



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL
Processus - Évaluation

Juin 2006

SOMMAIRE

I.	PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	3
II.	PROCESSUS DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT	4
II.1.	Description.....	4
II.2.	Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse.....	5
II.3.	Phase 2 de démarrage de l'allaitement à la naissance	6
II.4.	Phase 3 d'installation de l'allaitement exclusif	7
II.5.	Phase 4 de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage	8
III.	CHEMIN CLINIQUE	9
III.1.	Définition.....	9
III.2.	Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse.....	10
III.3.	Phase 2 de démarrage de l'allaitement à la naissance	12
III.4.	Phase 3 d'installation de l'allaitement exclusif	14
III.5.	Phase 4 de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage	17
IV.	RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES	20
IV.1.	Références	20
IV.2.	Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse.....	20
IV.3.	Phase 2 de démarrage de l'allaitement à la naissance	22
IV.4.	Phase 3 d'installation de l'allaitement exclusif	25
IV.5.	Phase 4 de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage	27
V.	CRITERES D'EVALUATION	31
V.1.	Définition.....	31
V.2.	Critères professionnels.....	32
V.3.	Critères organisationnels.....	33
V.4.	Critères individuels	35
V.5.	Enquête auprès des (futurs) parents.....	39
VI.	AMELIORATION DE LA QUALITE	43
VI.1.	Ressources pour la promotion de l'allaitement	43
VI.2.	Démarche qualité	44
VI.3.	Projet d'amélioration de la qualité	46
	ANNEXES.....	47
I.	METHODE DE TRAVAIL	47
I.1.	Promoteurs	47
I.2.	Comité de pilotage	47
I.3.	Groupe de travail	47
I.4.	Recherche documentaire	48
I.5.	Grade des recommandations	49
II.	OBSERVATION D'UNE TETEE	50
III.	RESSOURCES POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	51
	REFERENCES.....	54

I. PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel favorise la croissance physique et affective de l'enfant, privilégie le lien mère-enfant, renforce l'immunité de l'enfant et réduit les coûts en lait artificiel et en soins (1). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF (*United Nations Children's Fund*) font la promotion de l'allaitement maternel avec la diffusion des « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel » (2), dans le cadre de l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » (IHAB) (3) ; le rôle crucial de l'allaitement est au cœur de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (4). De nombreux pays développent des stratégies globales de promotion de l'allaitement maternel ; les interventions les plus efficaces associent campagnes d'information, formation des professionnels, recours aux consultants en lactation, groupes de soutien de mères allaitantes, aménagement du monde du travail (5) (6) (7). Le soutien de l'allaitement maternel fait partie du Programme national nutrition santé¹ (8) ; il est intégré au plan de lutte contre l'augmentation de la prévalence de l'obésité infantile (9).

Pourtant les pratiques professionnelles en France sont très variables. L'enquête nationale périnatale 2003 constate la multiplicité des professionnels impliqués dans la surveillance de la grossesse et le suivi post-natal ; l'allaitement au sein en maternité a augmenté de 40 % à 55 % entre 1995 et 2003, mais avec une grande hétérogénéité selon les régions (10). Notre société a longtemps recommandé le lait artificiel. L'évolution des mentalités et la progression de l'allaitement maternel suivent lentement la progression des connaissances scientifiques sur ses bénéfices. Les professionnels sont peu formés à la physiologie de l'allaitement maternel et à son soutien. Les maternités n'en font pas toujours une priorité ; l'accent est mis sur les soins techniques immédiats à la naissance ; les séances d'information aux futurs parents sont parfois supprimées par manque de moyens. Le souhait d'une reprise rapide du poids de naissance lié au manque de confiance dans l'allaitement maternel conduisent à proposer des « compléments » de lait artificiel malgré un désir exprimé des parents d'allaitement maternel.

La démarche qualité autour du soutien de l'allaitement maternel concerne tous les professionnels impliqués en périnatalité, en particulier les sages-femmes, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture, les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres et les infirmières.

Ce guide d'évaluation peut être utilisé pour différentes actions d'amélioration de la pratique :

- formation sur les recommandations existantes pour chaque étape du processus de soutien de l'allaitement ;
- dossier de coordination entre les intervenants pour harmoniser les pratiques, en particulier au sein de réseau de périnatalité ;
- évaluation des pratiques professionnelles (11) individuelles, audit clinique sur une étape du processus (12), analyse d'événement indésirable (13) ;
- programme d'amélioration de la qualité, protocolisé et évalué (14).

La rédaction d'un dossier type structuré (chemin clinique) pour la coordination des intervenants s'appuie sur la description des différentes étapes du processus de soutien de l'allaitement, de la surveillance de la grossesse jusqu'au sevrage. Les recommandations professionnelles sont recherchées dans la littérature scientifique et déclinées en critères d'évaluation, afin de faciliter la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la qualité des soins. La méthode de travail est détaillée en annexe I.

¹ www.mangerbouger.fr

II. PROCESSUS DE SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT

II.1. Description

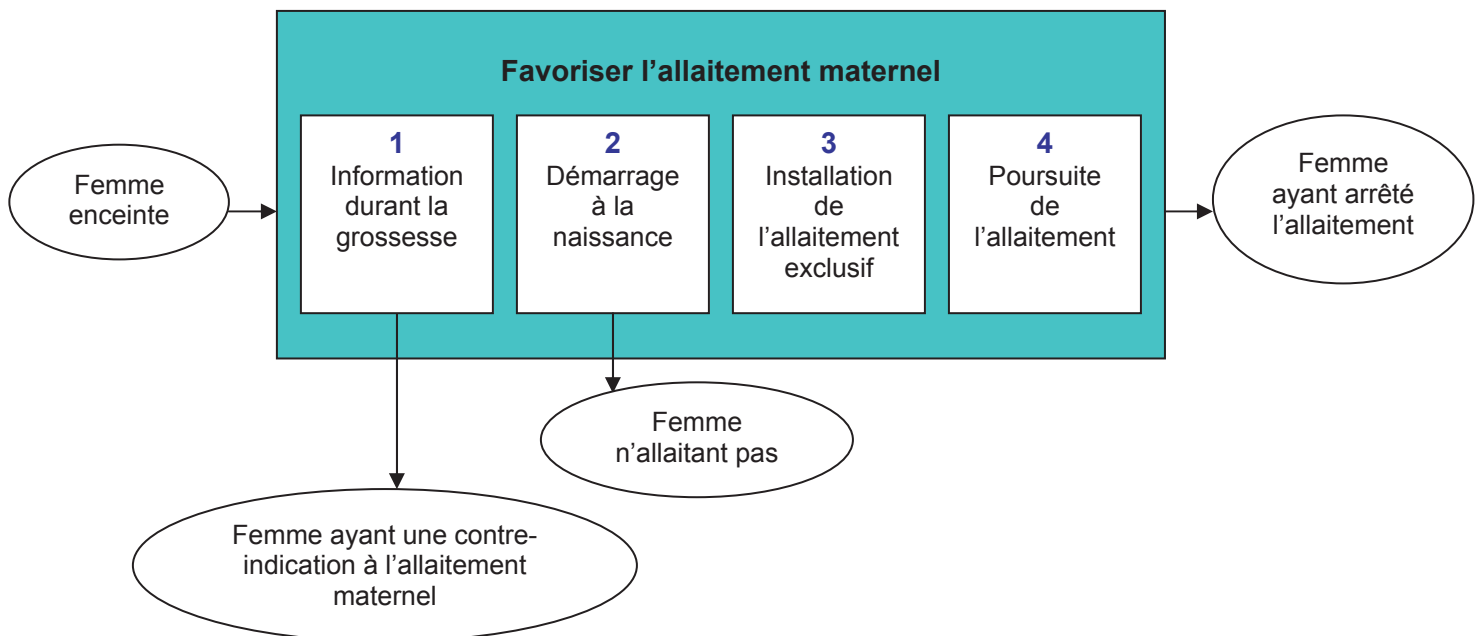
Chaque étape du processus de soutien de l'allaitement maternel correspond à une activité professionnelle individualisée à un moment clé d'intervention auprès des (futurs) parents et de leur enfant. La description proposée constitue une démarche générique, qui peut être modifiée en fonction de la pratique considérée ; elle sert de référence lors de la réflexion sur l'amélioration de la pratique.

Le processus est découpé en quatre phases :

- information sur l'allaitement durant la grossesse,
- démarrage de l'allaitement à la naissance,
- installation de l'allaitement exclusif,
- poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage.

La démarche est représentée sous forme graphique : un rectangle correspond à une étape de l'activité professionnelle ; un losange représente un « nœud de décision », c'est-à-dire un choix dans le déroulement des étapes. Son découpage en segments n'est donné qu'à titre d'exemple ; il peut varier en fonction des équipes pour tenir compte des spécificités d'organisation.

Figure 1 : Démarche de soutien de l'allaitement maternel

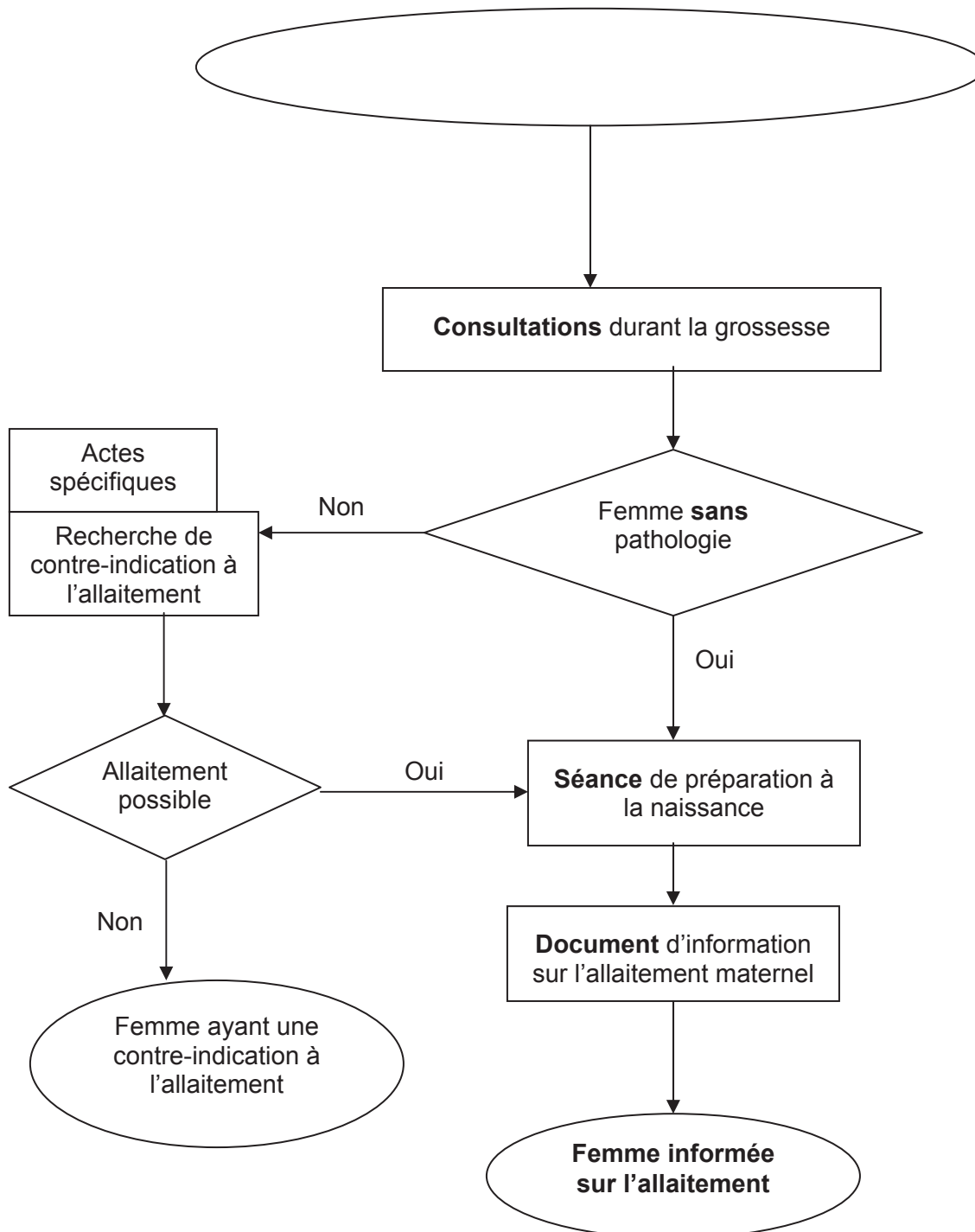


Seul le soutien de l'allaitement maternel a été considéré. Le suivi de la grossesse normale ou pathologique, la préparation à la naissance, la conduite de l'accouchement, les soins à la naissance ou la surveillance de la croissance de l'enfant ne sont abordés que pour ce qui est lié à l'allaitement maternel.

II.2. Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse

L'objectif est d'informer tous les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel, dans le respect de leur culture, afin d'aider leur décision sans imposer de choix. Cette phase est intégrée à la **préparation à la naissance et à la parentalité** (15), au mieux au sein d'un réseau de périnatalité.

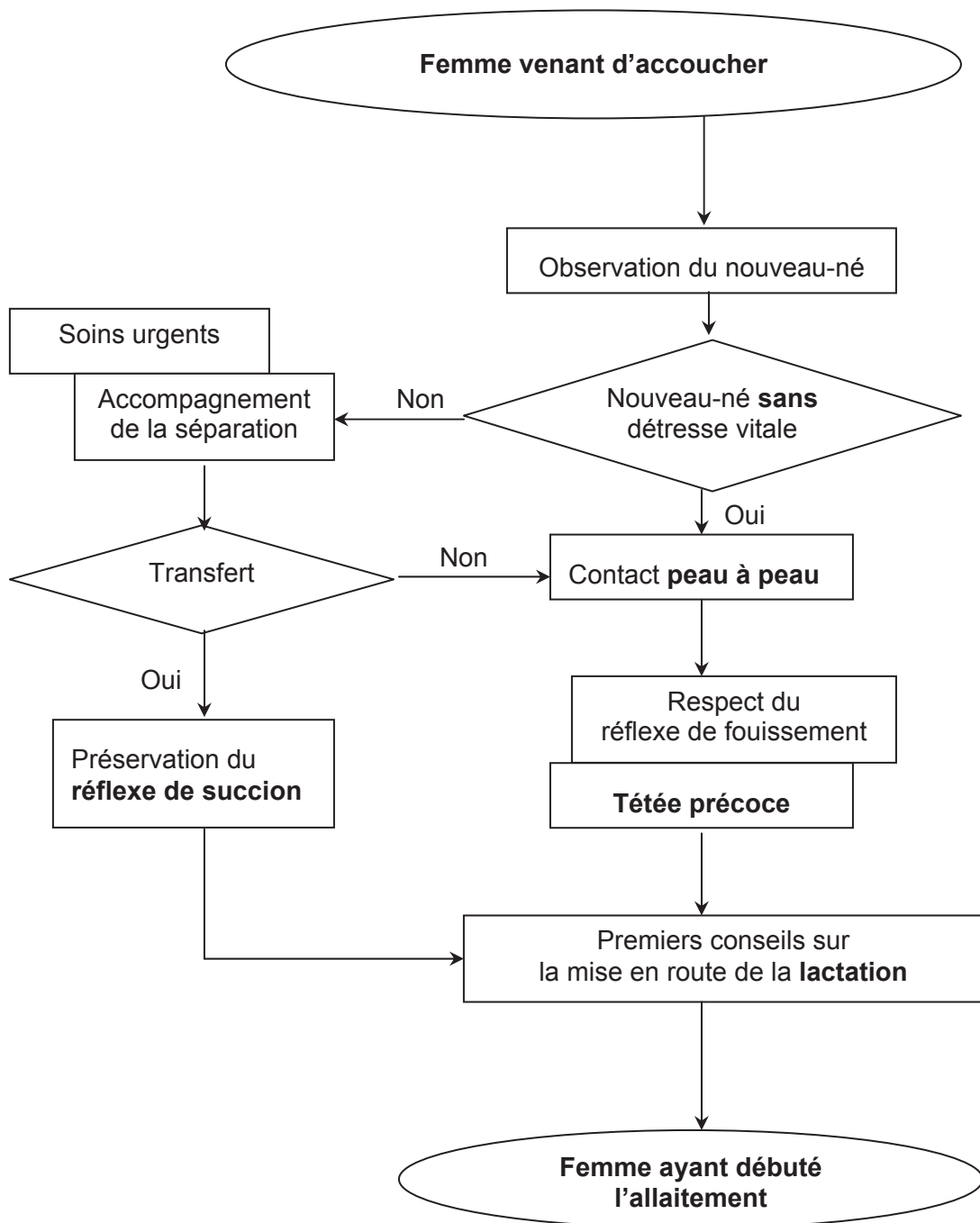
Figure 2 : Exemple de processus d'information sur l'allaitement durant la grossesse



II.3. Phase 2 de démarrage de l'allaitement à la naissance

L'objectif est de réunir les conditions favorables à un démarrage physiologique de l'allaitement. Ce processus est intégré aux **soins dispensés pendant l'accouchement et le *post-partum* immédiat** (16).

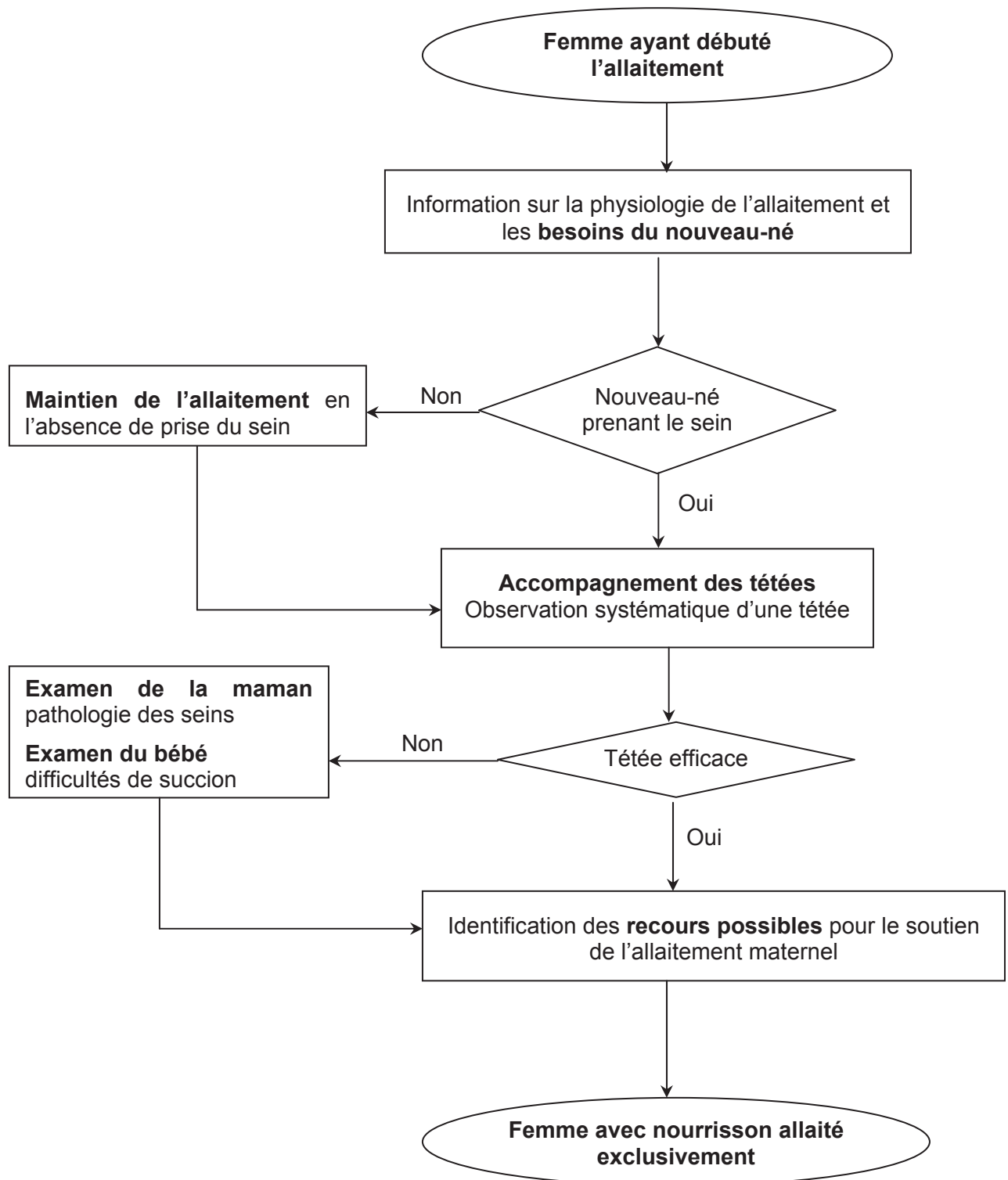
Figure 3 : Exemple de processus de démarrage de l'allaitement à la naissance



II.4. Phase 3 d'installation de l'allaitement exclusif

L'objectif est d'aider la femme avec son nouveau-né à installer un allaitement maternel exclusif, par un rappel de la **physiologie de l'allaitement** et des besoins du nouveau-né, l'observation de tétées et l'identification de recours possibles.

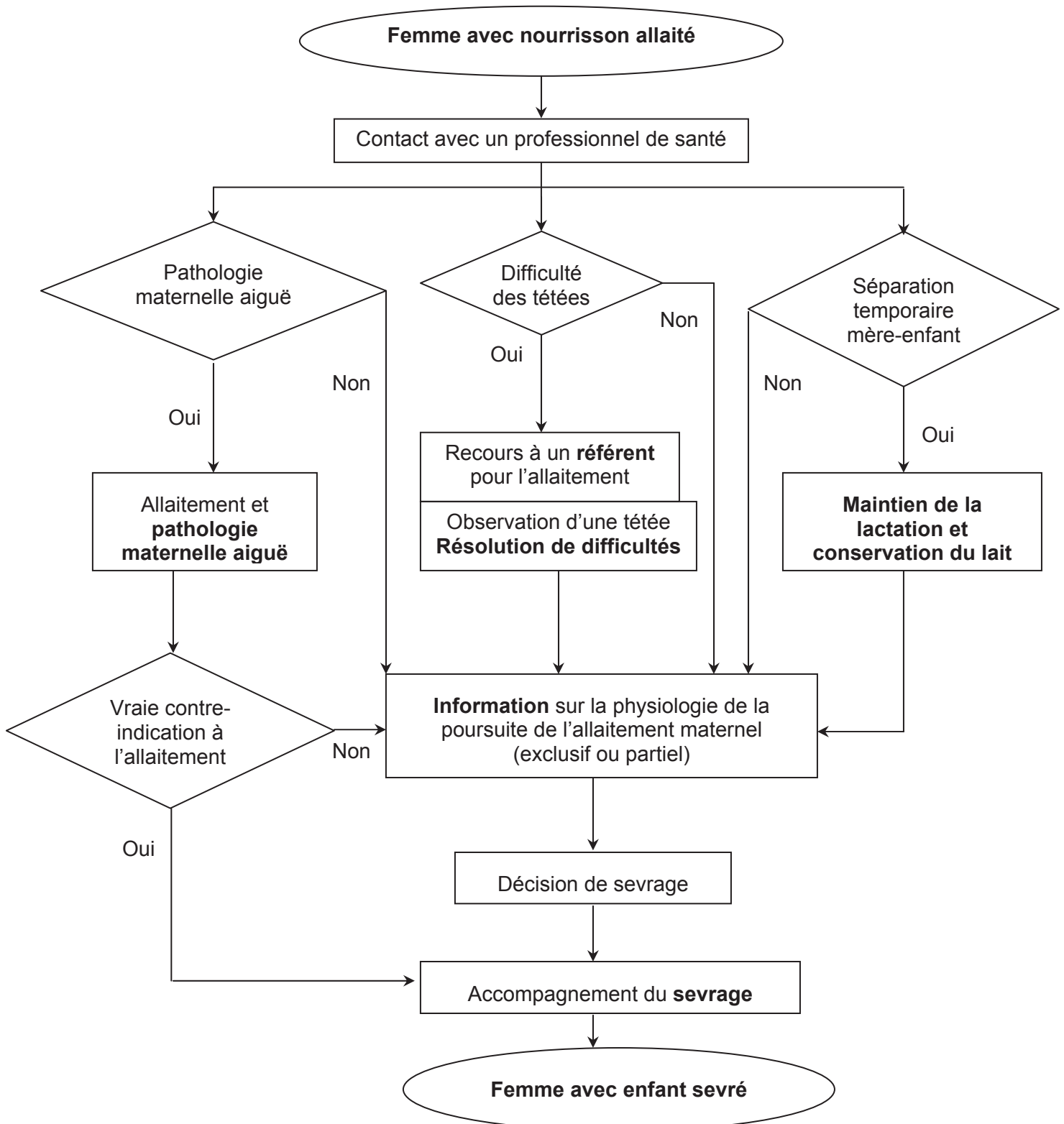
Figure 4 : Exemple de processus d'installation de l'allaitement exclusif



II.5. Phase 4 de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage

Les objectifs sont de dépister et d'aider à la **résolution d'éventuelles difficultés** (de tétée, pathologie maternelle ou séparation temporaire de la mère et de son enfant), puis d'accompagner la décision de sevrage.

Figure 5 : Exemple de processus de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage



III. CHEMIN CLINIQUE

III.1. Définition

Les objectifs du chemin clinique sont la simplification des interventions des professionnels, l'amélioration de l'efficacité des soins, la clarification et la simplification de l'information donnée aux patients, l'optimisation des ressources humaines et matérielles. Le chemin clinique peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral coordonné (17).

Le chemin clinique met en place le processus sous forme d'une **planification a priori** de l'ensemble des actes à réaliser pour le soutien de l'allaitement maternel ; il favorise le consensus de l'équipe sur la pratique professionnelle souhaitée. Il détermine un accompagnement optimal des familles à partir des recommandations professionnelles ; pour chaque étape sont décrits les objectifs cliniques, les objectifs patients et les résultats attendus en fin de séquence. Le chemin clinique permet de redéfinir le rôle des différents intervenants et favorise la continuité des soins. Il se présente sous forme d'un document qui s'intègre au dossier patient et permet à chaque professionnel de s'assurer que les (futurs) parents et leur nouveau-né reçoivent les soins appropriés au moment où ils doivent les recevoir, sans oubli ni répétition inutile ; chaque acte est coché et signé par la personne qui l'a réalisé. Le support d'un **dossier structuré** permet d'homogénéiser le recueil des informations et de guider le contenu des étapes du processus.

Les écarts entre les résultats attendus et ceux observés seront analysés (causes et conséquences) et conduiront à un ajustement de la pratique professionnelle. Si de nombreux écarts sont enregistrés, il est nécessaire d'évaluer la pertinence du chemin clinique et de discuter son amélioration. La première évaluation est faite après une utilisation de 3 mois, afin d'identifier et résoudre rapidement les problèmes rencontrés. Une actualisation régulière est recommandée.

Le chemin clinique décrit est générique ; il doit être adapté et validé par tous les membres de l'équipe multidisciplinaire qui le mettra en œuvre ; des protocoles seront élaborés ou révisés pour détailler certaines étapes. Il est utile de lui joindre un document écrit expliquant son utilisation. Un test d'utilisation pour quelques femmes permet de mesurer l'applicabilité du chemin clinique élaboré.

Par exemple, un chemin clinique a été développé autour de la dyade mère-enfant en cas d'hospitalisation pour allaitement inefficace (18).

III.2. Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse

PHASE 1	Consultations durant la grossesse	Date Signature
Objectifs professionnels	Explorer les représentations maternelles et de ses connaissances sur l'allaitement Informers les futurs parents sur la physiologie de l'allaitement	
Objectif des futurs parents	Être informés sur la naissance et l'allaitement	
Anamnèse	Expériences antérieures d'allaitement Représentations des futurs parents et de leur entourage sur l'allaitement ATCD de chirurgie mammaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Examen clinique	Examen des seins	<input type="checkbox"/>
Information	Présence du père à une consultation Bénéfices de l'allaitement pour le bébé Bénéfices de l'allaitement pour la mère Intérêt d'un allaitement exclusif durant 6 mois Physiologie de l'allaitement et de la mise en route de la lactation Organisation de la préparation à la naissance Inutilité de la préparation des seins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Information adaptée aux attentes	

PHASE 1	Recherche de contre-indication à l'allaitement	Date Signature
Objectifs professionnels	Dépister une éventuelle contre-indication à l'allaitement ; déterminer sa durée	
Objectif des futurs parents	Comprendre la balance bénéfices-risques	
Anamnèse	Pathologie maternelle, prise de médicaments Addiction	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Examen complémentaire	Sérologie HIV	<input type="checkbox"/>
Information	Conduite à tenir pour permettre un allaitement (éventuellement différé) en cas de contre-indication à l'allaitement	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Évaluation de la balance bénéfices-risques	

PHASE 1	Séance de préparation à la naissance	Date Signature
Objectifs professionnels	Compléter l'information reçue en consultation sur l'intérêt de l'allaitement et sa physiologie en fonction des attentes Éduquer sur la pratique de l'allaitement Donner confiance à la future mère sur ses compétences	
Objectif des futurs parents	Acquérir un savoir-faire de base sur l'allaitement	
Anamnèse	Écoute du groupe : expériences et attentes	<input type="checkbox"/>
Information	Présence du père ou d'un membre de l'entourage de la maman Contexte culturel de l'allaitement en France Rappel de l'intérêt de l'allaitement et de sa physiologie (orienté par les questions) Conditions favorables à la naissance (peau à peau) Comportement du nouveau-né les premiers jours Rôle du père Ressources pour le soutien de l'allaitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pratique	Position au sein avec une poupée	<input type="checkbox"/>
Résultats attendus	Avoir confiance dans les savoirs acquis sur l'accouchement et l'allaitement, ainsi que dans les compétences du nouveau-né Rencontre avec des mères ayant allaité avec succès	

PHASE 1	Document d'information sur l'allaitement maternel	Date Signature
Objectifs professionnels	Rappeler l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel ; proposer des sources d'information et de recours	
Objectif des futurs parents	Connaître des sources d'information pour le soutien de l'allaitement	
Pratique	Distribution d'un document d'information à jour sur le soutien de l'allaitement	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Contact avant la naissance de recours pour le soutien de l'allaitement	

III.3. Phase 2 de démarrage de l'allaitement à la naissance

PHASE 2	Observation du nouveau-né	Date Signature
Objectif professionnels	Vérifier les fonctions vitales du nouveau-né	
Objectifs des parents	Accueillir leur bébé dans les meilleures conditions Garder le bébé près de la maman	
Examen clinique	APGAR	<input type="checkbox"/>
Information	État de santé du nouveau-né	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Évaluation de l'état de santé du nouveau-né	

PHASE 2	Contact peau à peau	Date Signature
Objectifs professionnels	Maintenir la température du nouveau-né Favoriser le lien mère-enfant	
Objectif de la mère	Faire connaissance du nouveau-né	
Pratique	Sécher l'enfant Bonnet Couvrir avec un linge chaud et sec, sur le ventre de la maman Contrôle de la température de la salle de naissance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Intérêt du peau à peau Bain différé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Sensation de bien-être	

PHASE 2	Tétée précoce	Date Signature
Objectif professionnel	Favoriser le démarrage physiologique de l'allaitement	
Objectifs de la mère	Poursuivre la relation fusionnelle avec le bébé Nourrir son bébé	
Pratique	Première tétée en salle de naissance Respect du réflexe de fuissement Laisser le nouveau-né prendre le sein seul	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Intérêt du colostrum	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Démarrage de l'allaitement	

PHASE 2	Premiers conseils sur la mise en route de la lactation	Date Signature
Objectif professionnel	Favoriser la mise en route de la lactation	
Objectif de la mère	Connaître les facteurs favorisant la mise en route de la lactation	
Pratique	Cohabitation mère-enfant 24 heures/24 Équipement hôtelier adapté pour l'allaitement Bonne position du nouveau-né et prise correcte du sein Pas de substitut de lait à disposition dans la chambre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Intérêt de l'allaitement exclusif, sans restriction des tétées, eau ou « complément » inutiles Physiologie de la mise en route de la lactation Ne pas donner de tétine artificielle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Acquisition des connaissances de base sur la mise en route de la lactation	

PHASE 2	Accompagnement d'une séparation	Date Signature
Objectifs professionnels	Favoriser le contact mère-enfant et préserver l'allaitement	
Objectifs des parents	Préserver le lien mère-enfant et poursuivre l'allaitement	
Pratique	Présentation du nouveau-né dès que possible Apprendre à la mère à exprimer son lait Permettre le contact avec l'enfant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	État de santé de l'enfant Importance de la poursuite de l'allaitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultats attendus	Mise en place du lien mère-enfant et démarrage de la lactation	

PHASE 2	Préservation du réflexe de succion	Date Signature
Objectif professionnel	Préserver le réflexe de succion	
Objectif des parents	Permettre un allaitement au sein ultérieur	
Pratique	Alimentation sans tétine Entretenir le réflexe de succion Pas de sonde d'aspiration en l'absence de détresse vitale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Fragilité du réflexe de succion Méthodes d'alimentation sans tétine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Persistance du réflexe de succion	

III.4. Phase 3 d'installation de l'allaitement exclusif

PHASE 3	Information sur la physiologie de l'allaitement et les besoins du nouveau-né	Date Signature
Objectifs professionnels	Informer sur la physiologie de l'allaitement et les besoins du nouveau-né	
Objectif des parents	Connaître les conditions optimales pour l'allaitement	
Pratique	Ne pas distribuer de colis cadeau promotionnel de substitut de lait au biberon	<input type="checkbox"/>
Information	Importance d'un allaitement exclusif sans autre apport Tétées sans restriction de leur fréquence et de leur durée Signes d'éveil du nouveau-né et rythmes du bébé Nutrition saine, variée et équilibrée de la maman Interactions avec les prises de médicament, tabac, alcool, toxiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Acquisition de connaissances sur la physiologie de l'allaitement et les besoins du nouveau-né	

PHASE 3	Accompagnement des tétées	Date Signature
Objectif professionnel	Obtenir un transfert de lait mère-enfant efficace	
Objectifs de la mère	Tétées confortables et efficaces Croissance harmonieuse du bébé	
Pratique	Recherche avec la mère d'une bonne position pour les tétées Observation d'une tétée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Signes de transfert de lait efficace Attendre que le bébé ait cessé de téter de lui-même Nettoyage des mamelons inutile en dehors de la douche quotidienne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Prévention des difficultés de tétées	

PHASE 3	Maintien de l'allaitement en l'absence de prise du sein	Date Signature
Objectifs professionnels	Maintenir la lactation et alimenter le bébé avec le lait de sa mère	
Objectif des parents	Permettre la reprise de l'allaitement au sein	
Pratique	Expression précoce et fréquente du lait Méthode « mère kangourou » Bébé alimenté en priorité avec le lait de sa mère Soutien de la reprise de l'allaitement au sein, la plus précoce possible	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Règles d'utilisation et d'entretien du tire-lait, stérilisation inutile (si usage individuel) Importance du contact peau à peau et du massage des seins	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Poursuite de l'allaitement exclusif	

PHASE 3	Examen de la maman et du bébé en cas de tétées inefficaces	Date Signature
Objectifs professionnels	Rechercher les causes de difficulté de prise du sein et les résoudre	
Objectifs des parents	Traiter une pathologie de la femme ou de son bébé Préserver l'allaitement maternel	
Anamnèse	Grossesse et naissance Pathologie de l'enfant Confiance en elle de la mère sur sa capacité d'allaiter Pathologie de la mère	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pratique	Examen des seins Traitement éventuel d'une pathologie du sein Évaluation des capacités de succion du bébé En cas d'engorgement, expression du lait suivie d'une tétée Relance de la lactation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Prévention de la survenue d'un engorgement, signes et moyens d'y faire face	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Poursuite de l'allaitement dans des conditions physiologiques	

PHASE 3	Identification des recours possibles	Date Signature
Objectif professionnel	Fournir un recours compétent pour le soutien de l'allaitement maternel et	
Objectif des parents	Avoir des interlocuteurs pour un partage d'expérience et des conseils adaptés	
Anamnèse	Recours identifiés	<input type="checkbox"/>
Pratique	Rendez-vous dans la première semaine de vie avec un professionnel de santé formé au suivi de l'allaitement	<input type="checkbox"/>
Information	Intérêt d'un soutien de l'allaitement par un professionnel formé ou des mères ayant allaité avec succès Annuaire actualisé de recours professionnels ou associatifs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Possibilité de conseils appropriés et d'encouragements pour l'allaitement	

III.5. Phase 4 de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage

PHASE 4	Contact avec un professionnel de santé	Date Signature
Objectifs professionnels	Anticiper, déceler ou résoudre des difficultés éventuelles de l'allaitement Réduire le risque de sevrage précoce	
Objectif des parents	Être rassurés sur le bon déroulement de l'allaitement	
Anamnèse	Déroulement de l'allaitement	<input type="checkbox"/>
Examen clinique	Croissance de l'enfant	<input type="checkbox"/>
Information	Moyens de faire face aux éventuelles difficultés	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Confiance de la mère sur sa capacité à poursuivre l'allaitement	

PHASE 4	Information sur le déroulement physiologique de l'allaitement maternel	Date Signature
Objectif professionnel	Éviter des arrêts intempestifs de l'allaitement	
Objectif des parents	Accroître l'expérience de la pratique de l'allaitement	
Information	Les pleurs du bébé ne sont pas toujours liés à la faim Développement optimal du nourrisson avec un allaitement exclusif durant 6 mois Allaitement maternel durant 2 ans ou plus inclus dans l'alimentation physiologique du nourrisson Fertilité en cours d'allaitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Connaissance des différentes étapes physiologiques de l'allaitement	

PHASE 4	Recours à un référent pour l'allaitement	Date Signature
Objectif professionnel	Résoudre les difficultés de l'allaitement	
Objectifs des parents	Poursuite d'un allaitement physiologique	
Anamnèse	Douleurs lors des tétées, problèmes cutanés	<input type="checkbox"/>
Pratique	Observation d'une tétée	<input type="checkbox"/>
Information	Perception d'une insuffisance de lait le plus souvent non fondée	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Soutien de l'allaitement adapté aux attentes	

PHASE 4	Résolution de difficultés des tétées	Date Signature
Objectifs professionnels	Résoudre les difficultés de tétées	
Objectif des parents	Bénéficier du traitement adéquat en cas de pathologie de la mère ou de son bébé	
Examen clinique	Signes locaux et généraux d'une lymphangite ou mastite Transfert de lait au cours de la tétée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pratique	Optimiser le drainage du sein Discussion d'un traitement antibiotique en cas de mastite Évaluation de la pratique de l'allaitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Poursuivre l'allaitement en cas de mastite prévient le risque d'abcès du sein	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Tétées confortables et efficaces	

PHASE 4	Allaitement et pathologie maternelle aiguë	Date Signature
Objectifs professionnels	Éviter une contre-indication abusive de l'allaitement Éviter une interaction médicamenteuse avec l'allaitement	
Objectif des parents	Maintenir l'allaitement en cas de pathologie maternelle	
Anamnèse	Prise de médicaments par la mère	<input type="checkbox"/>
Pratique	Avant de prescrire un traitement : <ul style="list-style-type: none"> • la pathologie nécessite vraiment un traitement • à efficacité équivalente, traitement avec le moins de risques pour l'enfant Avant de suspendre l'allaitement : <ul style="list-style-type: none"> • risque potentiel pour l'enfant supérieur à l'avantage procuré par l'allaitement Maintien de la lactation (expression du lait) en cas de contre-indication temporaire à l'allaitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Peu de maladies ou thérapeutiques justifient un arrêt brutal de l'allaitement maternel Interactions médicamenteuses entre traitements de la mère et de l'enfant au cours de l'allaitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Poursuite de l'allaitement en cas de pathologie maternelle	

PHASE 4	Maintien de la lactation et conservation du lait en cas de séparation temporaire mère-enfant	Date Signature
Objectifs professionnels	Informier sur les différentes modalités de poursuite de l'allaitement en cas de séparation temporaire mère-enfant Garantir de bonnes conditions d'extraction et de conservation du lait	
Objectif de la mère	Concilier allaitement et reprise d'activité	
Pratique	En cas d'hospitalisation de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"> • prévenir le risque bactériologique • éviter l'administration du lait maternel à un autre enfant 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Information	Possibilités de tétée en crèche ou en hospitalisation Reprise de l'allaitement à la demande pendant les jours de congé Expression et conservation du lait Mesures inscrites dans le Code du travail	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Poursuite de l'allaitement en cas de séparation temporaire mère-enfant	

PHASE 4	Décision de sevrage	Date Signature
Objectif professionnel	Accompagnement des parents dans leur désir de sevrage	
Objectif des parents	Aide à la décision	
Anamnèse	Motifs de la décision	<input type="checkbox"/>
Pratique	Résolution d'éventuelles difficultés ressenties ou redoutées	<input type="checkbox"/>
Information	Possibilités de poursuite de l'allaitement malgré une suspension temporaire	<input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Décision fondée sur une réflexion éclairée	

PHASE 4	Accompagnement du sevrage	Date Signature
Objectifs professionnels	Prévenir l'engorgement mammaire Poursuivre une alimentation équilibrée de l'enfant	
Objectif de la mère	Effectuer une transition facile de l'alimentation de l'enfant	
Anamnèse	Diversification, prise de biberons	<input type="checkbox"/>
Information	Diminution progressive de la lactation Besoins nutritionnels de l'enfant	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Résultat attendu	Sevrage bien vécu par la mère et l'enfant	

IV. RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

IV.1. Références

Les recommandations utilisées pour le chemin clinique sont écrites à partir d'une étude exhaustive de la littérature, avec une **méthode d'élaboration rigoureuse et explicite**, comme les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus ou les méta-analyses. Leur validité est vérifiée et le grade des recommandations est précisé (19). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

Deux textes ont servi de sources principales de recommandations :

- les recommandations pour la pratique clinique sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel, Anaes 2002² (20) ;
- les recommandations pour l'installation d'un allaitement maternel exclusif, ILCA 2005 (*International lactation consultant association*)³ (21).

D'autres textes ont été utilisés ponctuellement, notamment des recommandations élaborées par l'OMS⁴ ; leur référence est alors précisée. L'argumentaire des recommandations est à rechercher dans les textes de référence ; seule une brève synthèse est reprise avec le rappel du grade. La physiologie de l'allaitement est à approfondir par ailleurs (22). Les recommandations sélectionnées sont adaptées au contexte de santé français.

À chaque étape du processus sont présentés les **objectifs de qualité** issus des recommandations professionnelles ; en l'absence de précision du **grade de la recommandation**, il s'agit d'un accord professionnel.

Quelques recommandations concernent les professionnels de santé ; elles sont alors individualisées dans un encadré, car bien que liées au soutien de l'allaitement, elles sont en marge du processus centré sur la (future) mère ou son enfant.

IV.2. Phase 1 d'information sur l'allaitement durant la grossesse

Consultations durant la grossesse

Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

- S'informer des représentations maternelles et de ses connaissances sur l'allaitement. Cette connaissance permet de cibler les interventions de soutien à l'allaitement ou d'organiser un programme spécifique.
- Demander au futur père de venir à la consultation. Les pères peuvent être capables de fournir un soutien physique et psychologique, mais ne sont pas nécessairement préparés à ce rôle.

² www.has-sante.fr

³ www.ilca.org

⁴ www.who.int/publications/fr

- Recommander un allaitement exclusif durant 6 mois (grade B). L'effet protecteur de l'allaitement maternel dépend de sa durée et de son exclusivité.
- Le bénéfice d'une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, n'est pas démontré.

- Évaluer les représentations et les connaissances des professionnels de l'équipe périnatale sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel. La formation de l'équipe périnatale dans son ensemble permet d'harmoniser les connaissances, les pratiques et les messages délivrés par l'équipe. Les nouveaux professionnels doivent être formés à leur arrivée dans le service ou le réseau (23).

Recherche de contre-indication à l'allaitement

Les raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont exceptionnelles : infection par le VIH (sauf pasteurisation du lait), toxicomanie (une mère sous méthadone bien suivie peut allaiter), chimiothérapie et démarrage d'un traitement antituberculeux. Les maladies infectieuses courantes, le tabagisme maternel (le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer ; mais de toute façon, l'allaitement reste le meilleur choix), la plupart des médicaments (consulter d'autres sources d'information que le dictionnaire Vidal) sont des contre-indications abusives à l'allaitement.

- Rechercher une éventuelle contre-indication à l'allaitement maternel.
- Informer les futurs parents sur les rares vraies contre-indications, souvent temporaires, et les contre-indications abusives à l'allaitement maternel.

Séance de préparation à la naissance

Les séances de préparation à la naissance complètent le suivi médical (24). Des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite (grade C).

- Proposer systématiquement aux futurs parents une séance de préparation à la naissance comprenant une information sur l'allaitement.
- Proposer une éducation à l'allaitement maternel à l'entourage de la femme enceinte. Le soutien de la mère par son entourage augmente la durée de l'allaitement (grade B).
- Organiser des rencontres avec des mères ayant allaité avec succès (25). Chez les femmes de faible niveau de ressources ou appartenant à des minorités ethniques, des contacts durant la période pré- et postnatale avec des mères expérimentées améliorent la mise en œuvre et la durée de l'allaitement (grade C).

- Former un des membres de l'équipe de maternité ou du réseau à être consultant en lactation IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultant*) ou à suivre l'enseignement du DIULHAM (Diplôme inter-universitaire « lactation humaine et allaitement maternel).

Document d'information sur l'allaitement maternel

Ce document rappelle l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel et suggère des sources d'information ; il complète l'information orale (26). Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter et les aide à réaliser effectivement cet allaitement (grade C). Voir l'annuaire de la Coordination française pour l'allaitement maternel ⁵.

- Distribuer un document d'information sur l'allaitement maternel.
- Informer les futurs parents sur les ressources pour le soutien de l'allaitement maternel, en particulier des mères ayant allaité avec succès.

IV.3. Phase 2 de démarrage de l'allaitement à la naissance

Observation du nouveau-né

L'observation du nouveau-né à la naissance apprécie la respiration spontanée, recherche des signes de détresse vitale et cote le score d'Apgar.

- Définir les pratiques habituelles de surveillance et de soins aux nouveau-nés en salle de naissance pour favoriser un allaitement précoce tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant.

Contact peau à peau

Le contact peau à peau sur le ventre de sa mère maintient la température corporelle du nouveau-né, améliore son bien-être avec une diminution des pleurs, favorise son adaptation métabolique et renforce les interactions mère-enfant. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (grade C). Les pères sont informés de la possibilité du peau à peau et le cas échéant remplacent la maman (par exemple en cas de césarienne).

- À la naissance, placer immédiatement le nouveau né, séché et recouvert, sur le ventre de sa mère. Salle d'accouchement chaude (25 à 28°C), séchage immédiat, bonnet et contact peau à peau participent à la chaîne du chaud (27).
- Reporter les soins de routine comme la vitamine K ou le collyre ; ils interrompent le lien mère-enfant et retardent le démarrage de l'allaitement (grade C). Le bain est différé ; les restes de vernix caseosa réduisent les pertes thermiques et sont réabsorbés par la peau au cours des premiers jours de vie (27).

Tétée précoce

Grâce au réflexe de fouissement, le nouveau-né en contact peau à peau avec sa mère localise le sein avec son odorat et ses réflexes nutritionnels lui permettent de le prendre seul et de sa propre initiative. Il choisit de manière autonome le moment où il va commencer à téter.

- Favoriser une tétée dans la première heure suivant l'accouchement. Une tétée précoce favorise une succion efficace (grade C), augmente le lien mère-enfant (grade C), favorise le

⁵ www.coordination-allaitement.org

maintien de la température du nouveau-né (grade A), favorise l'homéostasie métabolique du nouveau-né (grade A), favorise le maintien de la glycémie du nouveau-né (grade C), favorise le transit et diminue la fréquence de l'ictère néonatal (grade C), augmente la durée de l'allaitement (grade C), augmente le taux d'ocytocine maternel favorable à la contraction utérine et à l'éjection du lait (grade C), favorise les capacités de l'enfant à réguler ses apports alimentaires (grade A).

- Respecter le réflexe de fuissement ; il n'est pas nécessaire de forcer le nouveau-né à prendre le sein sous peine de contrarier son comportement à l'égard de l'allaitement et de perturber le bon positionnement de sa langue. L'allaitement n'est pas compromis si le bébé ne tète pas immédiatement à la naissance (grade B) car les bébés présentent une variété de comportements et ne sont pas tous prêts à téter au même moment.

Premiers conseils sur la mise en route de la lactation

Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère. La mère ne dort pas plus lorsque son enfant est retiré de sa chambre la nuit (grade B). Contact peau à peau et allaitement sont analgésiques (grade A).

- Encourager la cohabitation systématique du nourrisson avec sa mère. La proximité de la mère et de l'enfant 24 heures/24 favorise l'allaitement à la demande qui seul permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels, facilite l'allaitement la nuit et limite le risque de recours à un substitut de lait (grade C). La mère pourra apprendre à reconnaître les signes qui montrent que le bébé est prêt à téter.
- Adapter l'équipement hôtelier à la maternité (lit plus large, à hauteur variable, fauteuil confortable) pour faciliter l'allaitement.
- Informer les parents que l'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. Proposer de l'eau est inutile, même lorsqu'il fait chaud (grade B).
- Ne pas déposer de biberon de substitut de lait prêt à l'emploi à disposition des mères dans leur chambre.
- Ne pas faire de contrôle systématique de la glycémie chez un nouveau-né bien portant alimenté par allaitement exclusif.
- Informer les parents sur la bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant (bouche grande ouverte et langue vers le bas), qui permettent une succion efficace (rythme lent et régulier, déglutition audible) et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon.

- Écrire un protocole pour le soutien de l'allaitement maternel dans le service ou le réseau, connu de tous et facile d'accès ; un exemple est proposé par *The Academy of Breastfeeding Medicine* (28), à adapter par l'équipe pluri-professionnelle.
- Engager la maternité dans une démarche d'obtention du label « hôpital ami des bébés »⁶. Toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou partie des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'Initiative « hôpitaux amis des bébés » (IHAB) améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (grade B).

⁶ Le guide « Devenir hôpital ami des bébés » est disponible auprès du secrétariat IHAB de la CoFAM (<http://www.coordination-allaitement.org/L%27IHAB.htm>)

Dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/UNICEF 1989/2006) (29), (3)

- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- Placer les bébés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure, encourager les mères à allaiter quand le bébé est prêt, proposer de l'aide si besoin.
- Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
- Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Accompagnement d'une séparation

La séparation est un traumatisme à la fois pour le nouveau-né et sa mère. Tout est mis en œuvre pour permettre un contact mère-enfant précoce même très limité.

- En cas de maladie ou d'hospitalisation, informer les parents que poursuivre l'allaitement est important à la fois pour la mère et l'enfant (grade C).
- Apprendre aux mères à exprimer leur lait (30).

Préservation du réflexe de succion

Sucette ou tétine modifient les mécanismes de succion et risquent de nuire à l'allaitement physiologique. Ce réflexe de succion est fragile et peut également être perturbé par l'aspiration des voies aériennes.

- En cas de séparation, privilégier l'usage de la tasse, la cuiller, etc., pour alimenter le bébé, et éviter l'utilisation d'une tétine, afin de permettre une future prise du sein efficace (30).
- En l'absence de détresse vitale, éviter l'utilisation de sonde d'aspiration des voies aériennes (31).

IV.4. Phase 3 d'installation de l'allaitement exclusif

Information sur la physiologie de l'allaitement et les besoins du nouveau-né

Les résultats attendus pour le nouveau-né bien portant alimenté au sein sont une perte de poids initiale inférieure à 7 % du poids de naissance, une reprise du poids de naissance à 10 jours de vie, un transit et une diurèse réguliers débutés dans les 8 premières heures de vie, puis une croissance régulière.

Les résultats attendus pour la mère sont de reconnaître les signes d'éveil du bébé prêt à téter, de trouver une position confortable pour allaiter, de reconnaître les signes d'un transfert de lait efficace, d'avoir les connaissances appropriées sur la conduite de l'allaitement et de savoir comment résoudre les difficultés éventuelles.

L'allaitement est exclusif lorsque le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel.

- Ne pas donner des compléments (eau, eau sucrée, substitut de lait) à un nouveau-né allaité exclusivement. L'introduction de compléments perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce (grade C).
- Ne pas distribuer de colis-cadeau contenant un substitut de lait ou du matériel promotionnel pour l'alimentation au biberon en raison de son impact négatif sur l'allaitement exclusif (grade B). La distribution gratuite de substitut de lait à la sortie de la maternité est interdite en France.
- Ne pas restreindre le nombre de tétées, en moyenne 8 repas par 24 heures. La restriction des tétées est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquence plus élevée des douleurs des mamelons et des engorgements et au recours plus fréquent à des compléments de substituts de lait (grade C). Il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées. La production de lait découle des tétées ; plus le bébé prend de lait, plus il y en a.

Les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée recommandée durant la grossesse s'appliquent également durant toute la durée de l'allaitement maternel.

- Informer les parents qu'aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée ni interdite, y compris pour la quantité d'eau bue quotidiennement, à l'exception de la caféine et de l'alcool. La consommation de café (ou boissons riches en caféine) doit être modérée (2-3 tasses par jour). La consommation d'alcool est déconseillée.
- Conseiller à la mère de réduire sa consommation de matières grasses d'origine animale et d'éviter une perte de poids trop rapide afin de minimiser le risque d'exposition du nourrisson aux dioxines. Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sont largement supérieurs aux éventuels effets des dioxines qui passent dans le lait maternel.

Accompagnement des tétées

Les douleurs et lésions des mamelons (rougeur, irritation, crevasse) sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson. Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson lors des tétées.

- Rechercher avec la mère les différentes positions dans lesquelles le bébé peut être allaité confortablement (position assise, couchée). La meilleure position pour un transfert de lait efficace est variable (grade C). Une bonne position diminue les traumatismes du sein (grade A).

- Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. Il est cependant important de n'offrir l'autre sein au bébé que lorsque celui-ci arrête de téter de lui-même.
- Une hygiène quotidienne (douche) est suffisante. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement.
- Vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion lors des premières tétées ; un exemple d'observation de tétée est proposé en annexe II. Cette observation est essentielle pour évaluer l'allaitement (grade C). Le soutien d'un professionnel de santé à la mère facilite une position au sein efficace et confortable, laquelle augmente la durée de l'allaitement (grade C).

Maintien de l'allaitement en l'absence de prise du sein

La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

- En l'absence de prise du sein, maintenir la lactation par une expression régulière du lait, durant environ 100 minutes par 24 heures (grade C). Utiliser un tire-lait électrique et se familiariser avec son utilisation et son entretien (grade B) ; à domicile la stérilisation est inutile, lavage à l'eau chaude et au savon avec filtre sur la tubulure suffisent (grade A). Garder un contact peau à peau fréquent avec l'enfant et masser les seins augmentent la lactation (grade B) (32).
- En l'absence de prise du sein, alimenter le bébé en priorité avec le lait de sa mère.
- Pour les nouveau-nés prématurés ou de faible poids, favoriser la méthode « mère kangourou » (qui consiste à porter l'enfant sur le ventre en contact peau contre peau) augmente la prévalence et la durée de l'allaitement au sein (grade C) (33).
- Organiser un soutien particulier pour aider la reprise de l'allaitement au sein, le plus précocément possible (30).

Examen de la maman et du bébé en cas de tétées inefficaces

Les facteurs de risque chez l'enfant sont entre autres : un traumatisme obstétrical, une prématurité, un retard de croissance intra-utérin, une hypotonie, une hyperbilirubinémie, une grossesse multiple, une anomalie chromosomique, une fente palatine, une pathologie aiguë ou chronique.

Les facteurs de risque chez la mère sont un allaitement précédent difficile, une séparation de son enfant, une pathologie ou un antécédent de chirurgie du sein, une pathologie aiguë ou chronique, un traitement médicamenteux. La confiance en elle de la mère sur sa capacité d'allaiter est un facteur prédictif de la durée d'allaitement (grade C).

- Identifier les facteurs de risque chez la mère ou l'enfant de tétées inefficaces pour apporter des corrections préventives (grade C).
- Évaluer les capacités de succion du nouveau-né (grade C).
- Rechercher une pathologie des mamelons en cas de persistance de douleur au cours de la tétée malgré une prise correcte du sein. Un examen soigneux des mamelons est recommandé avant de recourir à un traitement.

- Apprendre aux mères à prévenir la survenue d'un engorgement (œdème résultant d'une stase capillaire et lymphatique, qui devient pathologique lorsqu'elle s'accompagne de fièvre, douleur et gêne à l'écoulement du lait), à en identifier les signes et à y faire face.
- En cas d'engorgement, préconiser l'expression du lait (manuelle ou à l'aide d'un tire-lait) qui réduit la stase lactée quand l'enfant est incapable de prendre le sein ou tête de façon inefficace. L'expression de lait doit être suivie d'une tétée par le bébé. La restriction hydrique, le bandage des seins aggravent l'inconfort de la mère et ne sont pas recommandés.

Identification des recours possibles

Ces recours peuvent être l'entourage (compagnon, famille, amies ayant l'expérience de l'allaitement); des professionnels formés accessibles rapidement: Protection maternelle et infantile, sage-femme, médecin formé, consultant en lactation; des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement. Voir l'annuaire de la Coordination française pour l'allaitement maternel⁷.

- Toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois (grade B).
- Parmi les stratégies de soutien, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements, avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement (en complément de soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone dans les pays où existe déjà un programme de soutien organisé combinant plusieurs actions (grade B).

IV.5. Phase 4 de poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage

Contact avec un professionnel de santé

Tout professionnel de santé en contact avec une mère allaitante doit s'assurer du bon déroulement de l'allaitement et anticiper, déceler ou résoudre des difficultés éventuelles.

- Un soutien préventif aux difficultés de l'allaitement par des professionnels de santé est susceptible d'accroître la confiance maternelle, ainsi que l'expérience de la pratique de l'allaitement tout en réduisant le risque de sevrage précoce (grade C).

Information sur le déroulement physiologique de l'allaitement maternel

L'information des parents sur les différentes étapes physiologiques d'un allaitement évite des arrêts intempestifs. Les pleurs du bébé ont de nombreuses causes possibles et ne sont pas toujours liés à la faim.

- Encourager la poursuite de l'allaitement exclusif pendant 6 mois, qui permet par rapport à une durée de 3 à 4 mois un développement optimal des nourrissons (grade B).
- Informer les parents que l'alimentation physiologique du nourrisson comprend un allaitement maternel durant 2 ans ou plus.

⁷ www.coordination-allaitement.org

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple.

- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.
- Si la femme souhaite une contraception hormonale, celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du *post-partum* ; les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés car ils pourraient réduire la production de lait ; les microprogestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être utilisés sans inconvénients ni pour l'allaitement, ni pour le nouveau-né.

Recours à un référent pour l'allaitement

Les douleurs liées à une pathologie du mamelon ou du sein contribuent à un arrêt prématuré de l'allaitement (grade B). Un éventuel engorgement est plus facilement traité dès les premiers signes (grade C). La mère doit être rassurée en cas d'impression de quantité insuffisante de lait, le plus souvent non fondée (grade C).

- Recommander le recours à des professionnels de santé ou des bénévoles formés au suivi de l'allaitement et la recherche d'un soutien en cas de difficultés.

Résolution de difficultés des tétées

La lymphangite ou mastite est une inflammation du sein qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux (fièvre ou symptômes pseudo-grippaux).

- Prévenir les mères de l'éventuelle survenue d'une mastite et de la manière d'y faire face.
- Le traitement d'une mastite repose sur la recherche de facteurs favorisant, l'observation d'une tétée et l'évaluation de la pratique de l'allaitement ; l'écoulement efficace du lait maternel par la poursuite de l'allaitement en optimisant le drainage du sein (tétées sans restriction de durée et de fréquence) et l'extraction du lait, surtout du côté atteint ; il n'y a aucun risque pour un nourrisson sain. Si la tétée est trop douloureuse, l'expression du lait (manuelle ou avec un tire-lait) est indispensable. Suspendre l'allaitement expose au développement d'un abcès du sein.
- Le traitement antibiotique est indiqué en cas de mastite infectieuse (confirmée si possible par une mise en culture du lait et réalisation d'un antibiogramme) ou si les symptômes sont graves d'emblée ou si une lésion du mamelon est visible ou si les symptômes ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures. L'antibiotique prescrit sera compatible avec l'allaitement maternel.

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffisamment de lait est très rare. Le plus souvent, l'insuffisance de lait est la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses) à l'origine d'une diminution du transfert de lait au nourrisson et de la sécrétion lactée.

- En cas d'insuffisance de lait, évaluer la pratique de l'allaitement, corriger les éventuels problèmes identifiés, évaluer une éventuelle stagnation staturo-pondérale du nourrisson et

apporter des conseils et un soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses compétences et ses capacités.

Allaitement et pathologie maternelle aiguë

Les rares vraies contre-indications (CI) à l'allaitement sont chez la mère une séropositivité HIV (le lait peut être donné s'il est pasteurisé, grade C), une chimiothérapie, la prise de toxiques, une radiothérapie (CI temporaire tant que l'isotope est présent dans l'organisme), une tuberculose active (dès la mise en route du traitement, le lait tiré peut être donné à l'enfant, tant que dure l'isolation de la mère), un herpès du sein, la phase aiguë de maladie de Chagas.

Les contre-indications abusives à l'allaitement sont une fièvre maternelle liée à une maladie bénigne, une hépatite B ou C, la prise d'alcool (limitée à un verre occasionnel), le tabagisme (déconseillé, attention au tabagisme passif), une infection à CMV.

De nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite.

- Avant de prescrire un traitement, se poser trois questions : le symptôme ou la pathologie nécessitent-ils vraiment un traitement ? Ce traitement est-il, à efficacité équivalente, celui qui présente le moins de risques pour l'enfant allaité ? Le risque potentiel pour le nourrisson est-il supérieur à l'avantage que lui procure l'allaitement maternel ?
- En présence d'un enfant présentant une symptomatologie inexplicée, penser à demander à la mère si elle prend des médicaments, en veillant à ne pas exclure la possibilité d'une automédication.
- Être attentif à ne pas oublier les interactions médicamenteuses entre les traitements que l'enfant reçoit par le lait et ceux qu'on lui administre directement ainsi que les médicaments utilisés localement sur le sein.

Maintien de la lactation et conservation du lait en cas de séparation temporaire mère-enfant

L'allaitement maternel peut être préservé dans la plupart des situations de séparation mère-enfant (grade C).

- Envisager avec chaque mère la possibilité de concilier reprise d'activités et allaitement. La reprise du travail, des activités ou du sport ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Organiser des tétées en crèche, notamment en cas de crèche professionnelle.
- Informer les mères des différentes modalités de poursuite de l'allaitement : tétée matin et soir, expression et conservation du lait, allaitement partiel, reprise de l'allaitement à la demande pendant les jours de congés ou les temps de fin de semaine et les vacances.
- Se laver les mains avec du savon avant extraction du lait, manipulation de la pompe et du receveur de lait (grade C). Jeter les premières gouttes de lait est inutile (grade A) ; ne pas garder le lait recueilli dans une coquille au cours d'une tétée ou entre les repas, mais seulement le lait extrait mécaniquement (grade B) (32).
- Au domicile, conserver le lait dans des récipients propres, secs et non stériles (le lait humain n'est pas stérile) ; changer de récipient à chaque extraction (grade A). Noter la date, et en cas d'hospitalisation le nom de l'enfant sur le récipient. En cas de congélation, remplir le récipient aux $\frac{3}{4}$; le lait décongelé doit être gardé à 4 °C et utilisé dans les 24 heures. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un réfrigérateur spécial ; ne pas placer le récipient dans la porte ; maintenir la chaîne du froid en cas de transport ; le lait maternel peut être gardé 4 heures à température ambiante (25 °C) et 8 jours au réfrigérateur, grâce

à ses propriétés biologiques (grade A). Ne pas chauffer ou décongeler le lait dans un four à micro-ondes ; éviter l'exposition à la lumière (grade A) (32).

Le Ministère de la Santé et des Solidarités (www.sante.gouv.fr) reprend les recommandations de l'AFSSA⁸ dans un document d'information « Comment bien recueillir, conserver et transporter le lait maternel en toute sécurité », édité en octobre 2006. Il recommande de consommer le lait dans les 48 heures après le premier recueil ; le biberon doit être stocké au réfrigérateur immédiatement après le recueil du lait, à une température de +4 °C contrôlée ; le réfrigérateur doit être nettoyé une fois par mois. Cette durée de 48 heures permet de considérer l'ensemble des nourrissons, bien-portants à domicile comme nés prématurément hospitalisés ; par ailleurs elle tient compte des difficultés à conserver les laits à température adéquate pendant les transports.

- Informer les femmes des mesures inscrites dans le Code du travail pour encourager la poursuite de l'allaitement maternel (pauses sur le temps de travail, réduction journalière du temps de travail ou horaires de travail souples, lieux appropriés pour exprimer le lait).
- Prévenir les mères de l'éventuelle survenue d'une insuffisance de lait, en particulier lors de la reprise du travail, et de la manière d'y faire face : augmenter transitoirement la fréquence et la durée des tétées et rechercher le soutien des professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés.
- En cas d'hospitalisation de la mère ou de l'enfant, organiser un soutien particulier de l'allaitement. Écrire un protocole pour prévenir le risque bactériologique, éviter l'administration du lait maternel à un autre enfant (en dehors d'un don organisé par un lactarium) et prévoir la conduite à tenir en cas d'erreur (32).

Décision de sevrage

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

- S'informer des motifs de la décision ; résoudre d'éventuelles difficultés ressenties ou redoutées, comme une reprise d'activité par la maman.

Accompagnement du sevrage

En fonction de l'âge de l'enfant, l'introduction de biberons de lait artificiel peut être inutile, avec utilisation de laitages à la cuillère (normaux ou faits avec du lait 2^e âge pour les enfants âgés de moins d'un an).

- Réduire progressivement le nombre de tétées ; faire un rappel des besoins nutritionnels de l'enfant.

⁸ Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons. Maisons-Alfort: AFSSA; 2005.

V. CRITERES D'ÉVALUATION

V.1. Définition

Les critères d'évaluation permettent de mesurer la réalisation des objectifs de qualité dans la pratique.

Les grilles de recueil de données présentées sont des exemples, à modifier éventuellement en fonction de la pratique à évaluer. Elles ont été séparées selon les catégories de critères :

- les critères professionnels liés à une action faite en amont du processus de soutien de l'allaitement ;
- les critères organisationnels concernant le service, le réseau ou le professionnel libéral ;
- les critères individuels vérifiés dans les dossiers patients ;
- les critères individuels vérifiés auprès de la (future) mère, par exemple au cours d'une enquête de satisfaction.

À partir de la description du processus, l'équipe décide d'une ou des étapes à améliorer en priorité et choisit les critères correspondants ; un test préalable de faisabilité de l'évaluation est recommandé.

Par exemple, des critères d'évaluations sont proposés par l'UNICEF pour un service ou un réseau (34).

V.2. Critères professionnels

Établissement ou réseau :	Grille n°
Unité fonctionnelle :	
Date de l'évaluation :	
Grille remplie par (nom et fonction) :	

Professionnels de santé	OUI	NON	NA	Commentaires
L'équipe périnatale (service ou réseau) a bénéficié d'une formation sur la physiologie et le soutien de l'allaitement maternel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un professionnel consultant en lactation fait partie de l'équipe périnatale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une formation sur l'accueil du nouveau-né à la naissance et le démarrage de l'allaitement est organisée régulièrement pour tous les professionnels de la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'équipe périnatale (service ou réseau) a écrit un protocole pour le soutien de l'allaitement maternel, connu de tous et facile d'accès.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La maternité est engagée dans une démarche d'obtention du label « hôpital ami des bébés ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un membre de l'équipe périnatale (service ou réseau) est formé aux méthodes d'alimentation sans tétine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une formation des professionnels de l'équipe périnatale sur la prévention et le traitement des pathologies du sein liées à l'allaitement est organisée dans le service ou le réseau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une formation des professionnels de l'équipe périnatale concernant les dispositifs d'extraction du lait maternel et sa conservation est organisée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V.3. Critères organisationnels

Établissement ou réseau :	Grille n°
Unité fonctionnelle :	
Date de l'évaluation :	
Grille remplie par (nom et fonction) :	

PHASE 1 D'INFORMATION SUR L'ALLAITEMENT DURANT LA GROSSESSE				
Service hospitalier, réseau ou cabinet	OUI	NON	NA	Commentaires
La liste des rares contre-indications temporaires ou définitives à l'allaitement maternel est disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Des séances de préparation à la naissance sont organisées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un document d'information sur l'allaitement maternel est disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 2 DE DEMARRAGE DE L'ALLAITEMENT A LA NAISSANCE				
Service hospitalier, réseau ou cabinet	OUI	NON	NA	Commentaires
Un protocole précisant quels sont les soins urgents ou non à la naissance est écrit dans le service.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le set de naissance contient un bonnet pour le nouveau-né.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La température de la salle de naissance est sous contrôle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un document rappelant l'intérêt d'une tétée précoce après respect du réflexe de fuissement est disponible dans la maternité (connu de tous et facile d'accès).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La cohabitation de la mère et de son enfant est habituelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'équipement hôtelier à la maternité est adapté pour faciliter l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aucun « colis cadeau » ni « complément » de lait artificiel n'est distribué aux mères ayant choisi d'allaiter leur bébé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un répertoire des associations de soutien à l'allaitement est régulièrement mis à jour et distribué aux femmes qui allaitent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un protocole pour le démarrage de la lactation en cas de séparation à la naissance est écrit dans le service.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 3 D'INSTALLATION DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF				
Service hospitalier, réseau ou cabinet	OUI	NON	NA	Commentaires
Aucun complément artificiel de l'allaitement maternel n'est conseillé à la sortie de la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aucun matériel promotionnel pour l'alimentation au biberon (y compris un produit dérivé publicitaire) n'est utilisé par le professionnel de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un document sur la physiologie de l'allaitement est à disposition des parents.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un protocole sur l'observation d'une tétée est disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le recours à un professionnel de santé formé au soutien de l'allaitement est prévu pour l'observation systématique d'une tétée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En l'absence de prise du sein, le service dispose de l'équipement nécessaire pour nourrir le bébé avec le lait de sa mère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La méthode « mère kangourou » est utilisée pour les nouveau-nés prématurés ou de faible poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le recours à un référent pour l'allaitement est proposé systématiquement à toute mère allaitante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 4 DE POURSUITE DE L'ALLAITEMENT JUSQU'AU SEVRAGE				
Service hospitalier, réseau ou cabinet	OUI	NON	NA	Commentaires
Un document sur les difficultés éventuelles rencontrées au cours de l'allaitement et les moyens de les résoudre est disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un document d'information sur la fertilité en cours d'allaitement est disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le recours à un référent pour l'allaitement est possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un protocole avec des sources d'information sur les interactions médicaments/allaitement maternel est disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un document d'information sur l'extraction du lait et sa conservation est disponible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un endroit spécifique pour l'allaitement maternel est prévu dans le service d'hospitalisation (ou la crèche collective).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un protocole sur la conservation du lait et sa dispensation, avec prévention des risques (bactériologique, erreur d'enfant), est écrit dans le service d'hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un protocole pour le soutien de l'allaitement dans le service d'hospitalisation (ou la crèche collective) est connu de tous et régulièrement évalué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V.4. Critères individuels

Établissement ou réseau :	Grille n°
Unité fonctionnelle :	
Date de l'évaluation :	
Grille remplie par (nom et fonction) :	

PHASE 1 D'INFORMATION SUR L'ALLAITEMENT DURANT LA GROSSESSE				
Source dossier du patient : (future) mère ou enfant	OUI	NON	NA	Commentaires
<p>Consultations durant la grossesse</p> <p>Les représentations de la femme enceinte et de son entourage sur l'allaitement sont notées dans le dossier.</p> <p>Les éventuelles expériences antérieures d'allaitement de la femme enceinte sont notées dans le dossier.</p> <p>La présence du futur père à au moins une consultation durant la grossesse est notée dans le dossier.</p> <p>Un des professionnels rencontré en consultation par la future maman a bénéficié d'une formation sur la physiologie et le soutien de l'allaitement maternel.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Recherche de contre-indication à l'allaitement</p> <p>La recherche de pathologie maternelle pouvant retentir sur l'allaitement est notée dans le dossier.</p> <p>La remise d'un document d'information sur les contre-indications abusives à l'allaitement est notée dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Séance de préparation à la naissance</p> <p>La participation de la femme enceinte à une séance de préparation à la naissance est notée dans le dossier.</p> <p>La participation d'un membre de l'entourage de la femme enceinte à une séance de préparation à la naissance est notée dans le dossier.</p> <p>Un consultant en lactation IBCLC participait à cette séance de préparation à la naissance.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Document d'information sur l'allaitement maternel</p> <p>La remise d'un document d'information sur l'allaitement maternel est notée dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 2 DE DEMARRAGE DE L'ALLAITEMENT A LA NAISSANCE				
Source dossier du patient : (future) mère ou enfant	OUI	NON	NA	Commentaires
Observation du nouveau-né L'observation du nouveau-né à la naissance s'est faite en présence de la mère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contact peau à peau Le nouveau-né a été mis en peau à peau (en l'absence de détresse vitale). Les soins de routine ont été faits après la première tétée.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Tétée précoce Une tétée a eu lieu en salle de naissance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Premiers conseils sur la mise en route de la lactation L'information donnée aux parents sur la nécessité de tétées sans restriction pour le démarrage de la lactation, l'inutilité de biberons et le fait que la mère ne dort pas plus lorsqu'elle n'allait pas la nuit, est notée dans le dossier. La glycémie du nouveau-né allaité n'a pas été contrôlée de façon systématique (en dehors d'un facteur de risque). Des conseils sur la bonne position du nouveau-né au cours de la tétée et la prise correcte du sein ont été donnés à la maternité.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Accompagnement d'une séparation Un contact en salle de naissance entre la mère et son enfant a eu lieu malgré des soins urgents. En cas de séparation à la naissance entre la mère et son enfant, l'expression du lait a débuté dans les premières 24 heures.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Préservation du réflexe de succion En l'absence de détresse vitale, le nouveau-né n'a pas eu de sonde d'aspiration dans les voies aériennes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 3 D'INSTALLATION DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF				
Source dossier du patient : (future) mère ou enfant	OUI	NON	NA	Commentaires
<p>Information sur la physiologie de l'allaitement et les besoins du nouveau-né</p> <p>Une information donnée aux parents sur la physiologie de l'allaitement est notée dans le dossier de la mère ou de l'enfant.</p> <p>Le professionnel qui a délivré cette information a reçu une formation sur la physiologie de l'allaitement.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Accompagnement des tétées</p> <p>La présence ou l'absence de signes d'allaitement efficace (diurèse, transit et prise de poids du nouveau-né, modifications du volume des seins et douleur des mamelons) est notée dans le dossier.</p> <p>La vérification que la mère sait reconnaître une tétée efficace avec transfert de lait est notée dans le dossier.</p> <p>L'observation systématique d'une tétée est notée dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Maintien de l'allaitement en l'absence de prise du sein</p> <p>En l'absence de prise du sein, l'enfant est alimenté en priorité avec le lait de sa mère.</p> <p>En cas de prématurité ou d'hypotrophie, la méthode « mère kangourou » est utilisée.</p> <p>En cas d'interruption de l'allaitement au sein, un soutien particulier est organisé pour sa reprise.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Examen de la maman et du bébé en cas de tétées inefficaces</p> <p>La recherche de facteurs de risque de tétées inefficaces est notée dans le dossier.</p> <p>En cas de tétée inefficace, l'évaluation des capacités de succion du nouveau-né est notée dans le dossier.</p> <p>En cas de tétées douloureuses, un examen des seins est noté dans le dossier.</p> <p>En cas d'engorgement avec douleur lors de la tétée, l'expression du lait suivie d'une tétée par le bébé a été effectuée et notée dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Identification des recours possibles</p> <p>L'identification des personnes ressource pour l'allaitement dans l'entourage de la maman est notée dans le dossier.</p> <p>Un rendez-vous programmé dans la première semaine de vie de l'enfant avec un professionnel de santé formé au suivi de l'allaitement est noté dans le dossier.</p> <p>Une liste à jour des associations de soutien à l'allaitement a été remise à la maman.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 4 DE POURSUITE DE L'ALLAITEMENT JUSQU'AU SEVRAGE				
Source dossier du patient : (future) mère ou enfant	OUI	NON	NA	Commentaires
<p>Contact avec un professionnel de santé</p> <p>La remise d'un document aux parents sur les difficultés éventuelles rencontrées au cours de l'allaitement et les moyens de les résoudre est notée dans le dossier.</p> <p>Le bon déroulement de l'allaitement ou les difficultés rencontrées sont notées à chaque consultation.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Information sur le déroulement physiologique de l'allaitement maternel</p> <p>La mère reçoit une contraception compatible avec l'allaitement.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Recours à un référent pour l'allaitement</p> <p>La proposition d'un recours à un référent pour l'allaitement en cas de difficultés de tétées est notée dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Résolution de difficultés des tétées</p> <p>En cas de difficulté de l'allaitement maternel, l'observation d'une tétée (par le professionnel engagé dans son évaluation ou par un correspondant référent pour l'allaitement) est notée dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Allaitement et pathologie maternelle aiguë</p> <p>Une consultation spécifique pour maintenir l'allaitement en cas de pathologie maternelle a été organisée.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Maintien de la lactation et conservation du lait en cas de séparation temporaire mère-enfant</p> <p>La remise d'un document d'information aux parents sur l'expression et la conservation du lait est notée dans le dossier.</p> <p>Une information donnée à la maman sur l'importance des tétées par l'enfant pour maintenir la lactation est notée dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Décision de sevrage</p> <p>Les motifs de la décision de sevrage sont notés dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Accompagnement du sevrage</p> <p>Une information donnée aux parents sur le sevrage, avec rappel des besoins nutritionnels de l'enfant, est notée dans le dossier.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V.5. Enquête auprès des (futurs) parents

Établissement ou réseau :	Grille n°
Unité fonctionnelle :	
Date de l'évaluation :	
Grille remplie par (nom et fonction) :	

PHASE 1 D'INFORMATION SUR L'ALLAITEMENT DURANT LA GROSSESSE				
Source (futurs) parents (il peut s'agir de la (future) mère seule)	OUI	NON	NA	Commentaires
Les futurs parents sont informés de l'intérêt de poursuivre l'allaitement maternel exclusif durant 6 mois lorsque cela est possible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La femme enceinte est informée de l'inutilité de préparer les seins à l'allaitement durant la grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les futurs parents ont reçu une information sur les contre-indications vraies et abusives à l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les futurs parents confirment qu'une séance de préparation à la naissance leur a été proposée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La femme enceinte a assisté à une séance de préparation à la naissance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un membre de l'entourage de la femme enceinte a assisté à une séance de préparation à la naissance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les futurs parents ont reçu un document d'information sur l'allaitement maternel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La femme enceinte a rencontré une femme ayant allaité avec succès.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 2 DE DEMARRAGE DE L'ALLAITEMENT A LA NAISSANCE				
Source (futurs) parents (il peut s'agir de la (future) mère seule)	OUI	NON	NA	Commentaires
Le réflexe de fuissement a été respecté en salle de naissance, sans « mise » au sein forcée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À la maternité, le nouveau-né est resté près de sa mère 24 heures/24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les parents sont informés que le nombre, la durée et l'intervalle entre les tétées ne sont pas limités lors de la mise en route de l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le nouveau-né allaité par sa mère n'a reçu pour l'alimenter que le lait de sa mère à la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les parents sont informés que les biberons d'eau sont inutiles, même lorsqu'il fait chaud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le nouveau-né allaité par sa mère n'a reçu ni tétine ni sucette à la maternité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La maman sait exprimer son lait manuellement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 3 D'INSTALLATION DE L'ALLAITEMENT EXCLUSIF				
Source (futurs) parents (il peut s'agir de la (future) mère seule)	OUI	NON	NA	Commentaires
Les parents sont informés du risque de baisse de lactation en cas de compléments de lait artificiel, en particulier lors de la mise en route de l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La mère sait reconnaître les signes précoces de faim sans attendre les pleurs pour nourrir l'enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le nombre de tétées est sans restriction, avec en moyenne 8 repas par 24 heures.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les parents sont informés sur les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée, sans restriction particulière.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La maman considère les tétées confortables et efficaces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La maman est informée de l'inutilité d'un nettoyage des mamelons (en dehors de la douche quotidienne).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En l'absence de prises du sein, la mère effectue des extractions de lait régulières après lavage des mains au savon, avec contact peau à peau fréquent et massage des seins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La mère sait identifier et faire face à un engorgement des seins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les parents peuvent citer une personne de leur entourage susceptible de les conseiller pour l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les parents connaissent l'existence d'associations de soutien à l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La maman est satisfaite du soutien reçu pour l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PHASE 4 DE POURSUITE DE L'ALLAITEMENT JUSQU'AU SEVRAGE				
Source (futurs) parents (il peut s'agir de la (future) mère seule)	OUI	NON	NA	Commentaires
Les parents sont informés que l'alimentation physiologique du nourrisson comprend un allaitement maternel durant 2 ans ou plus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les parents ont reçu une information sur la fertilité en cours d'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La mère sait à qui s'adresser pour obtenir un soutien en cas de difficultés liées à l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La mère a été prévenue de la possibilité de mastite et connaît la conduite à tenir pour y faire face.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les parents sont informés que peu de maladies ou thérapeutiques justifient un arrêt brutal de l'allaitement maternel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La mère dispose d'un dispositif d'extraction du lait, en connaît le fonctionnement, la périodicité d'utilisation et les règles d'hygiène liées à son emploi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La mère sait que son lait peut être conservé 8 jours au réfrigérateur dans un récipient non stérile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Les parents sont informés des mesures inscrites dans le Code du travail pour encourager la poursuite de l'allaitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La mère a concilié poursuite de l'allaitement et reprise d'activités.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le moment du sevrage correspond au souhait des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le sevrage a été bien vécu par la mère et son enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VI. AMELIORATION DE LA QUALITE

VI.1. Ressources pour la promotion de l'allaitement

La Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM) édite un document pour les professionnels de santé identifiant formations, organismes et documents utiles (annexe III). Ce document est mis à jour chaque année.

Plusieurs sites Internet rassemblent des informations destinées aux familles, parmi lesquels (sans exhaustivité) :

- Site des consultantes en lactation : <http://www.consultants-lactation.org> ;
- Action pour l'allaitement : <http://action.allaitement.free.fr> ;
- Allaitement de jumeaux et + : <http://allaitement-jumeaux.com> ;
- Site canadien : <http://www.allaitement.ca> ;
- Société européenne pour le soutien à l'allaitement maternel : <http://www.allaite.org> ;
- Réseau de soutien de l'allaitement : <http://www.adepafin.com> ;
- Réseaux de périnatalité, par exemple en Languedoc Roussillon : <http://www.perinat-lr.org>

De nombreux guides d'information pour les parents et les professionnels sur l'allaitement maternel sont réalisés ; entre autres :

- une brochure de la Commission régionale de la naissance d'Ile-de-France présente quelques actions de soutien de l'allaitement, et propose une bibliographie et des structures ressources⁹ (dr75-inspec-region-sante@sante.gouv.fr) (35) ;
- la Mairie de Paris diffuse une fiche technique sur l'allaitement maternel à la crèche (service de la protection maternelle et infantile du département de Paris) ;
- les réseaux de périnatalité distribuent des guides pratiques, comme le Réseau Périnatal Lorrain (rpl@maternite.chu-nancy.fr), l'association « Naître en Morbihan », etc.

Des CD sur l'allaitement maternel sont proposés, par exemple :

- en 2003 par Médialactée Amiens (contact@medialactee.com) « L'allaitement maternel, 9 mois et plus, une complicité prolongée » ;
- en 2005 par l'Association française de pédiatrie ambulatoire (pediatres.afpa@wanadoo.fr) « L'allaitement : de la première à la dernière tétée ».

⁹ www.ile-de-france.sante.gouv.fr

VI.2. Démarche qualité

L'objectif de la démarche qualité est d'intégrer les recommandations professionnelles dans la pratique quotidienne, afin de garantir la qualité des soins délivrés aux usagers du système de santé, dans une dynamique d'amélioration continue ; de nombreuses méthodes peuvent être utilisées (36).

La qualité des soins a différentes dimensions :

- la qualité voulue définie par les professionnels et le législateur, décrite par des objectifs de qualité ;
- la qualité effectivement délivrée, mesurée par des critères d'évaluation ;
- la qualité attendue par les patients, résultante de leurs besoins de santé et de leur expérience antérieure ;
- la qualité perçue, expérimentée par le patient.

Instaurer une démarche qualité consiste à réfléchir :

- sur la meilleure pratique professionnelle en référence aux connaissances scientifiques ;
- sur la façon dont la pratique est réalisée dans la réalité ;
- sur les écarts constatés entre ce qui est fait et la pratique souhaitée ;
- sur les actions d'amélioration à mettre en œuvre.

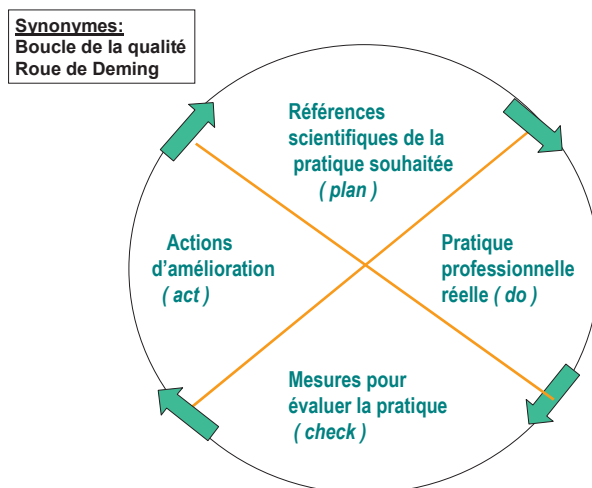


Figure 6 : démarche qualité

Pour être efficace, cette démarche est conduite par les professionnels impliqués dans le processus considéré. Elle nécessite un recueil de données au moyen de critères d'évaluation pour mesurer ce qui est fait (notamment dans le dossier patient). L'analyse des résultats de l'évaluation est de préférence collective, au sein de groupes de professionnels libéraux ou d'équipes hospitalières ; un regard extérieur est souhaitable pour faciliter la réflexion. Il est nécessaire d'établir des priorités dans les changements à apporter dans la pratique professionnelle considérée. Dans les établissements de santé, la direction doit être associée au choix d'axes d'amélioration. La mise en œuvre des actions est planifiée dans le temps. L'efficacité de chaque action est mesurée et suivie dans le temps ; les résultats sont diffusés auprès des membres de l'équipe. Il est indispensable d'assurer une démarche pérenne (37).

Par exemple, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) propose un document associant rappel des recommandations, critères d'évaluation, protocoles et chemin clinique sur le soutien de l'allaitement (38).

Exemple : amélioration de l'accueil du nouveau-né en salle de naissance (mémoire pour le certificat de consultant en lactation) (39)

Ce mémoire décrit l'évolution d'une maternité. L'aspect culturel de l'accueil du nouveau-né est étudié à travers le monde et dans l'histoire du XX^e siècle en France. Ces pratiques sont mises en regard des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, en particulier les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel diffusées en collaboration avec l'UNICEF.

Avant 1954 les soins hospitaliers étaient assurés par une congrégation de religieuses ; les nouveau-nés étaient séparés de leur mère, alimentés après 24 heures de jeûne, par 6 repas à heures fixes entre 5 h et 20 h, avec des compléments systématiques de lait artificiel en cas d'allaitement maternel. Le centre hospitalier de la ville a ouvert en 1978, avec une sœur sage-femme comme surveillante de la maternité jusqu'en 1992 ; les pères ont été autorisés à entrer en salle de naissance à partir de 1986 ; les horaires de repas sont restés rigides, avec un temps limité de tétée. L'arrivée d'une nouvelle surveillante laïque a été l'occasion du début de la réflexion sur l'accueil en maternité, favorisée par une formation continue de l'équipe, notamment sur la promotion de l'allaitement maternel.

Les nouvelles pratiques sont mises en place progressivement : à partir de 1999 les mères peuvent assister aux soins du bébé ; depuis 2004 la protection thermique du nouveau-né est renforcée par une série de mesures dont l'ajout d'un bonnet au pack nouveau-né ; le peau à peau, le respect du réflexe de fuissement et une tétée précoce sont favorisés. Les résistances au changement existent ; mais l'évaluation montre que désormais 40 % des nouveau-nés sont posés sur le ventre de leur mère à la naissance (0 avant juin 2004) et 78 % des allaitements maternels commencent en salle de naissance. L'amélioration continue de la qualité des soins est lancée ! Elle sera renforcée par la formation de consultante en lactation d'un membre de l'équipe.

VI.3. Projet d'amélioration de la qualité

Le changement est un élément clé de toute amélioration ; **les facteurs de succès sont la focalisation sur le client, la description du processus observé dans la réalité, le travail en équipe et la mise à l'essai des changements** apportés aux processus par le biais de l'utilisation des données. Les approches et les outils sont multiples (40). L'amélioration des processus de soins, non seulement engendre de meilleurs résultats pour le patient, mais réduit aussi le coût de la prestation des services : elle élimine le gaspillage, le travail inutile et le travail à refaire ; les changements dans l'organisation permettent une meilleure utilisation des ressources.

La démarche d'amélioration de la qualité peut être décrite selon 4 étapes génériques, chacune indispensable pour faire progresser la qualité :

1. **Identifier** : déterminer ce que l'on doit améliorer (énoncer le problème et les raisons pour lesquelles le travail d'amélioration est prioritaire, fixer des limites et des buts).
2. **Analyser** : comprendre le problème ou le système de soins (pourquoi le processus engendre l'effet que nous cherchons à remédier).
3. **Développer** : faire des hypothèses concernant les changements qui permettraient de remédier au problème (solutions) ; faire un choix en fonction de critères tels que l'urgence ou la faisabilité ; prévoir une planification et des délais d'ajustement.
4. **Tester/mettre en œuvre** : tester les solutions envisagées pour identifier celles qui apportent des améliorations ; en fonction des résultats, décider s'il faut abandonner, modifier ou mettre en œuvre la solution. Formation, communication et participation de tous les professionnels impliqués dans le processus modifié sont essentiels pour la réussite du changement.

Une façon de mesurer si un changement s'est traduit par des améliorations est de procéder à un suivi d'indicateurs (41). Un indicateur est une variable mesurable (ou caractéristique) utilisée pour suivre dans le temps (évolution après des actions d'amélioration) ou l'espace (comparaison avec d'autres pratiques) le niveau de performance d'un processus ou la réalisation d'un objectif de qualité. Les variations sont étudiées pour en comprendre les causes. La comparaison entre différentes équipes permet d'aller chercher des idées d'amélioration auprès de ceux qui ont les meilleurs résultats (*benchmarking* ou parangonnage).

Exemples :

- taux d'allaitement exclusif de la naissance à la sortie de la maternité ;
- taux d'allaitement, partiel ou exclusif, à 1 mois, 4 mois et 6 mois.

ANNEXES

I. MÉTHODE DE TRAVAIL

I.1. Promoteurs

Ce document est réalisé à l'initiative des sociétés professionnelles de sages-femmes : la Fédération nationale de formation continue (ASINCOPROB), l'Ordre national des sages-femmes (CNOSF), l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF), l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) et le Collège national des sages-femmes (CNSF). Leurs interlocuteurs à la Haute Autorité de santé (HAS) pour démarrer le projet ont été le D^r Marielle LAFONT, responsable de la mission formation, M^{me} Rose DERENNE, chef de projet à la mission formation, et le P^r Jean-Michel CHABOT, chef du service Évaluation des pratiques professionnelles.

Les promoteurs organisent la diffusion du document auprès des professionnels de santé.

Le financement est assuré par la HAS.

I.2. Comité de pilotage

Le comité de pilotage a préparé les réunions du groupe de travail et fait la synthèse des travaux.

M^{me} Catherine FOULHY, cadre sage-femme au CHU de Clermont-Ferrand et présidente de l'ASINCOPROB, préside le projet ;

M^{me} Catherine KILLIAN-BUZY (ANPDE¹⁰), puéricultrice consultante en lactation en PMI à Longwy, est chargée de projet ;

D^r Marina MARTINOWSKY, chef de projet à la HAS, coordonne les travaux ;

M^{me} Marie ERBAULT, chef de projet à la HAS, est l'expert méthode ;

M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste à la HAS, est assistée de M^{me} Maud LEFEVRE ;

M^{me} Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet à la HAS, apporte son expérience dans la réalisation de recommandations professionnelles sur le thème.

I.3. Groupe de travail

La méthode de travail repose sur l'analyse des recommandations professionnelles et l'expérience de terrain des membres du groupe de travail. Le groupe de travail est parti de la description du processus de soutien de l'allaitement maternel puis a utilisé la méthode du chemin clinique (17). Des exemples d'actions d'amélioration ont été proposés, en veillant à leur acceptabilité dans le contexte de santé publique en France.

Le groupe de travail est pluriprofessionnel et multidisciplinaire, exerçant en secteur public et privé, d'origines géographiques variées, afin de représenter la diversité des professionnels de santé concernés par le soutien de l'allaitement maternel. Il s'est réuni 3 journées à Saint-Denis dans les locaux de la HAS, et a discuté par voie électronique entre les réunions.

- D^r André BRIEND, médecin nutritionniste à l'OMS¹¹, Genève, Suisse ;

¹⁰ Association nationale des puéricultrices diplômées d'État et des étudiantes.

¹¹ Organisation mondiale de la santé.

- M^{me} Christine CHATELET, sage-femme et puéricultrice au CHU de Clermont-Ferrand ;
- M^{me} Anne-Marie CURAT (CNOSF), cadre sage-femme au CHI du Val-d'Ariège ;
- M^{me} Francine DAUPHIN (ONSSF), sage-femme à exercice libéral, Paris ;
- M^{me} Florence HELARY-GUILLARD (ANSFL), sage-femme à exercice libéral, Larré ;
- M^{me} Claude LEBLAY (ANAP ¹²), auxiliaire de puériculture consultante en lactation, service de néonatalogie au CH de Caen ;
- D^r Marie-Claude MARCHAND (CoFAM ¹³), pédiatre PMI, consultante en lactation, Conseil général 91 ;
- D^r Laure MARCHAND-LUCAS (CREFAM ¹⁴), médecin généraliste consultante en lactation, Paris ;
- D^r Bernard MARIA (conseil scientifique de la CoFAM ¹², groupes de travail ou de lecture Anaes/HAS) gynécologue-obstétricien chef de service au CHI de Villeneuve-Saint-Georges ;
- M^{me} Fabienne MASSON (CNSF), sage-femme au CH de Gommegnies ;
- D^r Patrick MIGET, médecin généraliste, Liverdun ;
- D^r Carole SIBAÏ-SERE (Collège de gynécologie), gynécologue, Bordeaux ;
- D^r Jean STAGNARA (SFP ¹⁵ et AFPA ¹⁶), pédiatre, Lyon ;
- M^{me} Martine STOMEIO, auxiliaire de puériculture consultante en lactation à la maternité du CH de Briey ;
- D^r Constanza VALLENAS, pédiatre à l'OMS, Genève, Suisse.

Les associations de mères ont un rôle primordial dans le soutien de l'allaitement, notamment par la réalisation de sites Internet d'information. Elles ne sont pas représentées dans le groupe de travail car le document concerne les pratiques professionnelles. Cependant ces associations ont participé à la rédaction des recommandations professionnelles utilisées comme sources pour les objectifs de qualité des professionnels de santé.

1.4. Recherche documentaire

Bases de données bibliographiques automatisées :

- Medline (*National library of medicine*, États-Unis) ;
- CINAHL (États-Unis) ;
- *Cochrane library Database* (Grande-Bretagne) ;
- *National guideline clearinghouse* (États-Unis) ;
- BDSP (Banque de données en santé publique, Rennes).

En complément, les membres du groupe de travail ont fourni leur propre documentation (articles et littérature grise).

¹² Association nationale des auxiliaires de puériculture.

¹³ Coordination française pour l'allaitement maternel.

¹⁴ Centre de recherche, d'évaluation et de formation à l'allaitement maternel.

¹⁵ Société française de pédiatrie.

¹⁶ Association française de pédiatrie ambulatoire.

Tableau 1 : Stratégie de recherche documentaire

Type d'étude / Sujet	Termes utilisés	Période
Les recommandations pour la pratique clinique (Medline)		2000-2005
Etape 1	Lactation OU Breast feeding	
ET		
Etape 2	<i>Guideline(s) OU Practice guideline(s) OU Health planning guideline(s) OU Consensus development conferences OU Consensus development conferences, NIH</i>	
Les audits (Medline et CINAHL)		2000-2005
Etape 1		
ET		
Etape 3	<i>Audit OU Medical audit OU Nursing audit OU Management audit</i>	
La littérature française (BDSP)		2000-2005
Nombre total de références		Nombre
Références obtenues sur les banques de données		157
Références analysées		56
Références citées		41

1.5. Grade des recommandations

Le grade d'une recommandation est établi à partir du niveau de preuve scientifique et de l'accord professionnel sur le sujet. La validité scientifique d'une étude est fonction de la qualité de la méthodologie et de sa réalisation, de l'analyse de ses résultats et de la pertinence de ses conclusions.

Grade A des recommandations = preuve scientifique établie = **prouvé**.

Niveau 1 de preuve scientifique fournie par la littérature : essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyses d'essais comparatifs randomisés.

Grade B des recommandations = présomption scientifique = **présumé**.

Niveau 2 de preuve scientifique fournie par la littérature : essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées.

Grade C des recommandations = faible niveau de preuve scientifique = **admis**.

Niveau 3 de preuve scientifique fournie par la littérature : études cas-témoins, études de cohorte.

Niveau 4 de preuve scientifique fournie par la littérature : études comparatives comportant des biais importants, études rétrospectives, séries de cas, études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Accord professionnel = **consensus d'experts** formalisé par une méthode explicite.

II. OBSERVATION D'UNE TÉTÉE (UNICEF/WHO ¹⁷).

Nom de la mère :

Date :

Nom de l'enfant :

Age de l'enfant :

Signes que la tétée se passe bien	Signes d'éventuelles difficultés
<p>SIGNES GÉNÉRAUX</p> <p><input type="checkbox"/> La mère paraît en bonne santé</p> <p><input type="checkbox"/> La mère est détendue et à l'aise</p> <p><input type="checkbox"/> Interactions entre la mère et l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant paraît en bonne santé</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est calme et détendu</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant cherche à atteindre le sein quand il a faim</p>	<p><input type="checkbox"/> La mère semble malade ou déprimée</p> <p><input type="checkbox"/> La mère paraît tendue et inconfortable</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de contact visuel mère/enfant</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant paraît endormi ou malade</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant agité ou pleure</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant ne s'intéresse pas au sein</p>
<p>SEINS</p> <p><input type="checkbox"/> Les seins sont cliniquement normaux</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de douleur ou d'inconfort</p> <p><input type="checkbox"/> Le sein est bien soutenu avec les doigts à distance du mamelon</p>	<p><input type="checkbox"/> Les seins sont rouges, engorgés ou fissurés</p> <p><input type="checkbox"/> Sein ou mamelon douloureux</p> <p><input type="checkbox"/> Le sein est tenu avec les doigts sur l'aréole</p>
<p>POSITION DE L'ENFANT</p> <p><input type="checkbox"/> La tête et le corps de l'enfant sont dans le même axe</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est tenu près du corps de la mère</p> <p><input type="checkbox"/> Le corps entier de l'enfant est soutenu</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant approche le sein avec le nez sur le mamelon</p>	<p><input type="checkbox"/> Le cou et la tête de l'enfant sont tournés</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est tenu loin de sa mère</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant est soutenu seulement par la tête et le cou</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant approche le sein avec la lèvre inférieure ou le menton sur le mamelon</p>
<p>PRISE DU SEIN</p> <p><input type="checkbox"/> On voit plus d'aréole au-dessus de la lèvre supérieure de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> La bouche de l'enfant est grande ouverte</p> <p><input type="checkbox"/> La lèvre inférieure est éversée</p> <p><input type="checkbox"/> Le menton de l'enfant touche le sein</p>	<p><input type="checkbox"/> On voit plus d'aréole en-dessous de la lèvre inférieure</p> <p><input type="checkbox"/> La bouche de l'enfant est peu ouverte</p> <p><input type="checkbox"/> Les lèvres pointent en avant ou sont rentrées</p> <p><input type="checkbox"/> Le menton de l'enfant ne touche pas le sein</p>
<p>SUCCION</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant tète lentement et profondément avec des pauses</p> <p><input type="checkbox"/> Les joues sont rondes pendant la succion</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant lâche le sein spontanément</p> <p><input type="checkbox"/> La mère ressent les signes de sécrétion d'ocytocine</p>	<p><input type="checkbox"/> Mouvements de succion rapides</p> <p><input type="checkbox"/> Les joues sont creusées pendant la succion</p> <p><input type="checkbox"/> La mère retire l'enfant du sein</p> <p><input type="checkbox"/> La mère ne ressent pas de signe de sécrétion d'ocytocine</p>

COMMENTAIRES

¹⁷ <http://www.who.int/child-adolescent-health/> ; http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html

III. RESSOURCES POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Document réalisé et diffusé par la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel, octobre 2006.

Vous êtes un **professionnel** à la recherche d'une adresse, d'un site Internet, d'un livre ?

En identifiant les organismes ressources, en repérant les documents et autres sources d'informations, cette sélection facilitera votre pratique quotidienne.

Les organismes, sites et documents sont classés par ordre alphabétique.

Formations

Les formations se déroulent sur le lieu de travail des professionnels (maternité, Protection Maternelle et Infantile (PMI), ...), mais certains organismes proposent aussi des formations en inter (autres lieux).

Couverture nationale

- **Institut Prévention Santé en Néonatalogie (IPSN) - Formations Co-Naitre®**
L'Escandihado, 97 route de la Bonde, 84120 Pertuis, tél. : 06 09 52 53 79 (13h à 18h),
répondeur/fax : 04 90 79 66 24, contact@co-naitre.net, www.co-naitre.net ;
- **La Leche League (LLL) France Formation**
Secrétariat formation LLL, 87 rue de Paris, 92110 Clichy, tél./fax : 01 47 37 41 46,
secretariat-formation@lllfrance.org ; www.lllfrance.org
- **Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel (SESAM)**
6 rue Jarente, 75004 Paris, fax : 01 42 74 56 62, formation@allaite.org ; www.allaite.org

Couverture régionale

- Haute- et Basse-Normandie
Réseau Normand pour l'Allaitement (RENOAL), 5, rue de Valherel, 14500 Vire,
tél. : 02 31 67 98 00 ;
- Rhône-Alpes
Information Pour l'Allaitement (IPA), tél 06 75 81 42 53, www.info-allaitement.org
- autres organismes locaux : consulter l'**annuaire de la CoFAM**,
www.coordination-allaitement.org

Séminaire IHAB

Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM), 12 rue Parmentier, 33510 Andernos-les-Bains, tél/fax : 05 56 26 00 84, ihab-cofam@wanadoo.fr ; 2 jours, Paris et province.

Diplômes

Deux formations diplômantes en France sont consacrées à l'allaitement maternel.

Consultant(e)s en lactation IBCLC (*International Board Certified Lactation Consultant*)

Certificat international validant une expérience professionnelle et une formation théorique et pratique sur l'allaitement maternel. Formation de 5 semaines, stage et mémoire. Examen annuel à Paris et Lyon en juillet. Réservé aux personnes pouvant justifier d'une expérience de soutien à des mères allaitantes.

Formations pour préparer le certificat :

- **Association Française des Consultant(e)s en Lactation (AFCL)**, 26 rue des Gouttes, 69290 Saint-Genis-les-Ollières, tél. : 04 37 22 07 35, fax: 04 37 22 02 34,
coordination-formation@photokoo.com
- **Centre de Recherche, d'Évaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel (CREFAM)** 7, avenue de la Porte-de-Choisy - Esc. 5, 75013 Paris, tél. : 01 45 82 03 94, fax : 01 45 86 62 36, FormationCREFAM@aol.com

Des formations de consultant en lactation peuvent être organisées sur place. Se renseigner.

Diplôme inter-universitaire « lactation humaine et allaitement maternel » (DIULHAM), Brest, Grenoble, Lille

Diplôme inter-universitaire français sur l'allaitement maternel dont la formation est placée sous la responsabilité du P^r Pons et mis en place par le D^r Marie Thirion et le D^r Gisèle Gremmo-Feger. Réservé aux médecins, sages-femmes et puéricultrices. Trois semaines de formation, mémoire, examen final. Site de formation en 2007 : Hôpital Morvan CHU de Brest.

- UFR Médecine et Sciences de la santé, Formation Continue en santé, CS 93837-29297 Brest cedex 3 ; Tél. : 02 98 01 69 50 ; www.univ-brest.fr/medecine, www.co-naitre.net

Sites internet

Sites consacrés à l'allaitement maternel et à destination des professionnels de santé.

- www.co-naitre.net

Site de l'Institut Co-Naitre, avec des articles de Marie Thirion, Gisèle Gremmo-Feger, etc.

- www.coordination-allaitement.org

Site de la Coordonation Française pour l'Allaitement Maternel, avec l'annuaire des associations et des formations, des pages sur la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) et des pages sur l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) en France.

- www.info-allaitement.org

Site d'Information Pour l'Allaitement. Pages pour les mères et pour les professionnels (notamment pages du Centre documentaire pour l'allaitement maternel CERDAM).

- www.lllfrance.org

Site de La Leche League. Informations pratiques pour les mères et pour les professionnels de santé.

- www.santeallaitementmaternel.org

Site mis en place avec le concours de Marie Thirion et le soutien financier du FIF-PL (Fond Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux), géré par IPSN Co-Naitre'

- **Autres sites internationaux utiles :**

OMS : www.who.int ; UNICEF : www.unicef.org ; IHAB : www.babyfriendly.org.uk ;

World Alliance for Breastfeeding Action : www.waba.org ;

Infant Baby Food Action Network : www.ibfan.org ;

La Leche League International : www.la lecheleague.org

Se rassembler et s'organiser

Organismes fédérant des professionnels

- La **Coordination Française pour l'Allaitement Maternel**, organisatrice de la SMAM (smam@coordination-allaitement.com) et de l'IHAB (ihab@coordination-allaitement.com), rassemble une centaine d'associations et des individus, www.coordination-allaitement.org ;
- La **Leche League France et ses Référents médicaux** dossiers@lllfrance.org ou www.lllfrance.org ;
- Réseaux départementaux (PMI, libéraux, maternités, services néonatalogie, pédiatrie, associations, ...) ;
- Réseaux régionaux pilotés par les DRASS (Direction Régionale d'Action Sanitaire et Sociale) ou par les Comités Régionaux pour la Naissance.

Conférences, colloques

- Les **Journée Régionales pour l'Allaitement (JRA)** organisées par la CoFAM et le Ministère de la Santé.
- La **Journée Nationale pour l'Allaitement (JNA)** organisée tous les deux ans par la CoFAM (en alternance avec la JIA) avec des partenaires locaux.

- La **Journée Internationale pour l'Allaitement (JIA)** à Paris, organisée tous les deux ans par La Leche League.
- La **Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM)** est l'occasion de conférences et de manifestations chaque année sur toute la France (3^e semaine d'octobre).

Documents (livres, revues, ...)

Sélection de documents destinés aux professionnels pour soutenir leurs pratiques quotidiennes. La plupart ne sont pas vendus en librairie (voir « adresses utiles » ci-dessous).

- **Allaitement maternel : comment favoriser sa réussite. Un guide pratique pour les professionnels de santé**, par T.Vinther et E. Helsing, OMS - IPA, 1997. Diffusé par le CERDAM. Présentation synthétique de l'accompagnement des mères et de leurs bébés.
- **Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant**, Anaes, 2002. 150 pages synthétisant les études internationales. Recommandations. Télécharger gratuitement sur www.has-sante.fr
- **De la première à la dernière tétée**, cédérom sur la pratique de l'allaitement édité par l'AFPA, à commander 17 rue Jolimont 31500 Toulouse. pediatres.afpa@wanadoo.fr
- **Données scientifiques pour favoriser le succès de l'allaitement**, OMS, 1999. Diffusé par le CERDAM et la CoFAM. Les 10 conditions de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé détaillées et argumentées.
- **Dossiers de l'allaitement (les)**, trimestriel, La Leche League. Dossiers, cas cliniques, revue de presse, coin du prescripteur...
- **Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère**, par la Société française de pédiatrie (SFP), diffusé par le Ministère de la Santé. www.sante.gouv.fr
- **Medications and mother's milk**, T Hale. 11^{ème} ed. Pharmasoft publishing 2004
<http://neonatal.ama.ttuhs.edu/lact/>
- **Pediatric Clinics of North America**, Synthèse des connaissances de base en 2 volumes
1 The evidence for breastfeeding. Vol 48(1) février 2001
2 The management of breastfeeding. Vol 48(2) avril 2001.
- **Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères**, Royal College of Midwives, Masson, 2003. Ecrit par des sages-femmes anglaises, un exposé des « bonnes pratiques » permettant un bon démarrage de l'allaitement.
- **Traité de l'allaitement maternel**, La Leche League, 1999. 660 pages d'informations pratiques et scientifiques sur tous les aspects de l'allaitement. Consultation facilitée (index, sommaire détaillé).

Adresses utiles

- **CERDAM**, tél/fax : 04 78 42 09 16, www.info-allaitement.org ; cerdam@info-allaitement.org
Livres, K7, dossiers thématiques, rapports (IPA, OMS, LLL, ...), thèses, revues, etc.
Consultation sur place, vente par correspondance.
- **La Leche League (LLL)**, BP 18, 78640 L'Étang La Ville, www.lllfrance.org ; dossiers@lllfrance.org
Livres, feuillets, rapports, synthèses bibliographiques. Vente par correspondance.
- **Médialactée**, 3 rue Caudron, 80000 Amiens, tél. : 03 22 71 00 71 ; fax: 03 22 72 09 97 ; contact@creacom.fr ; www.medialactee.com
Vente de K7 vidéo, DVD.

Associations de mères

- **La Leche League**, tél. : 01 39 584 584, www.lllfrance.org
- **Solidarilait**, tél. : 01 40 44 70 70, www.solidarilait.org

Voir l'**annuaire de la CoFAM** pour les autres associations www.coordination-allaitement.org

RÉFÉRENCES

1. American Academy of Pediatrics, AAP. Breastfeeding and the use of human milk. Organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children. *Pediatrics* 2005; 115(2): 496-506.
2. Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève: OMS; 1999.
3. UNICEF, WHO. Baby-Friendly hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 3.2 : Breastfeeding, a Promotion and Support in a Baby-Friendly Hospital, a 20-hour course for maternity staff, preliminary version. UNICEF;WHO; 2006.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève: OMS; 2003.
5. Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS¹⁸), Unit for Health Services Research and International Health, WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. Promotion of breastfeeding in Europe. EU project contract N SPC 2002359. Trieste: IRCCS; 2004.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence, Public Health Collaborating Centre for Maternal and Child Nutrition, Dyson L, Renfrew M, McFadden A, McCormick F, *et al.* Effective action briefing on the initiation and duration of breastfeeding. Effective action recommendations. York: The University of York; 2005.
7. Centers for Disease Control and Prevention. The CDC guide to breastfeeding interventions. Atlanta (G): CDC; 2005.
8. Société Française de Pédiatrie, Direction Générale de la Santé. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant. Programme national nutrition santé. Paris: Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille; 2004.
9. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plogemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005;162(5):397-403.
10. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Breart G. Enquête nationale périnatale. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris: Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale; 2005.
11. Haute Autorité de santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2005.
12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2003.
13. Haute Autorité de santé. Revue de mortalité morbidité. Une méthode d'amélioration de la qualité. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2005.
14. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé: principes méthodologiques. Paris: ANAES; 1996.
15. Haute Autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
16. Organisation Mondiale de la Santé. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: guide de pratiques essentielles. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Genève: OMS; 2003.
17. Haute Autorité de santé. Le chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
18. Spatz DL, Goldschmidt KA. Preserving breastfeeding for the rehospitalized infant: a clinical pathway. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006; 31(1): 45-53.
19. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris: ANAES; 2000.

¹⁸http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

20. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002.
21. International Lactation Consultation Association. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. Raleigh (NC): ILCA; 2005.
22. Royal College of Midwives. Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères. Paris: Masson; 2003.
23. UNICEF UK Baby Friendly Initiative. Introducing the baby friendly best practice standards into breastfeeding education for student midwives and health visitors 2002. http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/ed_stds_publication.pdf [consulté le 21-6-2006].
24. Haute Autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2005.
25. Killian-Buzy C. Groupe de soutien à l'allaitement : une dynamique de transfert de savoir. Formation CREFAM pour l'obtention du certificat de consultante en lactation IBCLC. Paris: Centre de recherche d'évaluation et de formation à l'allaitement; 2004.
26. Haute Autorité de Santé. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
27. Organisation Mondiale de la Santé. La protection thermique du nouveau-né : guide pratique. Genève: OMS; 1997.
28. The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM protocols. Clinical protocols Number 7 2005. http://www.bfmed.org/ace-files/protocol/mhpolicy_ABM.pdf [consulté le 21-6-2006].
29. Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF. Déclaration conjointe. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. In: Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Genève: OMS; 1989.
30. Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent. La relactation. Connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique. Genève: OMS; 1998.
31. Gremmo-Feger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance. Les dossiers de l'allaitement 2002; 51.
32. Human Milk Banking Association of North America. Best practice for expressing, storing and handling human milk in hospitals, homes and child care settings. Raleigh (NC): HMBANA; 2005.
33. Organisation Mondiale de la Santé. La méthode "mère kangourou". Genève: OMS; 2005.
34. UNICEF UK Baby Friendly Initiative. Implementing the baby friendly best practice standards. A guide to implementing the Baby friendly best practice standards for breastfeeding in maternity and community health care facilities. London: United National Children's Fund (UNICEF); 2003.
35. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Île-de-France, Inspection Régionale de la Santé. L'allaitement maternel en Ile-de-France. Paris: DRASS; 2005.
36. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: ANAES; 2000.
37. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris: ANAES; 2002.
38. Registered Nurses Association of Ontario. Breastfeeding best practice guidelines for nurses 2003.
39. Stomeo M. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance. Bénéfices du peau à peau. Certificat de consultant en lactation IBCLC. Paris: Formation CREFAM; 2005.
40. Massoud R, Askov K, Reinke J, Miller Franco L, Bornstein T, Knebel E, *et al.* Un paradigme moderne de l'amélioration de la qualité des soins de santé. Projet d'assurance de qualité. Bethesda (MD): Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID); Projet d'Assurance de Qualité (PAQ); 2002.
41. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux. Paris: ANAES; 2002