% avoir participé à des formations sur l'allaitement maternel depuis l'obtention de leur diplôme, formations proposées par la maternité pour 88,1% d'entre elles. Nous pourrions ainsi supposer que ces sages-femmes sont bien formées à la question de l'allaitement maternel. Cependant, pour évaluer l'impact de ces formations sur leurs connaissances et leurs pratiques, il faudrait réaliser une autre étude se focalisant spécifiquement sur la formation des sages-femmes à l'allaitement maternel, en prenant en compte le contenu des formations et leur fréquence.

2. Pratiques et connaissances des sages-femmes

a. Fréquences de recours aux compléments de lait artificiel

Notre étude a révélé que le recours aux compléments de lait artificiel, par les sages-femmes des maternités bas-rhinoises, est fréquent. En effet, près de 70% d'entre elles déclarent y recourir environ une fois par semaine ou plus d'une fois par semaine et 15% moins d'une fois par mois. Les fréquences que nous avons recueillies, sont des estimations faites par les sages-femmes de leur utilisation des compléments de lait artificiel dans leur pratique professionnelle. Les taux que nous avons ainsi établis pourraient être aussi bien sous-estimés, que surestimés. En effet, il peut être difficile de quantifier la fréquence à laquelle elles sont amenées à utiliser des compléments de lait artificiel, d'autant plus que celle-ci peut varier selon l'activité des maternités, à une période donnée.

Il en est de même pour les fréquences de recours aux compléments de lait artificiel en fonction du type de maternité, qui sont à corrélérer avec le nombre d'accouchements réalisés par les différentes maternités. Selon les établissements où exercent les sages-femmes, celles-ci vont avoir plus ou moins de nouveau-nés à charge et ne vont pas être amenées à administrer des compléments de lait artificiel à la même fréquence.

Pour avoir un ordre d'idée, nous avons recueilli auprès des maternités participantes, le nombre d'accouchements réalisés sur l'année écoulée. Ainsi, en 2016, les maternités de types I ont réalisé 315 accouchements pour l'une et 987 pour l'autre. Les maternités de type II ont réalisé respectivement 828, 1432, 1681 et 3376 accouchements. L'unique maternité de type III incluse dans notre étude a réalisé 2979 accouchements en 2016.

Les sages-femmes des maternités de type I sont celles qui semblent administrer le moins fréquemment des compléments de lait artificiel, puisque près de 60% d'entre elles déclarent n'y recourir qu'environ une fois par mois ou moins d'une fois par mois.

Inversement, 90% des sages-femmes qui exercent en maternité de type III, déclarent administrer des compléments de lait artificiel environ une fois par semaine ou plus d'une fois par semaine. Nous pouvons supposer qu'en maternité de type III le recours aux compléments de lait artificiel est plus fréquent, car ces maternités sont plus susceptibles d'accueillir plus de nouveau-nés prématurés ou présentant des pathologies et pour qui l'allaitement maternel présentera plus de difficultés.

En ce qui concerne les maternités de type II, nous avons pu observer un recours aux compléments de lait artificiel réparti entre les différentes fréquences, avec une majorité de sages-femmes qui déclarent en administrer environ une fois par semaine ou plus d'une fois par semaine.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature, d'études similaires auxquelles comparer les taux d'administration de compléments de lait artificiel par les sages-femmes, que nous avons obtenu à travers nos questionnaires. Cependant, des études s'intéressent aux taux de nouveau-nés complétés durant leur séjour en maternité. Ainsi, nous avons noté des taux variant de 21,36% selon une étude réalisée en 2015 à la maternité de Chambéry, à 78% au centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier en 2007. Il semble donc que les pratiques soient très variables d'une maternité à une autre, d'autant plus que ces deux maternités sont de type III (11,19).

Il apparaît que pour 58% des professionnels des établissements possédant le label HAB, la recommandation numéro 6 soit difficile à mettre en œuvre. Ce constat pourrait justifier le fait que des taux importants de nouveau-nés reçoivent des compléments dans certaines maternités, et d'autant plus dans des maternités non sensibilisées à l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé. De même, ceci peut apporter une explication au fait qu'une grande majorité des sages-femmes de notre étude utilise des compléments de lait artificiel au moins une fois par semaine (9).

Une autre question serait de savoir quels sont les freins à l'application de cette recommandation par les professionnels en charge du suivi de l'allaitement maternel.

b. Raisons d'administration de compléments de lait artificiel

Une étude réalisée en Californie et publiée en 2014 identifiait parmi les raisons les plus fréquentes à l'administration de compléments de lait artificiel aux nouveau-nés en maternité, la « perception de peu de lait », des « signes de prise inadéquate par l'enfant », un « comportement inadapté de l'enfant au sein » et la « séparation mère-enfant ». Cependant, ces raisons étaient recueillies auprès des mères et non des équipes soignantes, ce qui pourrait constituer un biais (20).

Une seconde étude réalisée en 2010 à la maternité universitaire de Tours retrouvait, quant à elle, « la perte de poids », « le nouveau-né affamé », « l'hypoglycémie » et « le nouveau-né ne prenant pas bien le sein » comme principales raisons à l'administration de compléments de lait artificiel (10).

Afin d'interroger les sages-femmes de notre échantillon sur les raisons qui les amènent à administrer des compléments de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité, nous leur avons proposé une série de situations, en nous basant sur les différents textes de recommandations. Six de ces propositions sont des indications médicales pour lesquelles un complément pourrait être justifié, les six autres sont des « fausses » indications. Ci-dessous, un tableau récapitulatif.

Tableau VII : Synthèse des recommandations en matière d'indications médicales de compléments en maternité (12,14,15,21)

Indications médicales	« Fausses » indications
Tétées très douloureuses	Fatigue maternelle
Pathologie ou traitement maternel contre-indiquant l'allaitement	Systématiquement chez un nouveau-né à risque d'hypoglycémie
Insuffisance de lait documentée	Faible nombre de tétées au cours de 24 à 48 premières heures chez un nouveau-né ne présentant aucun signe clinique anormal
Selles rares ou encore méconiales à J5	Décision maternelle éclairée
Séparation mère-enfant	Nouveau-né agité ou semblant vouloir téter en permanence
Retard à l'installation de la lactation	Perte de poids > 7-10% chez un nouveau-né non déshydraté ni ictérique et qui tète correctement

Parmi les raisons les plus citées par les sages-femmes de notre étude, nous retrouvons des similitudes aux études précédentes. La « perte de poids supérieure à 7 à 10% chez un nouveau-né non déshydraté ni ictérique et qui tète correctement » a été cochée par 39,5%. Celle-ci peut également être sous-entendue dans les « signes de prise inadéquate par l'enfant » de la première étude.

La « séparation mère-enfant » est apparue pour environ 29% des sages-femmes de notre étude, de même que le « nouveau-né agité ou semblant vouloir téter en permanence ». Cette dernière proposition peut s'apparenter au « nouveau-né affamé », cité par la seconde étude.

Une raison citée par 38,4% des sages-femmes de notre étude et non retrouvée dans les autres études, est la « pathologie ou traitement maternel contre-indiquant l'allaitement ».

Parmi ces quatre raisons, seules la « séparation mère-enfant » et la « pathologie ou traitement maternel contre-indiquant l'allaitement » sont considérés comme indication médicale de compléments par les recommandations.

Mais, arrive en première position, la « décision maternelle éclairée » qui est une des raisons principales qui amène 64% des sages-femmes de notre étude à administrer un complément de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité.

Etant donné que cette raison n'entre pas dans les indications médicales de compléments et au

vue de son importance dans les pratiques des sages-femmes, il nous paraît important de nous y attarder plus longuement.

Il peut en effet arriver qu'au cours de son séjour en maternité, une mère demande un complément de lait artificiel pour son enfant, alors même qu'il n'y a pas d'indication médicalement justifiée. Nous pouvons aisément imaginer une telle demande dans différentes situations, comme une mère fatiguée ou qui présente des gerçures du mamelon rendant la tétée douloureuse par exemple.

Face à ce cas, le rôle de l'équipe soignante est dans un premier temps d'encourager la mère à maintenir un allaitement exclusif, d'autant plus si elle en exprimait initialement le projet. Le cas échéant, il faut veiller à ce que la décision d'apporter un complément à son enfant soit éclairée, c'est-à-dire que la mère ait eu toutes les informations nécessaires et l'accompagner au mieux dans son choix. Ceci nous renvoie à la question de l'information du patient, que nous verrons plus en aval. Il revient en effet à l'équipe soignante la responsabilité de « documenter les décisions parentales » et d'accompagner la mère quelle que soit sa décision finale (12,14).

Les dons de compléments pour les autres indications médicales semblent beaucoup plus rares dans notre population de sages-femmes.

L'administration de compléments pour « tétées très douloureuses » suppose une « douleur intolérable pendant les tétées, non soulagée par les interventions ».

Le « retard d'installation de la lactation » sous-entend un retard de la montée de lait, après J3 à J5, avec pour conséquence une insuffisance des apports lactés au nouveau-né. Différentes causes peuvent être évoquées, telles qu'une rétention placentaire, un syndrome de Sheehan ou encore une hypoplasie mammaire.

« L'insuffisance de lait documentée » correspond à une pathologie ou une chirurgie mammaire qui pourrait être responsable d'une insuffisance de la production lactée maternelle (14).

Après le constat des pratiques, nous en arrivons à nous interroger sur les connaissances des sages-femmes à l'égard des recommandations d'utilisation des compléments de lait artificiel en maternité.

Il apparaît qu'un peu plus de la moitié des sages-femmes déclarent ne pas avoir connaissance de ces recommandations. Dans le questionnaire, nous avons uniquement cherché à savoir si elles avaient, oui ou non, connaissance de l'existence de recommandations. Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse que parmi les sages-femmes qui ont répondu par l'affirmative, certaines d'entre elles savent effectivement que des recommandations existent, mais qu'elles n'en connaissent pas forcément le contenu. Au sein des 77,9% de sages-femmes qui ont déclaré

avoir participé à des formations sur l'allaitement maternel, la répartition est proche de celle de l'ensemble de notre échantillon, avec 50,7% d'entre elles qui déclarent avoir connaissance des recommandations sur les compléments de lait artificiel.

En ce qui concerne la connaissance des indications médicales de compléments par les sages-femmes, on se rend compte qu'aucune d'entre elle n'a coché l'ensemble des six indications que nous attendions. Seules 2,3% ont donné cinq des indications médicales attendues et la majorité (34,9%) a donné deux indications. Les trois premières indications jugées médicales par les sages-femmes, font bien partie des indications médicales de compléments : la pathologie ou le traitement maternel contre-indiquant l'allaitement (83,7%), la séparation mère-enfant (48,8%), l'insuffisance de lait documentée (41,9%).

De même, les trois indications les moins citées par les sages-femmes, font effectivement partie des « fausses » indications : fatigue maternelle (8,1%), nouveau-né agité ou semblant vouloir téter en permanence (7%), faible nombre de tétées au cours de 24-48 heures chez un nouveau-né ne présentant aucun signe clinique anormal (3,5%).

Le nombre de réponses ne correspondant pas à des indications médicales de compléments, pouvait varier de zéro à six. La majorité des sages-femmes (54,7%) n'a cité qu'une seule réponse incorrecte, alors que seulement deux sages-femmes ont donné respectivement trois et quatre réponses incorrectes.

Les sages-femmes de notre étude semblent donc avoir une assez bonne connaissance des raisons qui ne justifient pas d'administrer un complément de lait artificiel à un nouveau-né, alors que les connaissances semblent moins bonnes en matière d'indications médicales.

Le score que nous avons ensuite établi, nous permet de qualifier ces connaissances. Ainsi, pour considérer que les connaissances d'une sage-femme, en matière d'indications de compléments de lait artificiel chez un nouveau-né sain et allaité en maternité sont complètes, le score obtenu par celle-ci devrait être de 6. Ceci signifierait que cette sage-femme aurait donné l'ensemble des indications médicales que nous attendions parmi celles proposées et aucune des autres raisons. Il apparaît qu'aucune des sages-femmes interrogées n'a obtenu ce score. Le score minimum est de -2, le score maximum de 4 et la médiane de 1.

Nous pourrions arbitrairement considérer les connaissances comme « bonnes » pour un score qui serait égal ou supérieur à 4. Seules 2,3% des sages-femmes interrogées entrent dans cette catégorie.

c. Prescription pédiatrique

Il semble que la grande majorité des compléments de lait artificiel soient administrés sans avoir fait l'objet d'une prescription pédiatrique préalable. En effet, 50% des sages-femmes de notre étude déclarent administrer rarement les compléments de lait artificiel sur prescription pédiatrique et un tiers environ déclarent ne jamais les administrer sur prescription pédiatrique.

Une étude de dossier permettrait probablement de confirmer que, la majorité des compléments de lait artificiel qui sont administrés en maternité, le sont sans prescription du pédiatre. Du moins sans prescription écrite, mais ceci ne nous permet pas d'exclure une concertation orale entre les membres de l'équipe soignante.

L'Academy of Breastfeeding Medicine, précise en effet que les services de maternité devraient mettre en place une réglementation visant à obtenir une ordonnance du pédiatre quand un complément est médicalement indiqué. Si les compléments ne sont pas médicalement nécessaires, l'accord de la mère doit être recueilli après information (14).

d. Moyens utilisés pour administrer des compléments

Environ 55% des sages-femmes interrogées utilisent la seringue pour administrer un complément de lait artificiel à un nouveau-né sain et allaité en maternité. 39,5% d'entre elles utilisent un dispositif d'aide à la lactation (DAL) au doigt ou au sein. Les autres moyens sont moins représentés, le biberon étant utilisé par 22% d'entre elles, la cuillère par 16,3% et la tasse par 14% des sages-femmes.

Nos résultats contrastent avec ceux obtenus à la maternité de Chambéry, où seuls 27% environ des compléments avaient été donné à la seringue, contre plus d'un tiers au biberon. (11) Cependant, il faut garder à l'esprit que nous nous basons dans notre étude sur les déclarations des sages-femmes et qu'une étude de dossier au sein des maternités permettrait de confirmer ces pratiques. De plus, les pratiques sont propres à chaque établissement.

Nos observations nous ont montré que le biberon est le plus utilisé par les sages-femmes exerçant en maternité de type III (60%), alors qu'il n'est pas du tout utilisé par les sages-femmes de maternité de type I, qui utilisent très largement le DAL (85,7%). Nous pourrions supposer qu'en type I, les sages-femmes ont davantage de temps pour administrer les compléments à l'aide du DAL.

Pour 90% des sages-femmes interrogées, le moyen le plus délétère au bon déroulement de l'allaitement maternel est le biberon.

Une sage-femme de notre étude justifie l'utilisation du biberon dans le don de complément de lait artificiel, par le fait que « le bébé doit avoir du plaisir en mangeant ». Le biberon permet en effet à l'enfant de téter, contrairement au fait de « lui envoyer du lait dans la bouche avec une seringue ou une cuillère ». Une autre sage-femme est consciente du fait que « théoriquement on ne devrait pas donner de lait artificiel au biberon mais plutôt à la tasse ou seringue », mais « qu'un bébé qui ne tète pas au sein ne va pas plus téter après la tasse ou la seringue » et que « le biberon l'aide à apprendre à téter ».

L'alimentation au biberon, bien que la plus utilisée dans les pays développés, ne semble pas adaptée à l'administration d'un complément de lait artificiel à un nouveau-né allaité. En effet, le biberon impose au nouveau-né des mouvements de mâchoire et de langue différents, de plus le débit de lait délivré est lui aussi différent. Ainsi, le fait de proposer un biberon au nouveau-né peut amener ce dernier à « s'habituer » à l'écoulement plus facile au biberon et à le perturber dans son apprentissage de la tétée au sein. Des conséquences peuvent en découler telles qu'une mauvaise prise du sein, entraînant des lésions douloureuses du mamelon chez la mère. Sur le versant psychologique, la mère risque de perdre confiance en elle-même et de choisir la facilité d'arrêter l'allaitement maternel, plutôt que de persévérer dans le choix qu'elle avait fait d'allaiter son enfant.

De ce fait, le Dr Pilliot, pédiatre, recommande dans son rapport de donner les compléments s'ils sont nécessaires, d'une manière autre qu'au biberon durant les premières semaines. Ceci rejoint les recommandations du *Guide de bonnes pratiques à l'usage des professionnels* établi par le Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne.

D'autres part, rappelons que la neuvième des Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel recommande de « ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette » (7,15,21).

Bien que des études aillent dans le même sens que les recommandations, en suggérant que l'usage de tétines est associé à un sevrage plus précoce de l'allaitement maternel, l'une d'entre elles est arrivée à la conclusion que pour les mères qui sont motivées à allaiter leur enfant, l'utilisation de tétines avant ou une fois l'allaitement établi, n'affecte pas significativement la prévalence ou la durée de l'allaitement maternel exclusif ou partiel jusqu'à l'âge de quatre mois (22–24).

e. Information et traçabilité

La quasi-totalité des sages-femmes déclare informer systématiquement la mère avant d'administrer un complément de lait artificiel à son enfant. Ceci reste une déclaration et il n'existe pas de preuve de cette information. Il serait intéressant de réaliser une étude auprès des mères dont les enfants ont eu des compléments de lait artificiel en maternité, afin de voir dans quelle mesure cette information leur a été délivrée. La mère a-t-elle été informée de la raison pour laquelle un complément a été administré à son enfant ? A-t-elle été informée des bénéfices et des risques de cette action ? A-t-elle pu participer à la prise de décision ?

L'article L. 1111-2 de la loi du 4 mars 2002, rappelle que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». « Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ». « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables » (25).

Cependant, du point de vue de la santé publique, l'information en santé peut parfois sembler contredire la liberté individuelle. Le fait d'apporter une information complète nécessite de communiquer sur les bénéfices, mais également sur les risques d'une action, et peut avoir un effet culpabilisant sur le patient. Une sage-femme a d'ailleurs exprimé cette idée à l'égard de notre étude par la remarque suivante : « Arrêtons de culpabiliser les mères qui n'allaitent pas ou qui font « mixte » ».

Il est important de respecter dans la mesure du possible certains « principes éthiques », tels que : « ne pas imposer une norme sociale », « ne pas informer sur les risques sans proposer des solutions », « soutenir et accompagner le changement », « ne pas culpabiliser ».

Ceci est d'autant plus important dans la période du post-partum, où les jeunes mères sont en apprentissage, notamment de l'allaitement maternel et perdent rapidement confiance en elles-mêmes (26).

Dans les « Recommandations pour le don de compléments en maternité », l'Academy of Breastfeeding Medicine », rappelle que tous les dons de compléments en maternité devraient être retranscrits dans le dossier du nouveau-né, en précisant le type de complément, le volume administré, le moyen utilisé, ainsi que la raison médicale ou non de ce complément.

Plus de 80% des sages-femmes ayant répondu à la question déclarent tracer systématiquement l'administration d'un complément de lait artificiel dans le dossier du nouveau-né. Parmi celles qui ne le notent pas, ou pas systématiquement dans le dossier du nouveau-né, environ 70% déclarent le faire apparaître sur un autre document. Cependant, nous nous basons sur les déclarations des sages-femmes, mais une étude de dossiers permettrait là encore de vérifier si ceci est effectivement respecté dans la pratique (14).

f. Conséquences des compléments de lait artificiel sur l'allaitement maternel

Si des recommandations ont été établies pour encadrer l'usage des compléments de lait artificiel chez les nouveau-nés allaités, c'est bien parce que des conséquences peuvent découler de cette pratique et interférer avec la mise en place d'un allaitement maternel optimal.

L'ensemble des propositions de notre questionnaire étaient des conséquences possibles, ainsi pour considérer les connaissances comme complètes nous attendions que les sages-femmes nous donnent les neuf réponses. Le score obtenu par les sages-femmes pour cette question correspond au nombre de réponses qu'elles ont donné.

La moyenne de réponses justes est 4,6.

Nous pourrions arbitrairement considérer ces connaissances comme « suffisantes » pour un score supérieur ou égal à 7. Cette situation concerne 16,2% des sages-femmes de notre étude. Seules 2,3% d'entre elles ont donné l'ensemble des neuf réponses attendues.

La conséquence qui paraît la plus évidente pour les sages-femmes (80,2%), est la « diminution de la fréquence de l'allaitement maternel et de la stimulation du mamelon ». Elles sont conscientes à environ 67%, que les compléments de lait artificiel peuvent être responsables d'un « arrêt précoce de l'allaitement maternel ».

Au contraire, seules 5,8% des sages-femmes pensent que cette pratique peut être à l'origine d'une « augmentation du risque d'infection ». En effet, les compléments sont susceptibles d'entraîner une altération de la flore intestinale et d'augmenter le risque infectieux, surtout si les conditions d'hygiène ne sont pas respectées (14).

3. Validation des hypothèses

Les différents stages effectués en maternité nous ont apporté un aperçu des pratiques et nous ont montré qu'il n'est pas toujours évident de respecter les recommandations au quotidien, par manque de temps ou de personnel, par exemple.

Ce travail nous a permis d'atteindre notre objectif et de confirmer nos hypothèses de départ. L'usage des compléments de lait artificiel semble être une pratique répandue au sein de la population des sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin, avec des variations, notamment en fonction du type de maternité dans laquelle exercent les sages-femmes.

Bien que les pratiques des sages-femmes semblent en accord avec les recommandations sur certains points, tels que l'information de la mère ou la traçabilité des dons de compléments de lait artificiel, des divergences ont pu être mises en évidence sur d'autres points.

Ceci est notamment le cas pour les raisons qui amènent les sages-femmes à administrer des compléments de lait artificiel à des nouveau-nés sains et allaités en maternité. En effet, parmi les trois raisons les plus fréquemment citées, une seule correspond à une indication médicale de compléments. De plus, il n'existe le plus souvent pas de prescription médicale pédiatrique à l'origine de ces dons de compléments.

Il est incontestable que les sages-femmes possèdent des connaissances sur le sujet. Cependant, nous avons pu voir à travers notre étude que celles-ci ne sont pas complètes. Il apparaît que la distinction entre les indications médicales réelles et les « fausses » indications de compléments ne soit pas évidente.

De plus, les sages-femmes n'ont, pour la majorité pas conscience de l'ensemble des conséquences négatives qui peuvent découler de cette pratique.

Le but de notre travail n'est pas de remettre en question les compétences des sages-femmes, mais de leur permettre de mener une réflexion autour de leurs pratiques. Il nous semble essentiel de valoriser les compétences de notre profession, afin de nous donner les moyens d'accompagner de la manière la plus optimale qui soit, les jeunes mères dans leur choix.

Comme le rappelle le Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes, notre rôle dans la mise en place de l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel, passe par les conseils, la prévention des complications et avant tout l'écoute de la mère (16).

L'introduction dans les services d'un protocole basé sur les recommandations qui existent à ce jour, auquel les sages-femmes et l'ensemble des équipes puissent se référer, permettrait

probablement de faciliter l'évaluation de la situation et de limiter le nombre de compléments de lait artificiel administrés à mauvais escient.

III. Ouverture

Malgré plusieurs années de recommandations visant à promouvoir l'allaitement maternel exclusif, les pratiques ne semblent pas les refléter ou en partie seulement. Au-delà du fait que ces recommandations ne sont pas connues de l'ensemble des sages-femmes, cela suggérerait-il qu'il y aurait des bénéfices perçus à l'utilisation des compléments de lait artificiel chez des nouveau-nés sains et allaités en maternité ?

Des études qualitatives réalisées au Royaume-Uni rapportent que, malgré leurs connaissances des politiques qui encouragent l'allaitement maternel exclusif, certaines sages-femmes pensent que l'apport occasionnel d'un complément de lait artificiel en maternité permettrait à la mère de se reposer et d'être plus à même de continuer plus longtemps à allaiter son enfant (27).

Nous retrouvons cette idée dans les remarques suivantes, laissées par les sages-femmes à l'issue du questionnaire : « donner ponctuellement un complément pour repartir sur de bonnes bases peut être plus bénéfique que s'acharner quand la maman est épuisée » ; « dans les cas de fatigue maternelle et à la demande de la patiente, un complément peut aider à renforcer leur envie de poursuivre l'allaitement » ; « une maman épuisée ne pourra pas produire suffisamment de lait et risque d'arrêter l'allaitement ».

Il semble en effet démesuré de tenir pour seul responsable d'un arrêt précoce de l'allaitement maternel, l'apport ponctuel d'un complément de lait artificiel au cours du séjour en maternité. Cependant, nous pourrions émettre l'hypothèse qu'une mère à qui on aurait proposé de donner un complément de lait artificiel à son nouveau-né durant les premiers jours, serait plus susceptible de reproduire ce geste à domicile.

Bien que l'usage non adapté des compléments en maternité soit associé de manière négative à un sevrage plus précoce de l'allaitement maternel, nous savons que d'autres phénomènes y contribuent. L'observance par les professionnels de santé d'un certain nombre de pratiques recommandées en maternité par l'IHAB, est associée à une réduction du risque d'arrêt d'allaitement maternel durant les six premiers mois de vie de l'enfant. En plus de l'éviction des apports autres que le lait maternel et de l'éviction de la tétine, il convient de favoriser la tétée dans la première heure de vie en peau-à-peau, ainsi que la cohabitation permanente de la mère

et de l'enfant (23).

De plus, nous avons également évoqué le fait que l'administration de compléments de lait artificiel n'est pas forcément la cause directe d'un allaitement maternel plus court, mais peut aussi être le signe de difficultés lors de la mise en place de l'allaitement maternel.

Les premiers jours en maternité constituent le point de départ de l'allaitement maternel, qui va nécessiter un accompagnement adapté de la part des professionnels de santé. Les séjours en maternité sont actuellement de plus en plus courts, généralement deux à trois jours suite à un accouchement par voie basse, lorsque les suites de couches se déroulent de manière physiologique. Ainsi, la poursuite du suivi après le retour à domicile s'avère indispensable et peut faire appel aux services de différents professionnels tels que les sages-femmes libérales, les puéricultrices ou sages-femmes de PMI, les conseillères en lactation ou encore les médecins traitants (15).

Cette nécessité a très bien été exprimée par une des sages-femmes de notre étude, pour qui « la réussite dépend d'un bon encadrement de la jeune maman, tant dans la qualité que dans la durée », avec « une équipe cohérente, persévérante et des consultations post-natales immédiates et rapprochées dans les 15 jours à 3 semaines ». Elle précise que les « compléments peuvent ainsi être évités mais ne doivent cependant pas être ignorés en cas de besoin ».

Cette réflexion pourrait nous amener à une nouvelle question, qui serait d'évaluer l'influence du suivi de retour à domicile sur l'exclusivité de l'allaitement maternel.

CONCLUSION

Bien que nos observations ne puissent être généralisées à l'ensemble de la profession de sage-femme, nous avons mis en évidence à travers notre étude, des pratiques qui ne sont pas toutes en accord avec les recommandations d'utilisation des compléments à l'allaitement maternel. Différentes études retrouvées dans la littérature viennent conforter nos résultats : au-delà du fait que cette pratique soit fréquente en maternité, dans de nombreux cas d'administration de compléments de lait artificiel à un nouveau-né allaité, il n'y a pas de réelle indication médicale. Ces constatations peuvent trouver une explication dans le fait qu'environ la moitié des sages-femmes déclare ne pas connaître l'existence de recommandations sur le sujet. Nous avons en particulier constaté des connaissances incomplètes en matière d'indications médicales de compléments et de conséquences possibles lors d'un usage non adapté.

Il nous semble nécessaire d'uniformiser les pratiques et de donner les moyens, à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la mise en place de l'allaitement en maternité, d'accompagner au mieux les jeunes mères dans les premiers jours de l'enfant. La diffusion d'un protocole, basé sur les recommandations existantes, permettrait aux professionnels d'avoir un support auquel se référer pour adopter une conduite à tenir adaptée à chaque situation.

Cependant, la réussite de l'allaitement maternel, qui est une notion variable d'une mère à une autre, n'est pas uniquement fonction de la prise en charge des premiers jours.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Alimentation au sein exclusive pendant 6 mois pour les nourrissons du monde entier. [En ligne]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/fr/
Consulté le 20 octobre 2016
2. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013). Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2014;(27):450-7.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. [En ligne]. 2002. (Recommandations). Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
Consulté le 16 février 2016
4. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012;129(3):e827-41.
5. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de Pédiatrie. 2013;(20):29-48.
6. Loras-Duclaux I. Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2001;14(1):41-8.
7. Organisation mondiale de la santé. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement [En ligne]. 1999. Disponible sur: <http://www.who.int/en/>
Consulté le 9 février 2016
8. L'initiative Hôpitaux amis des bébés, UNICEF. Les 12 recommandations. [En ligne]. 2016. Disponible sur: <http://www.unicef.org>
Consulté le 17 novembre 2016
9. Cordoliani M. Initiative hôpital ami des bébés, la France en retard. Vocation Sage-femme. 2016;15(118):28-31.
10. Bigot S, Lionnet C, Perrotin F, Saliba E. Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités. Archives de Pédiatrie. 2012;19:1282-8.
11. Pluvinage C. Etat des lieux du recours aux compléments de lait artificiel chez les nouveau-nés allaités, à la maternité de Chambéry. Gynécologie et obstétrique. 2015. <dumas-01240391>
12. Gremmo-Feger G. A propos des données médicales de l'IHAB: Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité?. [En ligne]. 2007. Disponible sur: <http://www.co-naitre.net>
Consulté le 9 février 2016
13. F. Noirhomme-Renard, Q. Noirhomme. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois: une revue de la littérature. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2009;(22):112-20.

14. Wight NE, Cordes R. ABM Clinical Protocol # 3 : Hospital Guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate. *Breastfeed Med.* 2009;4(3):175-82.
15. Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne. Allaitement maternel - Guide de bonnes pratiques à l'usage des professionnels. [En ligne]. 2010 [cité 28 juin 2016]. Disponible sur: <http://reseaux-sante-ca.org>
Consulté le 28 juin 2016
16. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes; Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. [En ligne]. 2010. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.f>
Consulté le 21 septembre 2016
17. Organisation mondiale de la Santé, UNICEF. Formulaire d'auto-évaluation pour les services de maternité et de néonatalogie. [En ligne]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr>
Consulté le 5 mars 2017
18. Initiative Hôpital Amis des Bébé - France. Documents IHAB. [En ligne]. [Disponible sur: <https://www.amis-des-bebes.fr>
Consulté le 6 mars 2017
19. Duyên Mazurier E. Où en sommes-nous de la condition n°6 "Ne donner aux nourrissons aucun aliment, aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale"? Enquête menée au sein de la maternité du CHRU de Montpellier. Travail réalisé dans le cadre de la formation "Pratique du consultant IBCLC et préparation à l'examen international IBLCE" CREFAM. Montpellier; 2008, 22p
20. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed. *J Pediatr.* 2014;164(6):1339-45.e5.
21. Pilliot M. Allaitement en maternité : les clefs pour réussir [En ligne]. Disponible sur: <http://amis-des-bebes.fr>
Consulté le 9 février 2016
22. Agboado G, Michel E, Jackson E, Verma A. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. *BMC Pediatrics.* 2010;10:3.
23. Callendret M, Gelbert-Baudino N, Raskovalova T, Piskunov D, Schelstraëte C, Durand M, et al. Observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie. *Archives de Pédiatrie.* 2015;22(9):924-31.
24. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011; Issue 3. Art. No.: CD007202. [En ligne]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007202.pub2>
Consulté le 19 août 2016

25. Legifrance. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne]. 2002. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
Consulté le 8 mars 2016
26. INPES. Quelques principes adoptés par la communication en santé publique. [En ligne]. 2012. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/campagne-communication/principes-sante-publique.asp>
Consulté le 8 mars 2017
27. Remington T., Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014, Issue 11. Art. No.: CD006462. [En ligne]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006462.pub3/abstract>
Consulté le 21 juin 2016

ANNEXES

ANNEXE I

Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Source : Organisation Mondiale de la Santé. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement [En ligne]. 1999. Disponible sur: <http://www.who.int/en/>

ANNEXE II

<u>Titre</u>	<u>Auteur</u>	<u>Date</u>	<u>Objectif</u>	<u>Méthode</u>	<u>Conclusions</u>
Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants	Becker GE ; Remington T	2014	Evaluer les bénéfices et préjudices de l'addition d'aliments et fluides, sur les enfants sains, à terme et allaités	Revue de la littérature	<p>Association entre supplémentation et durée plus courte d'allaitement (baisse de production par baisse de retrait de lait du sein).</p> <p>Croyance de certaines sages-femmes qu'un complément occasionnel de lait artificiel permet à la mère de se reposer et de continuer plus longtemps l'allaitement maternel.</p> <p>Effets sur la morbidité et mortalité infantile : complément mal préparé, contamination du complément ou du matériel, moins d'anticorps transmis au nouveau-né</p> <p>Plusieurs années de recommandations d'allaitement maternel exclusif, mais les pratiques ne les reflètent pas (bénéfices perçus pour les compléments ?)</p>
In-Hospital Formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed	Caroline J Chantry; Kathryn G. Dewey; PhD et al.	2014	Évaluer l'utilisation des compléments de lait artificiel auprès des primipares souhaitant allaiter exclusivement, et déterminer s'ils diminuent la durée d'allaitement maternel	Etude de cohorte longitudinale évaluant les barrières au succès de l'allaitement maternel dans une population multi-ethnique de primipares ; centre médical de Californie	<p>Les nouveau-nés qui ont reçus des compléments de lait artificiel sont plus susceptibles de ne pas être allaités exclusivement entre J30 et J60, et de ne plus être allaités à J60 que ceux allaités exclusivement en maternité</p> <p>Causes les plus fréquentes de compléments : perception de peu de lait maternel, signes de prise inadéquate, comportement du nouveau-né non adapté à l'allaitement maternel, séparation mère-enfant, autres (psychologique, douleurs, incapacité ou traitement maternel)</p> <p>Augmentation du risque d'allaitement maternel non exclusif entre J30 et J60 pour presque toutes les raisons de compléments ; plus important quand les compléments sont donnés par biberons que par des méthodes alternatives</p> <p>Compléments = marqueur de difficultés d'allaitement maternel</p>

Effect of Maternity-Care Practices on Breastfeeding	A. M. DiGirolamo; L. M. Grummer-Strawn ; S. B. Fein	2008	Évaluer l'impact des pratiques amis des bébés et autres pratiques obstétricales sur la durée de l'AM	Analyse de l'étude Infant Feeding Practices Study II	4 pratiques montrent une protection significative contre l'arrêt de l'allaitement maternel : allaitement maternel débuté dans l'heure qui suit la naissance ; ne donner que du lait maternel ; allaiter à la demande ; de pas donner de lait artificiel
Recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités	S. Bigot ; C. Lionnet ; F. Perrotin et al.	2011	Evaluation des pratiques concernant le recours aux compléments chez les nouveau-nés allaités	Etude descriptive et prospective incluant des nouveau-nés allaités, en bonne santé, à la maternité du CHU de Tours	<p>Plus d'allaitement maternel exclusif à la sortie de maternité dans le groupe sans compléments et durée de séjour plus longue pour le groupe avec compléments.</p> <p>Compléments sans indication médicale dans 30% des cas.</p> <p>Principales indications de compléments : perte de poids, faim du nouveau-né, hypoglycémie, difficultés à téter au sein</p>
Pacifier use versus no pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding	S. H. Jaafar ; S. Jahanfar ; M. Angolkar et al.	2011	Evaluation des effets de l'utilisation de tétine chez les nouveau-nés à terme avec un allaitement maternel exclusif souhaité, sur la durée de l'allaitement maternel, les autres résultats et la santé de l'enfant	Revue de la littérature	L'utilisation de tétines chez des nouveau-né à terme et allaité, dès la naissance ou une fois la lactation établie, n'a pas d'effets significatifs sur la prévalence ou la durée d'AM exclusif ou partiel à l'âge de 4 mois.

Observance des pratiques professionnelles recommandées en maternité et réduction du risque de sevrage de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie	M. Callendret ; N. Gelbert-Baudino ; T. Raskovalova et al.	2014	Tester si un nombre croissant de pratiques recommandées par l'IHAB est associé à une réduction du risque de sevrage de l'AM dans les 6 premiers mois de vie	Analyse à posteriori d'une étude de cohorte prospective conduite dans 8 centres en France	<p>Pratiques professionnelles qui jouent un rôle important dans la mise en place de l'allaitement maternel et sa continuité : tétée précoce en peau-à-peau, cohabitation mère-enfant 24h/24, éviction de la tétine, éviction de toutes autres substances que le lait maternel (don de compléments), sauf si indication médicale durant le séjour</p> <p>Accumulation des pratiques professionnelles en maternité, plutôt que chaque pratique séparée, qui influence la durée de l'AM</p> <p>Eviction de tétines et autres apports que le lait maternel est associé à un risque instantané de sevrage significativement réduit.</p>
Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire	Agboado G. ; Michel E. ; Jackson E. et al.	2010	Etude à partir des données concernant les mères ayant accouché au Royal Blackburn Hospital (Royaume-Uni) et ayant débuté l'allaitement maternel à la maternité	Mise en évidence des effets des facteurs sociodémographiques et obstétricaux maternels, ainsi que des pratiques d'alimentation du nouveau-né en maternité sur l'arrêt de l'allaitement maternel	<p>Tétines et lait artificiel aux nouveau-nés à la maternité, significativement associé à la durée d'AM</p> <p>Durée d'allaitement maternel varie selon les raisons de donner du lait artificiel : après information éclairée les durées sont les plus courtes, pour raisons médicales l'allaitement maternel est plus long</p> <p>Les mères qui ont donné du lait artificiel durant l'hospitalisation seraient 56% plus susceptibles d'arrêter l'allaitement maternel par rapport à celles qui n'en ont pas donné</p>
Etat des lieux du recours aux compléments à la maternité chez les nouveau-nés allaités, à la maternité de Chambéry	Célia Pluvinage	2015	Etude descriptive et prospective incluant des nouveau-nés allaités, en bonne santé, à terme et singletons à la maternité de Chambéry	Etat des lieux du recours aux compléments de préparations pour nourrissons, en déterminant la prévalence de nouveau-nés complétés à la maternité de Chambéry et les motifs de ces dons	<p>44 nouveau-nés sur 206 inclus ont reçu un ou plusieurs compléments (21%)</p> <p>41% complétés sur prescription médicale (chute de poids > 10%, hypoglycémie néonatale)</p> <p>Plupart des compléments donnés sans indication médicale et non conformément aux recommandations</p>

ANNEXE III

Les compléments de lait artificiel en maternité

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Strasbourg, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les pratiques et connaissances des sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin, concernant l'usage des compléments de lait artificiel, dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif souhaité en maternité.

Afin de réaliser l'enquête la plus complète possible, je me permets de vous solliciter en vous proposant de répondre au questionnaire ci-dessous.

Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est d'environ 5 à 10 minutes et les données recueillies seront traitées de manière anonyme.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous consacrerez à cette étude.

Mélanie DAUL

Renseignements généraux

1. Êtes-vous :

Un homme

Une femme

2. Quel est votre âge ?

3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

4. Depuis combien d'années exercez-vous en milieu hospitalier ?.....

5. Dans quel secteur exercez-vous ?

Public

Privé

6. Dans quel type de maternité exercez-vous ?

Type I

Type IIA

Type IIB

Type III

7. Celle-ci possède-t-elle le label Hôpital Ami des Bébés ?

- Oui
- Non

8. Dans quels services êtes-vous amené à exercer ? Plusieurs réponses possibles si vous effectuez des rotations entre différents services.

- Salle de naissance
- Suites de couches
- Consultations ou surveillance intensive de grossesse
- Échographie
- Aide Médicale à la procréation

Si vous exercez uniquement dans les services d'échographie, d'aide médicale à la procréation, de consultations ou de surveillance intensive de grossesse, le questionnaire prend fin ici pour vous. Merci pour votre participation.

9. Dans quel service exercez-vous le plus souvent ?

- Salle de naissance
- Suites de couches
- Consultations ou surveillance intensive de grossesse
- Échographie
- Aide Médicale à la procréation

Pratique

1. Au cours de votre pratique professionnelle, êtes-vous amené à recourir à des compléments de lait artificiel :

- Moins d'une fois par mois
- Environ une fois par mois
- Environ une fois par semaine
- Plus d'une fois par semaine

2. Quelles sont les trois raisons principales pour lesquelles vous administrez des compléments de lait artificiel à un nouveau-né à terme, sain et allaité en maternité ? Numérotez par ordre de fréquence.

..... Fatigue maternelle

..... Tétées très douloureuses

..... Systématiquement chez un nouveau-né à risque d'hypoglycémie

..... Pathologie ou traitement maternel contre-indiquant l'allaitement

..... Insuffisance de lait documentée

..... Faible nombre de tétées au cours des 24-48 premières heures chez un nouveau-né ne présentant aucun signe clinique anormal

..... Selles rares ou encore méconiales à J5

..... Décision maternelle éclairée

..... Nouveau-né agité ou semblant vouloir téter en permanence

..... Séparation mère-enfant

..... Retard à l'installation de la lactation

..... Perte de poids >7-10% chez un nouveau-né non déshydraté ni ictérique et qui tète correctement

3. Lorsque vous administrez un complément de lait artificiel à un nouveau-né à terme, sain et allaité en maternité, le faites-vous sur prescription pédiatrique ?

Toujours

Souvent

Rarement

Jamais

4. Lorsque vous administrez un complément de lait artificiel à un nouveau-né à terme, sain et allaité en maternité, en informez-vous toujours la mère avant ?

Toujours

Souvent

Rarement

Jamais

5. Lorsque ceci est nécessaire, quel moyen utilisez-vous le plus souvent pour administrer un complément de lait artificiel à un nouveau-né à terme, sain et allaité en maternité ?

- DAL (Dispositif d'Aide à la Lactation) au doigt ou au sein
- Tasse
- Seringue
- Cuillère
- Biberon
- Autre :

6. Lorsque vous administrez un complément de lait artificiel à un nouveau-né allaité, le notez-vous systématiquement dans le dossier de l'enfant ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

7. Si vous ne le notez pas dans le dossier de l'enfant, le faites-vous apparaître sur un autre document ? Si oui, lequel ?

- Oui :
- Non

8. Dans votre service, existe-t-il un protocole d'utilisation des compléments de lait artificiel chez les nouveau-nés allaités ?

- Oui
- Non

9. Depuis l'obtention de votre diplôme d'état de sage-femme, avez-vous participé à des formations sur l'allaitement maternel ? Si oui, laquelle ou lesquelles ?

- Oui :
- Non

10. Si la réponse à la question précédente est « oui », ces formations ont-elles été organisées par la maternité ou y avez-vous participé de votre propre initiative ?

- Proposé par la maternité
- Initiative personnelle

11. Possédez-vous un Diplôme Inter-Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel » ? Si oui, en quelle année l'avez-vous obtenu ?

Oui :.....

Non

Connaissances

1. Avez-vous connaissance de l'existence de recommandations concernant l'utilisation de compléments de lait artificiel en maternité, chez un nouveau-né à terme, sain et allaité ?

Oui

Non

2. Dans quelles situations pensez-vous qu'il soit médicalement indiqué de donner des compléments de lait artificiel à un nouveau-né à terme, sain et allaité en maternité? Plusieurs réponses attendues.

Fatigue maternelle

Tétées très douloureuses

Systématiquement chez un nouveau-né à risque d'hypoglycémie

Pathologie ou traitement maternel contre-indiquant l'allaitement

Insuffisance de lait documentée

Faible nombre de tétées au cours des 24-48 premières heures chez un nouveau-né ne présentant aucun signe clinique anormal

Selles rares ou encore méconiales à J5

Décision maternelle éclairée

Nouveau-né agité ou semblant vouloir téter en permanence

Séparation mère-enfant

Retard à l'installation de la lactation

Perte de poids >7-10% chez un nouveau-né non déshydraté ni ictérique et qui tète correctement

3. Parmi les moyens à votre disposition pour donner un complément de lait artificiel à un nouveau-né allaité, lequel vous semble le plus délétère au bon déroulement de l'allaitement maternel ?

- DAL (dispositif d'aide à la lactation) au doigt ou au sein
- Tasse
- Seringue
- Cuillère
- Biberon

4. Selon vous, quelles conséquences peuvent découler de l'usage de compléments de lait artificiel chez un nouveau-né à terme, sain et allaité en maternité ? Plusieurs réponses attendues.

- Augmentation du risque d'infection
- L'utilisation du biberon peut nuire à la tétée
- Diminution de la fréquence de l'allaitement et de la stimulation du mamelon
- Diminution de la quantité de lait maternel produit
- Augmentation du risque d'engorgement à court terme
- Retard de montée de lait
- Diminution de la production lactée à long terme
- Arrêt précoce de l'allaitement maternel
- Possible obstacle à l'instauration d'un lien mère-enfant optimal

Opinion personnelle

Avez-vous des remarques ou suggestions ?

.....

.....

.....

.....

ANNEXE IV

Remarques des sages-femmes

- « Tout est une question de fréquence. Donner ponctuellement un complément pour repartir sur de bonnes bases peut être plus bénéfique que s'acharner quand la maman est épuisée. »
- « La réussite dépend d'un bon encadrement de la jeune maman, tant dans la qualité que dans la durée. Une équipe cohérente, persévérante et des consultations post-natales immédiates et rapprochées dans les 15 jours à 3 semaines sont la clé de la poursuite de l'allaitement. Les compléments peuvent ainsi être évités mais ne doivent cependant pas être ignorés en cas de besoin. Faire preuve d'empathie et de tolérance avec une bonne connaissance des besoins du nouveau-né. »
- « L'allaitement maternel paraît évidemment le mode d'alimentation idéal du nourrisson et est donc à soutenir et accompagner le mieux possible tout en respectant le choix, les hésitations, les changements d'avis des parents. Un complément donné à bon escient ne met pas en péril un allaitement maternel. »
- « Dans les cas de fatigue maternelle et à la demande de la patiente, un complément peut aider à renforcer leur envie de poursuivre l'allaitement. »
- « Patientes mal informées sur l'allaitement : douloureux »
- « Des compléments de lait sont parfois nécessaires avec parcimonie. Toute exagération peut entraîner une difficulté à l'allaitement. »
- « Il est clair qu'il faut éviter les compléments, mais une maman qui a allaité son bébé toutes les heures et qui est fatiguée je n'hésite pas à donner un complément et garder le bébé afin qu'elle puisse se reposer. Je suis persuadée qu'une maman épuisée ne pourra pas produire suffisamment de lait et risque d'arrêter l'allaitement. »
- « L'administration d'un complément de lait artificiel est une décision au cas par cas. »
- « Si un bébé stimule de manière régulière les deux seins, lui donner un ou deux compléments ne mettra pas en péril l'allaitement. L'allaitement dépend pour beaucoup de la détermination de la maman. »
- « Arrêtons de culpabiliser les mères qui n'allaitent pas ou qui font « mixte ». »
- « Avant de donner un complément on observe la tétée en mettant le bébé en bonne position de rassurance et on vérifie la bonne mise au sein. Même pour un enfant à risque d'hypoglycémie si les glycémies sont bonnes on ne donne pas de compléments, mais tétées par 3 heures et complément seulement si les dextro sont $<0,5\text{g/dl}$. »

- « Le complément donné avec un biberon est souvent considéré comme une « hérésie » mais le bébé doit avoir du plaisir en mangeant et je ne trouve pas que lui envoyer du lait dans la bouche avec une seringue ou une cuillère soit plaisant. Avec un biberon, il peut téter. »
- « Certains enfants sont obligés d'être complétés car leurs dextros sont bas et pas de lait maternel en stock aux premiers instants de vie. »
- « Théoriquement on ne devrait pas donner de lait artificiel au biberon mais plutôt à la tasse ou seringue. En pratique il s'avère qu'un bébé qui ne tète pas au sein ne va pas plus téter après la tasse ou la seringue, mais que le biberon l'aide à apprendre à téter. »

RÉSUMÉ :

Malgré la préconisation, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'un allaitement maternel exclusif jusqu'aux six mois de l'enfant, des études ont montré que le recours à des compléments, notamment de lait artificiel, est une pratique répandue en maternité. Les objectifs de notre travail étaient de réaliser un état des lieux de l'utilisation des compléments de lait artificiel par les sages-femmes hospitalières du Bas-Rhin, dans le cadre d'un allaitement maternel exclusif souhaité en maternité et de vérifier la correspondance aux recommandations de leurs pratiques et connaissances sur le sujet.

Nous avons pour cela réalisé une étude observationnelle descriptive transversale multicentrique, par l'intermédiaire d'un questionnaire construit sur la base des recommandations existant dans la littérature et distribué aux sages-femmes exerçant dans les maternités du Bas-Rhin. Notre population d'étude se composait de 293 sages-femmes.

Nous avons obtenu un taux de réponse de 32,8%. Près de 70% des sages-femmes déclarent administrer des compléments de lait artificiel environ une fois par semaine ou plus d'une fois par semaine. Un tiers (33,3%) d'entre elles ne le font jamais sur prescription pédiatrique. La majorité des sages-femmes (34,9%) a donné deux des indications médicales de compléments, sur les six que nous attendions.

En dehors du fait de proposer l'introduction dans les services de maternité d'un protocole encadrant l'utilisation des compléments de lait artificiel, il nous semblerait judicieux de nous pencher sur l'influence du suivi de retour à domicile sur l'exclusivité de l'allaitement maternel.

Mots clés : allaitement maternel exclusif, sage-femme, nouveau-né, recommandations