



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation de l'impact des mesures correctives sur l'information prénatale dans une maternité universitaire : une étude avant-après**

Présentée et soutenue publiquement le 14 septembre 2015 à 18h  
Au Pôle Formation

**Par Asma BENABOUD - KRIUAR**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Dominique TURCK**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Damien SUBTIL**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Monsieur le Docteur Thameur RAKZA**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Béatrice MESTDAGH**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## **Liste des abréviations**

**IHAB** : Initiative Hôpital Ami des Bébés

**JDF** : Jeanne de Flandre

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**SFP** : Société Française de Pédiatrie

**UNICEF**: United Nations International Children's Emergency Fund

**IBCLC** : International Board Certified Lactation Consultant

**CPN** : Consultation Périnatale

**AM** : Allaitement Maternel

**AME** : Allaitement Maternel Exclusif

**AA** : Alimentation Artificielle

**SPN** : Séances de Préparations à la Naissance

**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>10</b>
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>22</b>
1. OBJECTIF ET TYPE D'ETUDE .....	22
2. LE CRITERE DE JUGEMENT .....	22
3. CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION.....	23
4. RECUEIL DES DONNEES .....	23
5. ANALYSE STATISTIQUE.....	25
<b>RESULTATS .....</b>	<b>26</b>
1. CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS .....	26
2. CHOIX DU MODE D'ALIMENTATION POUR LA GROSSESSE EN COURS.....	26
3. NIVEAU D'INFORMATION .....	27
3.1. <i>Information écrite</i> .....	27
3.2. <i>Information orale</i> .....	28
3.3. <i>Traçabilité de l'information donnée à la patiente</i> .....	29
4. FACTEURS QUI INFLUENCENT LE NIVEAU D'INFORMATION .....	29
4.1 <i>La parité</i> .....	29
4.2 <i>La participation aux SPN</i> .....	30
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>31</b>
1. ANALYSE DE NOS RESULTATS.....	31
2. PERSPECTIVES D'AVENIR .....	36
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>39</b>
<b>TABLEAUX .....</b>	<b>40</b>
<b>FIGURES ET ANNEXES.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>52</b>

## **RESUME**

**Contexte** : La maternité Jeanne de Flandre est engagée dans la démarche IHAB depuis 2010. Concernant la recommandation 3 qui traite de l'information prénatale, un état des lieux en 2014 indiquait que la maternité n'était qu'à la moitié des objectifs fixés par l'IHAB soit environ 35% des femmes informées pendant la grossesse. Des facteurs influençant l'information ont été retrouvés permettant de mettre en place des mesures visant à améliorer le niveau d'information de ces femmes.

**Objectif** : Evaluer l'impact de mesures correctives mises en place après le premier audit en 2014 pour améliorer l'information prénatale sur l'allaitement maternel et l'accueil du nouveau-né.

**Méthode** : Etude prospective mono-centrique comparative de type avant-après réalisée 1 an après le premier recueil. Les patientes étaient interrogées après la consultation d'anesthésie prénatale.

**Résultats** : 272 patientes ont été incluses en 2015 contre 270 en 2014. Les 2 populations étaient comparables concernant les caractéristiques sociodémographiques. Amélioration de l'information orale qui est passée de 34,7% à 47,4% ( $p < 0,01$ ), la distribution du flyer (information écrite) est passée de 37% à 72,8% ( $p < 0,01$ ) et la traçabilité de l'information dans le dossier obstétrical est passée de 34% à 88,6% ( $p < 0,01$ ).

**Conclusion** : Malgré la progression de nos résultats, ceux-ci ne répondent pas entièrement aux objectifs IHAB qui recommandent que 70% de patientes soient informées par oral et par écrit. Il existe une discordance entre l'information donnée par le consultant et ce que rapporte la patiente. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts afin de personnaliser l'information en consultation, en multipliant et diversifiant les moyens d'informer les futurs parents.

## **INTRODUCTION**

Le terme « allaitement » est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère (1).

Pour l'OMS, la HAS et la SFP, l'allaitement maternel (AM) est le mode d'alimentation idéal de l'enfant. En effet, le lait maternel contient tous les nutriments dont un nourrisson a besoin pendant les six premiers mois de sa vie (2)(3)(4). L'allaitement maternel peut être ensuite poursuivi jusqu'aux 2 ans de l'enfant voire plus, en y associant parallèlement la diversification alimentaire.

Outre le côté pratique, écologique et économique, il existe plusieurs bénéfices pour la santé de l'enfant (3)(4) : croissance optimale, diminution de l'incidence des infections digestives, ORL et respiratoires (avec diminution du nombre d'hospitalisations pour ces motifs), prévention de l'obésité et du diabète chez l'enfant et l'adolescent, diminution du risque d'allergie en cas d'atopie familiale, diminution du risque de mort subite du nourrisson.

Les bénéfices pour la santé de la mère sont également nombreux : retour au poids d'avant la grossesse plus rapide, effet protecteur contre le cancer du sein et de l'ovaire.

Le tabac ne représente pas une contre-indication à l'allaitement. Le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer. Toutefois, si la maman ne souhaite pas arrêter de fumer, l'allaitement reste le meilleur des choix pour ces bébés fragilisés par le tabagisme passif (5)(6).

Les contre-indications à l'allaitement maternel sont exceptionnelles (1), certaines sont liées à l'enfant (galactosémie) et d'autres à la maman (VIH, HTLV1 et 2, herpès mamelonnaire, drogues).

La plupart des médicaments sont compatibles avec l'AM et ne constituent que rarement une contre-indication à l'AM (7).

Devant les très nombreux bénéfices et les quelques rares contre-indications à l'allaitement, on observe parfois de façon incohérente de faibles taux d'allaitement dans le monde. Vers la fin du XXème siècle, face à la catastrophe sanitaire existante dans les pays en voie de développement n'ayant pas d'eau potable, la promotion de l'AM devient toutefois un enjeu de santé publique. En effet, les dons massifs de lait artificiel dans ces pays souffrant de famine ont entraîné paradoxalement une augmentation de la mortalité et de la morbidité infantile. C'est dans ce contexte qu'a été lancée en 1992 par l'OMS et l'UNICEF, l'« Initiative Hôpital ami des bébés » (IHAB) afin de promouvoir et d'essayer d'encourager l'allaitement dans le monde.

Progressivement, l'IHAB dépasse la seule promotion de l'allaitement maternel et permet de créer un état d'esprit d'accueil et d'accompagnement de la famille et du nouveau-né qui bénéficiera aux mamans et à leurs enfants allaités ou non. C'est avec ce nouvel état d'esprit que l'IHAB est créée en France avec le soutien de l'UNICEF dans les années 2000. Il s'agit d'une démarche qualité, évaluable qui permet de mettre en place des pratiques professionnelles adaptées garantissant la qualité des soins délivrés aux nouveau-nés et à leurs parents. Cette démarche volontaire permet de comprendre et respecter les besoins physiques, psychoaffectifs et culturels des bébés et leurs parents afin d'organiser les soins en fonction des rythmes biologiques du nouveau-né et de sa mère (8)(9).

La démarche repose sur 3 principes et 12 recommandations (annexe 1).

Les 3 principes recommandent aux équipes de :

1. Avoir une attitude centrée sur les besoins individuels du nouveau-né et de sa mère

2. Assurer un environnement et un accompagnement qui permettent aux parents de prendre totalement leur place de parents dès la naissance.

3. Travailler en équipe et en réseau, pour assurer la continuité des soins.(10)

Concernant les 12 recommandations (10), les 3 premières constituent la fondation du programme avec un engagement dans la démarche affichée et visible de tous, la formation du personnel soignant et l'information devant être fournie aux patientes pendant la grossesse pour leur permettre de faire des choix éclairés ;

Les recommandations 4 à 9 concernent les règles de bonne pratique recommandées après la naissance notamment la conduite de l'allaitement, le peau-à-peau, la proximité 24h/24 avec le bébé, l'accompagnement de l'alimentation quel que soit le choix de la maman ;

La recommandation 10 et 11 concernent respectivement les relais à établir après la sortie de maternité et la protection contre la promotion des substituts de lait maternel ;

La recommandation 12 est plus récente et concerne les pratiques à adopter pendant le travail et l'accouchement pour favoriser le lien mère-bébé.

Dans le monde, environ 22000 maternités ont obtenu le label IHAB avec près de 700 en Europe. Toutefois en 2014, seulement 22 services en France sont labellisés « Amis des bébés » : ils réalisent environ 28.600 accouchements par an, soit 3,5 % des naissances sur le territoire (10).

Le Nord est une région très dynamique en la matière et 5 hôpitaux ont déjà obtenu le label.

La maternité Jeanne de Flandre est un établissement public situé à Lille. C'est une maternité de niveau III qui réalise plus de 5600 naissances par an. Elle fait partie du CHRU de Lille et a donc plusieurs missions : le soin, l'enseignement et la formation des professionnels de santé ainsi que la recherche et l'innovation. C'est un centre de référence pour les maladies rares et elle représente un centre de recours pour les autres maternités de la région avec une haute technicité permettant de prendre en charge les pathologies maternelles et fœtales(11).

Comme le recommandait déjà le « Plan périnatalité 2005 2007 »(12) et devant l'envie d'humaniser les soins et d'en améliorer toujours la qualité, la maternité Jeanne de Flandre a fait la demande du label IHAB en janvier 2010. Une première réunion de service a été réalisée en Mars 2010. Plusieurs groupes de travail ont été constitués pour réfléchir aux pratiques et aux évolutions nécessaires afin de répondre à chacune des 12 recommandations.

Nous avons travaillé sur la recommandation n°3 qui concerne l'information prénatale : **Informez toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.** L'information prénatale est en effet déterminante pour les mamans qui choisissent d'allaiter et les taux d'allaitement augmentent lorsque cette information est délivrée correctement (2).

Pour répondre à cette recommandation n°3, plusieurs critères doivent être remplis (annexe 3). L'information prénatale doit notamment être donnée par oral et par écrit et doit aborder les 10 points clés relatifs à l'allaitement maternel et sa conduite pratique :

1. Importance de l'AM, tant pour le bébé que pour la mère,
2. Importance du contact peau-à-peau immédiat à la naissance,

3. Importance du démarrage précoce de l'allaitement,
4. Importance de la cohabitation mère-bébé 24h/24,
5. Importance de l'allaitement à la demande du bébé (dès qu'il cherche à téter),
6. Importance des tétées fréquentes pour assurer une lactation suffisante,
7. Importance d'une position et d'une prise du sein adaptée,
8. Importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois
9. Importance de la poursuite de l'allaitement maternel après 6 mois avec la diversification alimentaire
10. Informer des moyens disponibles pour aider l'accouchement

Le label IHAB est décerné pour la recommandation 3, si au moins 70% des patientes confirment avoir été informées par oral et par écrit (10).

Ce travail a été réalisé en vue de la préparation de l'évaluation IHAB prévue en mars 2015. L'intérêt était de répondre aux critères de la démarche IHAB tout en essayant d'améliorer les pratiques au sein de la maternité JDF. Avant 2010 et suite aux réflexions du groupe de travail sur cette recommandation, des choses ont été mises en place progressivement.

Au moment du premier audit, plusieurs possibilités sont offertes à la patiente :

❖ **Pour l'information orale :**

- Les consultations prénatales sont l'occasion pour le consultant (sages-femmes, gynécologues) d'aborder les 10 points clés de l'information prénatale.

- La visite virtuelle : il s'agit d'une séance d'information d'1h30 animée par une sage-femme au cours de laquelle est diffusé un film retraçant le parcours d'une maman arrivant

pour accoucher à la maternité. Plusieurs sujets sont abordés dont le peau-à-peau, l'intérêt du maintien de la proximité avec le bébé. Les bénéfices de l'allaitement maternel sont parfois abordés à la fin de la séance (à l'aide d'un diaporama)

- Les séances de préparation à la naissance : Il s'agit des 7 séances prises en charge par la sécurité sociale. Elles sont réalisées à JDF ou en ville par une sage-femme. Plusieurs thèmes sont abordés dont le choix d'alimentation.

- Les séances d'information sur l'allaitement le jeudi matin animées par une puéricultrice consultante en lactation qui répond aux questions des patientes. Le rythme, les compétences et l'alimentation du nouveau-né sont expliqués.

- Des vidéos à destination des patientes sont visibles sur la télévision du hall d'attente des consultations. Différents thèmes y sont abordés :

- \* La préparation à la naissance
- \* Le peau-à-peau
- \* Les signes d'éveil du nouveau-né
- \* Les motifs de consultation en urgence en maternité
- \* Le séjour en maternité
- \* Le suivi de l'allaitement après le retour à domicile

❖ **Pour l'information écrite :**

- Un flyer intitulé « nos 3 engagements » reprenant les 10 points clés a été réalisé par le groupe de travail. Ce flyer sert de support pour le consultant pour l'information orale. Les coordonnées des différentes associations locales de soutien à l'allaitement ainsi que les

informations sur la tétée des premières heures, les signes d'éveil et le mode d'installation du bébé figurent à part sur un feuillet volant qui est glissé dans le flyer.

❖ **Pour la traçabilité de l'information donnée :**

Dans le dossier de maternité, une grille apparaît en page de garde et il suffisait de noter sur cette page que l'information sur l'allaitement était donnée.

La première partie du travail réalisée en 2014 était un état des lieux de ce qui existait à Jeanne de Flandre et avait 2 objectifs : l'évaluation de l'information prénatale IHAB délivrée par les professionnels de santé concernant l'AM et les 10 points clés et d'établir si des facteurs influençaient les résultats pour proposer des mesures correctives(13).

Le recueil des premières données a duré 3 semaines en 2014. Trois cent deux patientes ont été recrutées. 270 patientes répondaient aux critères d'inclusion. Elles étaient questionnées après la consultation d'anesthésie donc suffisamment tard dans la grossesse. Les patientes incluses devaient avoir bénéficié d'au moins 2 CPN et être enceinte de plus de 28 SA (conditions requises pour l'évaluation IHAB). Comme le rappelle la première partie du travail (13), le choix d'alimentation est influencé par des facteurs d'ordre individuel, social, familial ou professionnel(14)(15)(16). L'allaitement est mis en route le plus souvent par des patientes âgées de plus de 25 ans, non fumeuses, d'origine étrangère, mariées, primipares, et ayant un niveau social élevé (17). En partant de l'hypothèse que l'information prénatale influence le choix d'alimentation du nouveau-né,

nous avons décidé d'utiliser ces mêmes facteurs sociodémographiques, afin de voir s'ils influencent le niveau d'information.

Les résultats principaux qui ressortaient de cette première évaluation étaient les suivants :

- L'information écrite : 37% IC [31,2 – 42,9] des patientes avaient connaissance du flyer « nos 3 engagements »

- L'information orale : 34,7% IC [29,3 – 40,7] des patientes déclaraient avoir reçu une information sur l'allaitement par un professionnel de santé.

On retrouvait une concordance pour les 2 résultats avec environ 1/3 des patientes informées. Cela ne représentait que la moitié des objectifs de l'IHAB puisqu'au moins 70% des patientes doivent être informées par oral et par écrit.

- La traçabilité de l'information délivrée : le dossier indiquait que le choix d'alimentation avait été abordé dans 34% IC [28,3 – 39,7] des cas.

On retrouvait là aussi une concordance entre l'audit des dossiers et les résultats obtenus en interrogeant les futures mamans.

Trois facteurs influençant significativement le niveau d'information sur l'allaitement étaient retrouvés :

- La participation aux SPN : 53,5% des patientes ayant participé aux séances de préparation ont reçu une information sur l'allaitement et seulement 13% des patientes n'ayant pas participé étaient informées ( $p < 0,01$ ).

- La parité : 47,5% des primipares déclaraient avoir reçu une information contre 23,9% de multipares ( $p < 0,01$ ).

- La situation professionnelle : Les patientes en activité sont plus informées (40,7%) que celles au chômage (14,3%) et sans profession (27%) ( $p = 0,01$ ).

Suite aux résultats, des mesures correctives ont été proposées :

**1- Des réunions d'information et d'échange** entre les différents professionnels de santé intervenant pendant la grossesse : pédiatres, gynécologues, sages-femmes, aides-soignants et puéricultrices, internes en médecine générale.

Pour augmenter le taux de patientes informées, il a fallu agir sur plusieurs éléments :

**2- Un support écrit plus adapté avec modification du flyer prénatal:**

Optimisation du flyer en améliorant sa présentation pour le rendre plus attractif pour les patientes et plus facile à utiliser pour le consultant comme outil et support dans le but de favoriser sa diffusion.

Nouveau titre donné au flyer « avant la naissance, se préparer à l'arrivée de bébé » permettant au consultant qui donne le flyer d'insister sur l'intérêt d'une préparation à la naissance et l'importance de participer à des séances d'information prénatale.

Les coordonnées des consultantes en lactation ont été intégrées au dépliant : plus pratique qu'un feuillet volant.

Quelques modifications du contenu ont été faites : information sur les biberons, davantage de photos avec un papa ainsi que des photos sur les signes d'éveil.

**3- Augmenter le taux de participation aux séances de préparation à la naissance et aux séances d'information sur l'allaitement en intervenant sur :**

- **La préparation à la naissance classique**

En proposant de manière systématique comme le rappellent les recommandations de bonne pratique(18), la préparation à la naissance pour en augmenter le nombre de participantes. Augmenter l'information sur l'IHAB au cours de ces séances en proposant des réunions d'information auprès des sages-femmes de JDF et des sages-femmes libérales.

- **La visite virtuelle de la maternité**

Augmentation des séances de 2 à 3 séances par mois depuis janvier 2015. Le nombre de places a également été augmenté (de 50 à 100 inscriptions par séance).

Modification du contenu : depuis l'été 2014, un passage sur l'allaitement a été introduit au cours du film. Les bénéfices de l'allaitement y sont maintenant systématiquement abordés.

- **Les réunions du jeudi matin**

Changement de la forme et du contenu pour que toutes les mamans (qu'elles aient le projet d'allaiter ou non) puissent s'y sentir accueillies en partant du principe que cela permette aux mamans indécises de pouvoir faire un choix éclairé.

- **Les réunions d'information pour les différents consultants**

Insister pour que l'information soit faite systématiquement. Une simplification du message a été proposée tenant compte de la durée de la consultation. Les consultants doivent au minimum insister sur 2 choses : évoquer le choix d'alimentation de la patiente et discuter de l'intérêt de se préparer et de s'informer pendant la grossesse. L'information doit être de rigueur mais informer n'est pas convaincre. Le professionnel de santé peut présenter l'AM comme étant la référence. Il doit pouvoir également personnaliser l'information en

s'appuyant sur le vécu personnel de chaque maman sans oublier les multipares. Les autres points clés de l'information IHAB seront selon le cas abordés au cours de la consultation.

- **Les réunions d'information des sages-femmes libérales**

Information sur l'IHAB et les pratiques à la maternité pour permettre une prise en charge cohérente des patientes inscrites à Jeanne de Flandre et suivies également en ville (consultation prénatale et/ou préparation à la naissance).

#### **4- Diversifier les supports pour l'information écrite et orale.**

- **Les films dans le hall d'attente**

Ajout du film : « *Que diriez-vous à une maman qui hésite à allaiter ?* » (Témoignages de mamans).

Ajout d'un commentaire en voix « off » pendant la diffusion du film : « *[...] concernant l'alimentation de votre bébé, les équipes se sont formées à promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. Allaiter présente de nombreux bénéfices prouvés : pour le bébé, l'allaitement réduit le risque de l'infection, permet une bonne croissance et diminue le risque de surcharge pondérale. Pour la maman, cela permet une perte de poids plus rapide, de plus, c'est plus écologique et économique [...]* »

- **La charte d'allaitement**

Elle est destinée aux patientes et résume la politique de service. Elle a été rédigée par un groupe de travail. Cette charte a été traduite en arabe et en anglais et a été affichée à chaque endroit accueillant des femmes enceintes à la maternité. Elle témoigne de l'engagement de la maternité JDF dans la démarche IHAB : « *les équipes de la maternité*

*et de néonatalogie de l'Hôpital Jeanne de Flandre s'engagent dans une démarche d'accompagnement et d'accueil des nouveau-nés et de leur famille. Elles ont choisi de promouvoir et soutenir l'allaitement dans le respect de chacun. Elles sont formées afin de vous guider et vous conforter dans votre rôle de parent. Dès le début de votre grossesse, vous êtes informés et invités à participer aux séances de préparation à la naissance : elles vous permettent de construire votre projet de naissance et de réfléchir à l'alimentation de votre futur bébé [...]»*

- **Créneaux d'information par « Solidarilait »**

Selon l'ANAES, les groupes de soutien entre mères font parties des pratiques qui encouragent l'allaitement (1). Solidarilait (19) est une association de soutien à l'allaitement entre mères qui agit principalement par téléphone et par réunions. Des créneaux d'information ont été mis en place à la Maison des Usagers du CHRU de Lille pour pouvoir accompagner et préparer l'allaitement.

#### **5- Améliorer la traçabilité de l'information donnée avec une méthode plus facile et plus visible**

Mise en place d'une étiquette sur la couverture du dossier en juin 2014 qui trace le fait que l'information a été donnée et que la préparation à la naissance a été proposée. Il suffit désormais de cocher une case pour signaler que l'information a été donnée. Cela permet d'être plus exhaustif sans insister. L'idée est d'informer sans culpabiliser.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **1. Objectif et type d'étude**

Ce travail a été réalisé dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) afin d'évaluer le niveau d'information (selon les critères IHAB) reçue par les femmes enceintes à Jeanne de Flandre. Cette EPP a été réalisée afin de préparer la maternité Jeanne de Flandre à l'évaluation par une commission IHAB prévue en mars 2015.

Il s'agit d'une étude mono-centrique interventionnelle, prospective et comparative de type avant-après ayant pour objectif d'évaluer l'impact de mesures correctives sur l'information prénatale mises en place après un premier audit réalisé en 2014.

### **2. Le critère de jugement**

Le critère de jugement principal était l'amélioration significative des différents résultats recueillis lors du premier audit (niveau d'information orale et écrite, traçabilité de l'information) avec comme intention de s'approcher voire d'atteindre les objectifs fixés par l'IHAB, à savoir, sur un échantillon de femmes enceintes de plus de 6 mois qui ont bénéficié d'au moins deux visites prénatales, au moins 70% devront :

- confirmer qu'un membre du personnel soignant a discuté avec elles individuellement de l'AM et leur a proposé une réunion en groupe qui traite de ce sujet, mais aussi
- confirmer qu'on leur a donné une information orale et écrite sur un groupe de soutien entre mères et,
- pouvoir décrire deux des sujets suivants :

- L'importance du contact peau-à-peau avec leur enfant, immédiatement à la naissance,
- L'importance de garder leur bébé près d'elle 24h/24h,
- L'importance d'allaiter sans complément (ni eau, ni tisanes, ni laits infantiles) pendant les 6 premiers mois (bénéfices de l'allaitement exclusif et risques des compléments non justifiés et des sucettes). (10)

### **3. Critères d'inclusion et de non inclusion**

Nos critères d'inclusion étaient les mêmes que ceux du premier audit donc ceux des conditions de l'évaluation IHAB :

- Patientes enceintes de 28 SA ou plus et ayant bénéficié d'au moins 2 consultations prénatales à Jeanne de Flandre.

Les critères de non inclusion étaient les femmes qui refusaient de répondre à notre questionnaire ou qui ne comprenaient pas les questions (limitation intellectuelle ou barrière de la langue) et les femmes qui présentaient une contre-indication à l'allaitement.

### **4. Recueil des données**

Pour être dans les mêmes conditions que le premier recueil, le questionnaire a également été réalisé à la sortie de la consultation d'anesthésie réalisée au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse. Le recueil s'est fait entre le 05 janvier 2015 et le 29 janvier 2015.

Un délai de 1 an entre les 2 audits a été choisi pour donner du temps aux propositions faites d'avoir un effet mesurable.

Il s'agissait du même questionnaire que la première partie du travail (annexe 4) établi en décembre 2013. Il comportait 38 items divisés en deux parties. La première partie intitulée « INFORMATIONS FIGURANT DANS LE DOSSIER » comprenait 8 items et la seconde partie intitulée « ENTRETIEN AVEC LA MAMAN » prenait en compte l'interrogatoire avec la maman et comporte 30 items. Certaines questions étaient à choix multiples.

Différents points étaient abordés au cours du questionnaire :

☒ Les caractéristiques sociodémographiques : Age, parité, âge gestationnel, tabagisme, culture, lieu d'habitation, statut matrimonial, situation professionnelle, catégorie socio-professionnelle.

☒ Le choix d'alimentation : lequel ? (allaitement maternel, alimentation artificielle, alimentation mixte) ? A quel moment est fait le choix ? Ce choix a-t-il été influencé ? Et si oui, par qui ?

☒ Le niveau d'information sur l'allaitement maternel et sur les 10 points clés :

Orale : Si l'information est donnée : quand et par qui? Le niveau d'information orale sur les 10 points clés de l'IHAB.

Ecrit : distribution du flyer, et si oui, quand et par qui ?

☒ La traçabilité dans le dossier

☒ La préparation à la naissance : Si oui : Où, avec qui, comment ? Et si non, pourquoi ?

☒ Le suivi de grossesse : Par qui ? Médecin traitant, sage-femme, gynécologue...

## **5. Analyse statistique**

Les données ont été récupérées, traitées et exploitées par la délégation qualité du CHRU de Lille. Le logiciel utilisé est Sphinx iQ.

Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et leurs pourcentages. Nous avons réalisé des croisements entre les différentes variables à l'aide d'un test de Khi2 et nous avons ensuite comparé les 2 études avec le même test. Pour l'âge gestationnel, la comparaison de moyenne a été faite à l'aide d'un test t de Student. Les résultats étaient considérés comme significatifs pour un  $p < 0,05$ . Les tableaux ont été réalisés à l'aide du logiciel Word.

## **RESULTATS**

Au total, 272 patientes ont été incluses en 2015 contre 270 en 2014 (figure 1).

### **1. Caractéristiques des populations** (tableau 1 et figure 2)

Concernant l'âge des patients et la situation professionnelle, il n'existait pas de différence significative entre les 2 populations.

Concernant la culture dominante des patientes, c'est-à-dire celle qui était prépondérante dans leur éducation, les deux populations (2014 et 2015) ne présentaient pas de différence significative ( $p=0,85$ ). C'est aussi le cas pour le lieu d'habitation ( $p=0,69$ ).

Il n'existait pas de différence significative entre les deux populations interrogées concernant leur statut matrimonial ( $p=0,8$ ) et le tabagisme ( $p=0,3$ ).

Lors du second recueil, nous avons recruté plus de patientes multipares (59,2% contre 53,7%) sans pour autant laisser apparaître une différence significative ( $p=0,36$ ). Il n'y avait pas de différence concernant le fait que les patientes aient été allaitées par leur maman dans l'enfance.

L'âge gestationnel moyen était de  $35 \pm 2$  semaines d'aménorrhée (SA) pour les 2 populations ( $p=1$ ).

Les 2 populations ne présentaient donc aucune différence statistiquement significative concernant les caractéristiques sociodémographiques. Elles étaient donc comparables.

### **2. Choix du mode d'alimentation pour la grossesse en cours**

Dans le tableau 2, la distribution ne présentait pas de différence significative entre les 2 populations concernant le nombre de patientes ayant déjà fait leur choix pour

l'alimentation de leur bébé et le moment de ce choix : plus de 2/3 des patientes choisissent leur mode d'alimentation avant la grossesse ( $p=0,6$ ).

Pour le choix d'alimentation, la patiente était influencée en 2014 dans 14,6% des cas contre 14,7% des cas en 2015, il n'y a pas de différence significative.

Les 2 populations étaient donc comparables pour ces 3 items, par contre il existait une légère augmentation du nombre de patientes qui choisissent l'allaitement maternel, 75,9% en 2015 contre 72,1% en 2014. Cette différence est significative ( $p=0,03$ ).

### **3. Niveau d'information**

#### **3.1. Information écrite** (Tableau 3 et Figure 3)

Sur la figure 3, on constate que le flyer était plus distribué en 2015 (72,8%) qu'en 2014 (37%). Les résultats ont quasiment doublé.

Le flyer était le plus souvent remis au cours du deuxième trimestre en 2014 (51%) alors qu'en 2015 c'est au premier trimestre que le flyer est le plus distribué (41,4%) et ce taux était en augmentation par rapport à 2014 (17%) ( $p<0,01$ ).

En 2014, le flyer était habituellement distribué en consultation prénatale par une sage-femme à JDF (61%) et ce taux est resté stable en 2015 (61,6%).

De même, les gynécologues à JDF distribuaient plus le flyer en 2015 (24,2%) par rapport à 2014 (16%). Ces variations sont significatives ( $p<0,01$ ).

### **3.2. Information orale**

Pour vérifier le niveau d'information orale, nous avons dans un premier temps, exploité la question : « *Avez-vous reçu une information sur l'AM par un professionnel de santé ?* » (Tableau 4).

L'information sur l'allaitement a été reçue en 2015 par 47,4% des patientes contre 34,7% en 2014. Cette augmentation est significative ( $p=0,005$ ) et est directement due à une augmentation de l'information donnée par les consultants de JDF.

En effet, en 2014, l'information était d'abord donnée par une sage-femme libérale (51,1%) puis en deuxième place par les sages-femmes de JDF (32,6%). Cette tendance s'inverse en 2015 puisque, l'information délivrée par les sages-femmes à JDF augmente (52,7%) alors que celle donnée par les sages-femmes libérales diminue (26,4%). Les gynécologues à JDF donnaient l'information également plus souvent en 2015 (15,5% contre seulement 8,7% en 2014).

Le taux d'information orale délivrée par les sages-femmes et les gynécologues de JDF a presque doublé entre 2014 et 2015.

Concernant les consultants extérieurs à JDF (médecin traitant, gynécologue libéral, PMI) les taux étaient stables ou en baisse en 2015. Les effectifs de ces sous-groupes sont par ailleurs très faibles.

Dans un second temps, pour compléter l'évaluation, nous nous sommes intéressées à la question « *pouvez-vous nous dire si un professionnel de santé à Jeanne de Flandre a évoqué avec vous les points suivants* ». Pour rappel, cette question reprenait les 10 points clés à aborder par le professionnel de santé durant les rencontres avec la patiente

(Tableau 5). La distribution est significativement différente en 2015 par rapport à 2014 ( $p < 0,01$ ).

Le souhait d'allaiter est évoqué dans 67% des cas en 2015 contre 42,6% en 2014. Les bienfaits de l'allaitement pour le bébé et la maman étaient également plus évoqués en 2015 par rapport à 2014 (Tableau 5).

Parmi les 9 items proposés à cette question, le professionnel de santé n'évoque aucune des 9 propositions dans 28,7% des cas en 2015 contre 48,9% en 2014 ( $p < 0,01$ ). Cela montre que dans 71,3% des cas, au moins 1 item est évoqué en 2015 contre 51,1% en 2014. (Figure 4)

### **3.3. Traçabilité de l'information donnée à la patiente**

En 2015, la traçabilité est élevée (Tableau 4). 241 dossiers étaient complétés (soit 88,6%) contre 90 dossiers complétés (34%) en 2014. L'augmentation est statistiquement très significative ( $p < 0,01$ ).

## **4. Facteurs qui influencent le niveau d'information**

Les facteurs influençant le niveau d'information retrouvés lors du premier recueil étaient la parité, la situation professionnelle et la participation aux séances de préparation.

En 2015, la parité influençait toujours l'information ainsi que la participation aux séances de préparation. La situation professionnelle n'influençait plus l'information ( $p > 0,05$ ).

### **4.1 La parité**

Les primipares ont été plus informées que les multipares lors des 2 audits (2014 et 2015) pour la question « *avez-vous reçu une information sur l'AM par un professionnel de*

santé » (tableau 6). Le taux de primipares informées a augmenté en 2015, 64,9% contre 47,5% en 2014. De même pour les multipares 35,4% contre 23,9% en 2014.

## **4.2 La participation aux SPN**

Le taux de participation aux SPN était moindre en 2015 (39,5%) par rapport à 2014 (53,7%) et cette différence est statistiquement significative ( $p < 0,01$ ) (Tableau 7).

La relation entre la participation aux SPN et la délivrance de l'information est significative en 2015 comme en 2014. Parmi les 107 patientes ayant participé aux séances de préparation en 2015, 71 déclaraient avoir reçu une information soit 66,4%, ce taux est en augmentation par rapport à 2014 (53,8%) ( $p < 0,01$ ).

Chez les patientes n'ayant pas participé aux SPN en 2014, il n'y avait que 13% des patientes informées et ce taux est en augmentation en 2015 avec 34,8% des patientes informées ( $p < 0,01$ ).

## **DISCUSSION**

### **1. Analyse de nos résultats**

Cette étude a peu de limites. En effet, il existe peu de données manquantes car il s'agit d'une étude prospective avec interrogatoire de patientes. Les deux recueils ont été réalisés dans les mêmes conditions avec un questionnaire identique, n'ayant subi aucune modification. Nous n'étions que deux enquêteurs pour interroger plus de 600 patientes (sur les 2 recueils). Ceci a permis de limiter le biais d'interprétation et de garder une certaine cohérence dans la façon de poser les questions aux patientes.

Nous aurions pu distribuer le questionnaire et laisser la patiente y répondre au risque de se retrouver avec des questions sans réponse et beaucoup plus de données manquantes. Toutefois, le fait de poser nous-même les questions peut laisser apparaître un biais de subjectivité.

Dans l'étude avant-après, le risque principal est d'avoir deux populations non comparables, or dans notre étude, la comparaison des caractéristiques sociodémographiques a montré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les 2 populations.

Concernant la méthodologie « avant-après », même si on constate que lors du second audit, le taux d'information augmente, on ne peut conclure avec certitude que ce sont les mesures correctives qui ont permis cette amélioration. Pour cela il aurait fallu comparer avec un groupe témoin n'ayant pas du tout reçu d'information à la maternité Jeanne de Flandre. C'est ce qu'a fait un groupe de travail danois (20) dans une étude comparative randomisée intitulée « *Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial* »,

un groupe recevant une formation prénatale spécifique et l'autre recevant les soins habituels fournis par l'établissement. Il a été constaté, dans le groupe recevant la formation spécifique que les femmes qui allaitaient plus souvent et plus longtemps avaient acquis plus de connaissances que celles du groupe témoin. Une étude comparative similaire réalisée en Australie, a également montré l'intérêt d'un programme d'information prénatal spécifique (21).

L'objectif du travail a été atteint car les principaux résultats ont progressé en 2015. Cependant, ils ne répondent pas complètement aux critères IHAB (70%).

En 2015, les patientes choisissaient plus souvent l'AM qu'en 2014. On peut donc supposer que cette augmentation est due à l'amélioration du taux d'information puisque les populations sont comparables.

- En relevant l'information sur l'allaitement uniquement sur les dossiers, l'objectif est atteint. La traçabilité de l'information dans le dossier obstétrical est passée de 34% à 88,6% en 2015. On peut avancer 2 hypothèses : la première est que l'information orale et écrite est plus délivrée en 2015 et donc plus tracée. Deuxième hypothèse, la traçabilité est plus souvent faite car plus facile à réaliser depuis la mise en place de l'étiquette en juin 2014.

- La distribution du flyer (information écrite) est passée de 37% à 72,8%. L'objectif IHAB est également atteint. Rappelons que le flyer a été modifié pour être plus attractif et plus facile à utiliser pour le consultant.

- L'information orale sur l'AM est passée de 34,7% à 47,4%. Il existe une augmentation en 2015 mais celle-ci n'atteint pas l'objectif IHAB de 70%. On remarque une discordance entre le taux de flyer distribué et le taux de patientes informées oralement. Or, les

recommandations (18) précisent bien que rien ne vaut de donner une information écrite si elle n'est pas accompagnée d'explications orales. Il faut « *Fournir des informations écrites (à défaut, indiquer où en trouver), notamment sur la surveillance médicale de la grossesse, la prévention des risques et l'offre de soins locale* ». Et comme le montre une autre étude (22), la distribution d'un document seul pendant la grossesse améliore la connaissance mais n'influence pas le choix du mode d'alimentation.

De plus, concernant l'information orale, le souhait d'allaiter est abordé chez 67% des patientes en 2015 contre 42,6% en 2014. Il existe une discordance entre ce résultat et le taux d'information orale retrouvé (47,4%). Ceci est, sans doute, dû au fait que les patientes faisaient une différence entre la délivrance de l'information qu'ils estimaient devait être précise sur l'AM et la simple demande du souhait d'allaiter. Des patientes nous répondaient par exemple : « *on m'a juste demandé si je voulais allaiter sans plus, on n'est pas rentré dans les détails* ». Une seconde hypothèse serait que les patientes considéraient avoir été informées oralement si et seulement si cela était fait par un consultant de vive voix, or parmi les mesures correctives mises en place, des séances d'information et des films ont été ajoutés et les patientes semblaient y être très réceptives durant l'audit. On peut donc supposer, que les patientes étaient correctement et pour la plupart plus informées qu'en 2014 mais que la question « *avez-vous reçu une information sur l'allaitement maternel par un professionnel de santé* » mettait l'accent sur le professionnel de santé et donc les patientes considéraient que cela devait se faire par le consultant, ce pourquoi elles répondaient « non » même si l'information a été reçue par un autre moyen.

Enfin, il existe une discordance entre la traçabilité retrouvée dans le dossier, la distribution du flyer et ce que rapporte la patiente. L'information était tracée dans 88,6% des dossiers,

le flyer était distribué dans 72,8% des cas mais seulement 47,4% des patientes déclaraient avoir reçu une information. Or on comprend bien que ces 3 notions sont complémentaires et la réussite des 3 conditionne le bon niveau d'information des patientes. Cela est différent du premier recueil en 2014 où l'on retrouvait une cohérence dans les résultats obtenus.

Une hypothèse que l'on peut avancer pour expliquer cette discordance est l'existence du biais de mémorisation créé puisque nous avons interrogé les patientes à distance de leur CPN de début de grossesse. Ceci est d'autant plus vrai depuis l'instauration, fin 2014, dans le cadre du projet d'établissement du CHRU de Lille de la consultation d'orientation. Elle consiste à évaluer le niveau de risque des patientes. Les patientes considérées à haut risque étaient dès le début de la grossesse suivies à la maternité JDF et les autres étaient suivies en ville et revenaient à JDF à partir du 8<sup>ème</sup> mois. Pour la distribution du flyer (information écrite), même s'il a été distribué en début de grossesse, la patiente pouvait s'en rappeler facilement puisque nous lui montrions lors de l'interrogatoire. Par contre, pour l'information donnée à l'oral, il était plus difficile pour elle de se souvenir de l'information reçue en début de grossesse concernant l'allaitement.

Tout cela souligne la difficulté de transmettre une information par le soignant car il peut considérer avoir donné l'information mais la patiente n'y est pas toujours sensible et réceptive.

Concernant les facteurs influençant, la primiparité influence toujours l'information en 2015 mais ce qui est intéressant de noter c'est que l'information augmente même chez les multipares. Cela montre que les efforts ont permis de progresser à la fois pour les primipares et les multipares.

Pour la participation aux séances de préparation à la naissance, en 2015 seulement 39,5% des patientes y ont participé contre 53,8% en 2014. On s'attendait à plus de participation puisque les mesures correctives devaient faire en sorte que la préparation à la naissance soit proposée de façon systématique à toutes les patientes (1)(18).

Nous avons constaté durant les 2 audits que les cours de préparation ont lieu tardivement durant la grossesse et que les femmes faisaient leur choix d'alimentation très tôt. Pourtant l'OMS recommande que ces séances aient lieu à partir des 12 premières semaines pour que le contenu puisse s'ajuster aux étapes du déroulement de la grossesse et à l'évolution de la femme et son conjoint vis-à-vis de leur nouvelle fonction de parents(23)(24).

En 2015 également, il existe un lien entre la préparation à la naissance et le niveau d'information des patientes. Bien que la participation aux SPN soit moindre en 2015, celles qui y ont participé sont plus informées que celles qui n'y ont pas participé. On peut donc présumer que les séances de préparation à la naissance permettent de recevoir une information plus détaillée et plus personnalisée sur l'allaitement (10 points clés) et les patientes y sont plus réceptives contrairement à l'information reçue en consultation qui est plus succincte.

Puisque les deux populations sont comparables en ce qui concerne la parité et que la participation aux SPN est moindre en 2015, on peut supposer sans le confirmer que l'amélioration du niveau d'information et de la traçabilité observée en 2015 est dû au travail des différents consultants de JDF. De nombreux efforts ont été fournis par le personnel soignant de la maternité pour améliorer leurs pratiques. En effet, rappelons qu'entre le début du premier audit et la fin du second audit, le nombre de professionnel de santé formés pour l'IHAB a considérablement augmenté. Ceci n'est probablement pas sans conséquence sur les résultats obtenus en 2015.

## **2. Perspectives d'avenir**

Pour progresser, il faut donc continuer à agir sur les facteurs influençant l'information.

### **→ Favoriser la participation aux séances de préparation à la naissance**

Mise en place d'un flyer spécifique à la préparation à la naissance

### **→ Favoriser la participation aux séances d'information sur l'allaitement**

- Visite virtuelle : La rendre incontournable, ouvrir à 1 séance par semaine par exemple tous les lundis au lieu de 3 lundis sur 4 (simplification du message)
- Depuis avril 2015, le nom a changé, désormais c'est « visite de bienvenue »

### **→ Personnalisation de l'information :**

1- Ne pas oublier les multipares même celles ayant déjà allaité.

2- Proposer une consultation dédiée durant la grossesse qui permettrait d'aborder le sujet de manière précise afin d'aider les patientes à faire leur choix.

3- Personnaliser l'information à l'aide d'un auto-questionnaire que l'on remettrait à la patiente avant la consultation en lui demandant quels points n'ont pas été abordés durant le suivi et il resterait donc au consultant d'aborder ces points.

Les fiches d'action de l'INPES peuvent également être un bon outil pour la personnalisation de l'information et pour adapter le discours. Il s'agit de 20 fiches concernant « *la grossesse et l'accueil de l'enfant* » destinées aux professionnels de santé. Il s'agit d'une démarche éducative basée sur le concept anglo-saxon « *d'empowerment* » qui permet de se mettre à l'écoute du patient en encourageant son autonomie et en le mettant en valeur afin de s'engager dans un dialogue avec lui pour qu'il puisse accéder à ses propres ressources (25).

Enfin, actuellement, un projet de thèse est en cours de réflexion pour améliorer le contenu de l'information délivrée par les professionnels de santé à Jeanne de Flandre. Il s'agira cette fois-ci d'une approche qualitative. L'objectif n'est plus de savoir comment augmenter le taux de patientes informées mais plutôt comment adapter le contenu de l'information pour en améliorer la qualité (comment parler aux patientes pour qu'elles soient le plus réceptives possible).

→ **Diversifier les moyens de s'informer pour les patientes**

- Charte d'accueil : à introduire dans le livret d'accueil ?
- Distribuer le guide de l'allaitement (26) de l'INPES ?
- Site internet : Il serait également intéressant, à l'image d'autres établissements de réaliser un site internet qui servirait de plateforme d'information et d'échange entre mamans et professionnels de santé.

→ **Formations des étudiants et du personnel soignant:**

La recommandation 2 de l'IHAB (10) demande que 80% du personnel soignant et non soignant soit formé : continuer à former les nouveaux arrivants, intégrer des cours au cursus des différentes formations : sage-femme, médecin généraliste, gynécologue, pédiatre, aide-soignant, sage-femme libérale...

En effet, dans son rapport (2), le professeur Turck fait des propositions concernant la formation des professionnels de santé sur lesquelles il est important de se baser pour la promotion de l'allaitement. Ceci avait aussi été proposé par *Puech et al.* (12) dans le plan périnatalité.

Un ouvrage destiné à la formation médicale continue (27) permet de répondre aux différentes questions que peut se poser un professionnel devant une patiente qui souhaiterait des informations sur l'allaitement.

Une mise au point (28) réalisée en 2013 par Mme Girard, puéricultrice, consultante en lactation permet de faire le bilan de ce qui existe en France pour communiquer et informer sur l'allaitement.

On peut également retrouver les « *conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter* » de *Loras-Duclaux* (29) qui donnent des réponses aux éventuels questionnements des futurs parents et rappelle que l'information prénatale est primordiale pour le succès de l'allaitement.

→ **Ouverture sur le réseau :**

Faire distribuer le flyer par les sages-femmes libérales, les intégrer à la prise en charge hospitalière, les former, d'autant plus depuis l'instauration de la consultation d'orientation, leur rôle est primordial dans le suivi de grossesse et la préparation à la naissance comme le montre la première partie du travail (13).

Tout cela, pour harmoniser les pratiques, favoriser la proximité et assurer une continuité pré, péri et postnatale.

## **CONCLUSION**

Parmi les recommandations IHAB, l'information prénatale des parents est primordiale pour promouvoir l'allaitement. Toute la maternité Jeanne de Flandre a été mobilisée pour l'obtention du label IHAB. Les résultats obtenus après la mise en place des mesures correctives montrent les efforts réalisés par les soignants même si les objectifs fixés au départ n'ont pas été atteints pour tous les critères de l'évaluation IHAB. Ceci a permis de mettre en évidence les points à travailler pour améliorer les pratiques professionnelles au sein de la maternité Jeanne de Flandre.

La maternité a été évaluée en mars 2015 avec succès et devient le premier établissement hospitalo-universitaire à recevoir le label. Valable pour une durée de 4 ans, il faut redoubler d'effort pour conserver ce label et améliorer les pratiques afin de répondre au mieux aux recommandations professionnelles et aux valeurs de l'IHAB dans le but de proposer une prise en charge toujours de qualité.

**TABLEAUX****Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des populations**

Caractéristiques	2014 n=270		2015 n=272
<b>Age</b>		<i>p=0,2</i>	
moins de 20 ans	12 (4,4%)		7 (2,6%)
de 20 à 35 ans	210 (77,8%)		204 (75%)
plus de 35 ans	48(17,8%)		61 (22,4%)
<b>Culture dominante</b>		<i>p=0,85</i>	
française	171 (63,3%)		180 (66,2%)
maghrébine	73 (27%)		72 (26,5%)
afrique noire	14 (5,2%)		12 (4,4%)
roms	2 (0,8%)		2 (0,7%)
autres	10 (3,7%)		6 (2,2%)
<b>Lieu d'habitation</b>		<i>p=0,69</i>	
rural	40 (14,8%)		37 (13,6%)
urbain	230 (85,2%)		235 (86,4%)
<b>Situation professionnelle</b>		<i>p=0,3</i>	
en activité	173 (64,1%)		168 (61,8%)
au chômage	21 (7,8%)		14 (5,1%)
sans profession	76 (28,1%)		90 (33,1%)
<b>Statut matrimonial</b>		<i>p=0,8</i>	
en couple	254 (94%)		257 (94,5%)
célibataire	16 (6%)		15 (5,5%)
<b>Tabagisme</b>		<i>p=0,46</i>	
oui	28 (10,4%)		35 (12,9%)
non	230 (85,2%)		229 (84,2%)
arrêté au cours de la grossesse	12 (4,4%)		8 (2,9%)
<b>Parité</b>		<i>p=0,36</i>	
primipare	124 (46,1%)		111 (40,8%)
multipare	145 (53,9%)		161 (59,2%)
<b>Femmes allaitées au sein dans l'enfance</b>		<i>p=0,91</i>	
oui	149 (55,4%)		147 (54%)
non	98 (36,4%)		104 (38,2%)
ne sait pas	22 (8,2%)		21 (7,7%)

Tableau 2 : Choix d'alimentation du nouveau-né

	2014		2015
<b>Choix d'alimentation du nouveau-né</b>	<b>n=270</b>	<i>p=0,57</i>	<b>n=272</b>
oui	252 (93,3%)		257 (94,5%)
non	18 (6,7%)		15 (5,5%)
<b>Choix du mode d'alimentation</b>	<b>n=251</b>	<b><i>p=0,03</i></b>	<b>n=257</b>
maternel	181 (72,1%)		195 (75,9%)
artificiel	55 (21,9%)		58 (22,6%)
mixte	15 (6%)		4 (1,5%)
<b>Moment du choix d'alimentation</b>	<b>n=252</b>	<i>p=0,6</i>	<b>n=257</b>
avant la grossesse	180 (71,4%)		186 (72,4%)
au 1er trimestre	33 (13,1%)		37 (14,4%)
au 2ème trimestre	25 (9,9%)		26 (10,1%)
au 3ème trimestre	14 (5,6%)		8 (3,1%)
<b>La patiente a-t-elle été influencée pour son choix</b>	<b>n=246</b>	<i>p=0,9</i>	<b>n=255</b>
oui	36 (14,6%)		35 (14,7%)
non	210 (85,4%)		220 (85,3%)

Tableau 3: Niveau d'information écrite : distribution du flyer

	2014		2015
<b>Connaissance du Flyer</b>	<b>n=270</b>	<b><i>p&lt;0,01</i></b>	<b>n=272</b>
Oui	100 (37%)		198 (72,8%)
Non	170 (63%)		74 (27,2%)
<b>Remise du Flyer</b>	<b>n=100</b>	<b><i>p&lt;0,01</i></b>	<b>n=198</b>
au 1er trimestre	17 (17%)		82 (41,4%)
au 2ème trimestre	51 (51%)		60 (30,3%)
au 3ème trimestre	32 (32%)		56 (28,3%)
<b>Lieu de remise du flyer*</b>	<b>n=100</b>	<b><i>p&lt;0,01</i></b>	<b>n=198</b>
consultation prénatale avec une sage-femme	61 (61%)		122 (61,6%)
amphithéâtre	22 (22%)		8 (4%)
consultation prénatale avec un gynécologue	16 (16%)		48 (24,2%)
guichet ou sur une table	12 (12%)		28 (14,1%)
réunion le jeudi matin avec une puéricultrice	7 (7%)		2 (1%)
séance de préparation à la naissance avec une SF	3 (3%)		1 (0,5%)

\* plusieurs réponses étaient possibles

Tableau 4 : Niveau d'information orale et traçabilité

	2014		2015
<b>Information donnée sur l'AM par un professionnel de santé</b>	<b>n=265</b>	<b><i>p=0,005</i></b>	<b>n=272</b>
oui	92 (34,7%)		129 (47,4%)
non	173 (65,3%)		143 (52,6%)
<b>Information donnée par*</b>	<b>n=92</b>	<b><i>p=0,005</i></b>	<b>n=129</b>
sage-femme libérale	47 (51,1%)		34 (26,4%)
sage-femme JDF	30 (32,6%)		68 (52,7%)
puéricultrice	19 (20,7%)		19 (14,7%)
gynécologue JDF	8 (8,7%)		20 (15,5%)
gynécologue libéral	3 (3,3%)		1 (0,8%)
médecin traitant	5 (5,4%)		6 (4,7%)
autres	6 (6,5%)		3 (2,3%)
<i>*plusieurs réponses étaient possibles</i>			
<b>Traçabilité / dossier</b>	<b>n=265</b>		<b>n=272</b>
Le choix d'alimentation a été discuté avec la mère		<b><i>p&lt;0,01</i></b>	
oui	90 (34%)		241 (88,6%)
non	175 (66%)		31 (11,4%)

Tableau 5 :

<b>Pouvez-vous nous dire si un professionnel de santé à JDF a évoqué avec vous les points suivant ?*</b>	2014		2015
	<b>n=270</b>	<b><i>p&lt;0,01</i></b>	<b>n=272</b>
Souhait d'allaiter son enfant	115 (42,6%)		182 (67%)
Importance de l'AME pendant 6 mois	28 (10,4%)		29 (10,7%)
Importance du contact peau-à-peau précoce et prolongé après la naissance	80 (29,6%)		95 (35%)
Importance d'allaiter sans supplément	15 (5,6%)		17 (6,3%)
Importance de garder le bébé 24h/24 auprès de vous	54 (20%)		41 (15,1%)
L'existence d'association de soutien à l'AM entre mères	47 (17,4%)		41 (15,1%)
Bienfaits de l'AM pour le bébé	71 (26,3%)		113 (41,5%)
Bienfaits de l'AM pour la maman	49 (18,1%)		67 (24,6%)
Des effets de l'utilisation de la tétine et des sucettes	22 (8,1%)		13 (4,8%)
Aucune de ces propositions	132 (48,9%)		78 (28,7%)
<i>*plusieurs réponses étaient possibles</i>			

Tableau 6: Croisement entre la parité et la question « avez-vous reçu une information par un professionnel de santé »

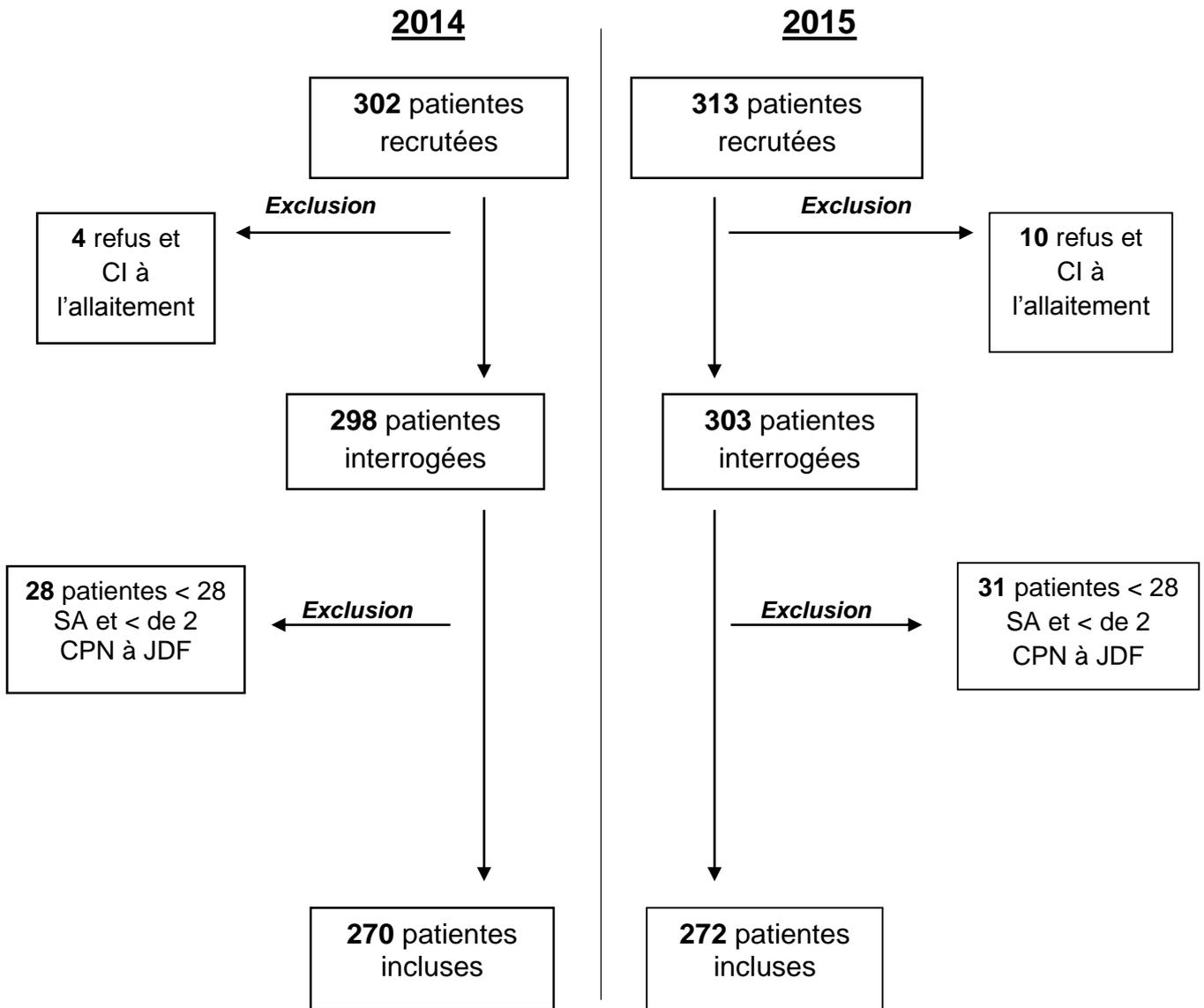
	2014		2015	
	n=264 (6 réponses manquantes)		n= 272	
	Primipares n=122	Multipares n=142	Primipares n=111	Multipares n=161
<b>p&lt;0,01</b>				
<b>Info reçue (oui)</b>	58 (47,5%)	34 (23,9%)	72 (64,9%)	57 (35,4%)
<b>Info non reçue (non)</b>	64 (52,5%)	108 (76,1%)	39 (35,1%)	104 (64,6%)

Tableau 7 : Croisement entre la participation aux SPN et la question « avez-vous reçu une information par un professionnel de santé »

	2014		2015	
	n=266 (4 réponses manquantes)		n= 271 (1 réponse manquante)	
	préparation + n=143 (53,8%)	préparation - n=123 (46,2%)	préparation + n=107(39,5%)	Préparation - n=164 (60,5%)
<b>p&lt;0,01</b>				
<b>Info reçue (oui)</b>	77 (53,8%)	16 (13%)	71 (66,4%)	57 (34,8%)
<b>Info non reçue (non)</b>	66 (46,2%)	107 (87%)	36 (36,6%)	107 (65,2%)

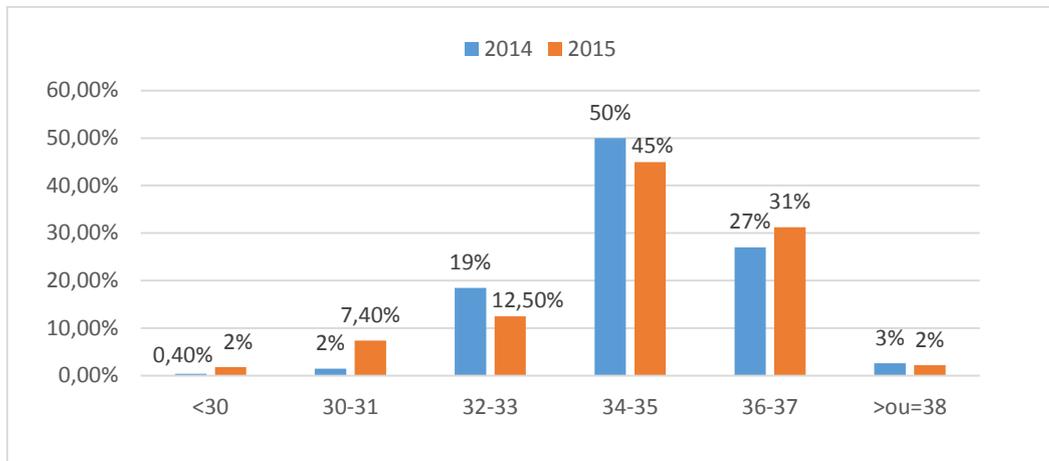
## FIGURES et ANNEXES

Figure 1 : Diagramme de Flux de notre étude

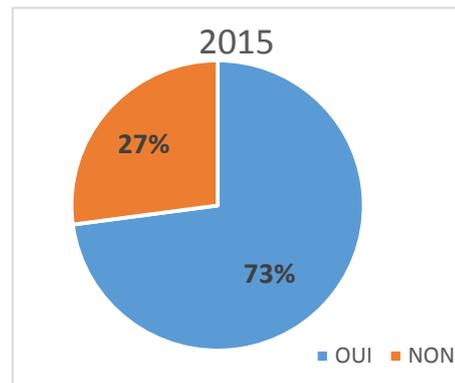
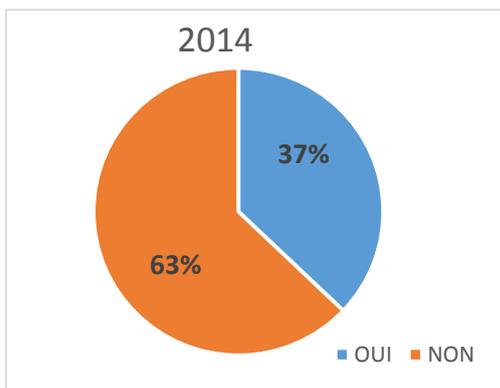


**Figure 2 : Terme de la grossesse :**

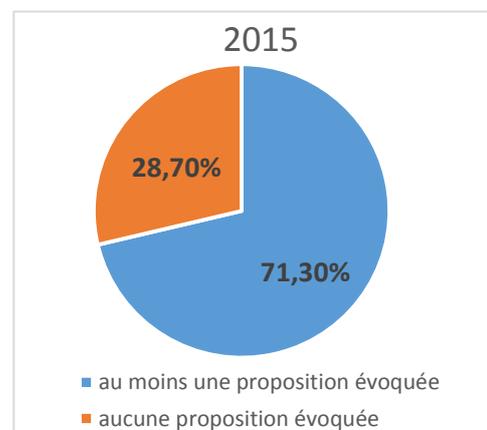
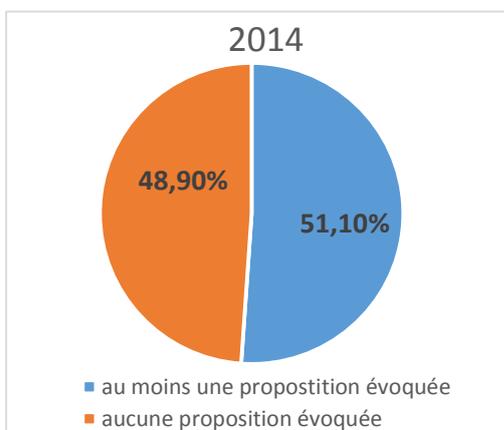
Pour 2014 et 2015 : Moyenne 35 - Ecart-type 2 : test t de Student : p=1



**Figure 3 : Connaissance du Flyer**



**Figure 4 :**



**Annexe 1 : Les 3 principes de l'IHAB et les 12 recommandations** (adapté à partir du site de l'IHAB (10))

1/ Une attitude de l'ensemble de l'équipe centrée sur les besoins individuels de la mère et du nouveau-né

2/ Un environnement et un accompagnement en adéquation avec la philosophie des soins centrés sur la famille permettant aux parents de prendre totalement leur place dès la naissance de leur enfant. Les professionnels assurent une écoute et un soutien individualisés

3/Un travail en équipe et en réseau pour assurer la continuité des soins en pré, péri et post-natal

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

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

**3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.**

**4.** Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure et encourager celle-ci à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

**5.** Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation si elles se trouvent séparées de leur enfant. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur enfant.

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

**7.** Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h sur 24.

**8.** Encourager l'alimentation à la demande de l'enfant.

**9.** Éviter l'utilisation des biberons et des sucettes (ou tétines) pour les enfants allaités.

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

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

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

**Annexe 2 : Liste de vérification de la recommandation n °3** (adapté à partir du site de l'IHAB (10))

<p>3.1.1 Des consultations et des services prénatals sont proposés dans l'établissement et/ou dans des antennes de l'établissement. Si "Non", le travail en réseau doit être davantage renforcé</p> <p>3.1.2 Des actions sont mises en place pour informer toutes les femmes enceintes suivies en dehors de l'établissement (travail en réseau...)</p>	<p>Oui [ ] Non [ ]</p> <p>Oui [ ] Non [ ]</p>
<p>3.2.1 Toutes les femmes enceintes qui fréquentent les services prénatals de l'établissement sont informées par oral et par écrit : de l'importance de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois et des bénéfices de l'allaitement prolongé</p> <p>3.2.2 - de la conduite pratique de l'allaitement</p> <p>3.2.3- des risques liés à l'utilisation des tétines et des sucettes</p> <p>3.2.4- des moyens non médicamenteux susceptibles de les aider pendant le travail et l'accouchement (cf Recommandation 12)</p>	<p>Oui [ ] Non [ ]</p>
<p>3.3.1 Le dossier prénatal indique si l'allaitement maternel a été discuté avec la femme enceinte (la distribution d'un document n'est ni indispensable ni suffisante)</p> <p>3.3.2 Il est noté si la femme a eu des difficultés lors d'un allaitement précédent ou si elle a une pathologie ou un traitement pouvant interférer avec l'allaitement ou si c'est un premier allaitement</p> <p>3.3.3 Dans ces situations, une attention et un soutien particulier sont apportés à la femme</p>	<p>Oui [ ] Non [ ]</p> <p>Oui [ ] Non [ ]</p> <p>Oui [ ] Non [ ]</p>
<p>3.4.1 L'information prénatale, orale et écrite, couvre les 10 points-clés relatifs à l'importance de l'allaitement maternel et sa conduite pratique (voir page suivante)</p> <p>3.4.2 Les documents remis aux femmes enceintes ont été sélectionnés et révisés de façon à être en accord avec la politique.</p>	<p>Oui [ ] Non [ ]</p> <p>Oui [ ] Non [ ]</p>
<p>3.5.1 Les femmes enceintes sont "protégées" de toute promotion orale, écrite ou en nature (colis promotionnel) pour l'alimentation artificielle</p> <p>3.5.2 L'établissement s'abstient d'informer les femmes enceintes, lors de réunions collectives, sur l'alimentation artificielle et sur la façon de préparer les biberons</p>	<p>Oui [ ] Non [ ]</p> <p>Oui [ ] Non [ ]</p>

<p>3.6 Toutes les femmes enceintes sont informées par oral et par écrit de l'existence des associations de soutien à l'allaitement maternel</p>	<p>Oui [ ] Non [ ]</p>
<p>3.7.1 Les femmes enceintes qui ont bénéficié des services prénatals sont capables de décrire : - les bénéfices de l'allaitement exclusif au cours des 6 premiers mois, et de l'intérêt de la poursuite de l'allaitement au-delà de 6 mois</p> <p>3.7.2 - les risques de donner des compléments non justifiés ou une sucette</p> <p>3.7.3- l'importance d'un contact peau à peau précoce et prolongé</p> <p>3.7.4- l'importance de garder leur enfant dans leur chambre 24h/24</p> <p>3.7.5 - les moyens susceptibles de les aider pendant le travail et l'accouchement</p>	<p>Oui [ ] Non [ ]</p>

## Annexe 3 : flyer modifié

### Où trouver de l'aide en rentrant à la maison ?

A votre sortie de maternité, pour être aidée en cas de difficulté, vous pouvez participer à :

- > des rencontres avec votre généraliste ou pédiatre de ville, services PMI et sage-femme libérale.
- > des consultations de lactation sur place (du lundi au vendredi sur RDV pris au 03 20 44 59 12) ou sur [www.ombrel.fr](http://www.ombrel.fr)
- > Allait'écoute : un professionnel vous répond tous les soirs de 18h à 21h au 03 20 44 62 67
- > des réunions d'associations locales
  - Solidarité : [www.Solidarite-nord.fr](http://www.Solidarite-nord.fr)
  - La Leche league : [www.lillefrance.org/groupes/llnord](http://www.lillefrance.org/groupes/llnord)



### Pourquoi le « peau à peau » à la naissance ?

Au cours du travail et de l'accouchement, nous serons attentifs à vos besoins (confort dans les positions, présence d'un proche, musique...)



Pour réchauffer, réconforter, apaiser votre nouveau-né

### Pourquoi la proximité 24h/24h ?



Pour se découvrir, se rassurer, tisser des liens familiaux

L'expérience du père ou d'un accompagnant est possible en salle de naissance et en maternité



Centre Hospitalier Régional  
Universitaire de Lille

Maternité Jeanne de Flandre

### Avant la naissance, se préparer à l'arrivée de bébé...



### Nous vous proposons

- Les cours de préparation à la naissance
  - sur place
  - en libéral (liste sur demande à l'accueil)
- La visite virtuelle : déroulement du séjour, peau à peau, rythme et besoins du bébé (amphithéâtre)
- La séance d'informations et d'échanges autour du rythme, des compétences du bébé, et de l'alimentation, chaque jeudi matin de 9h à 12h30.



Inscriptions auprès de l'hôtesse d'accueil dans le hall de la maternité ou en appelant le :  
03 20 44 59 62 - poste 37389 ou 34210.

### Pour vous aider à choisir l'alimentation pour votre bébé

Peut-être n'avez-vous pas choisi comment alimenter votre bébé. C'est une décision importante puisqu'elle peut avoir une influence sur sa santé et sur la vôtre.



Nous vous écoutons, nous vous informons, nous soutenons votre projet

### Pourquoi l'allaitement maternel est important ?

**Pour bébé :**

- croissance optimale
- moins d'infection (moins d'hospitalisation)
- moins d'obésité et de diabète
- moins d'allergie

**Pour maman :**

- perte de poids plus rapide (-600 cal/jour)
- moins de cancer du sein
- écologique et économique

**Pour les deux :**  
Une proximité qui renforce le lien maman-bébé.



### Des questions ? Des interrogations ? Nous y répondons...

**SAVEZ-VOUS QUE ?**

- > Une tétée dès les premières heures qui suivent la naissance facilite la mise en route de l'allaitement. Pour les mamans qui n'ont pas fait leur choix, une tétée en salle de naissance est possible.
- > Le lait maternel est adapté à votre bébé et il évolue en fonction de son âge et de ses besoins. Il est suffisant au cours des six premiers mois de vie : pas besoin de complément ou de tétine. Il reste bénéfique lors de la diversification alimentaire jusqu'aux 2 ans de l'enfant (recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé).

**EN PRATIQUE ?**



- > Votre bébé vous montrera par des signes d'éveil, qu'il est prêt à manger : il bâille, s'étire, porte ses mains à la bouche, salive...
- > Au cours de l'allaitement, des tétées fréquentes assurent une production de lait suffisante : plus le bébé tète, plus vous suitez de lait. C'est la loi de l'offre et la demande. Pour qu'il obtienne du lait, et que la tétée soit agréable, votre installation et la position de la bouche de votre bébé sur le sein sont importantes.
- > Si vous choisissez le biberon, nous vous expliquerons en maternité comment le préparer et le donner à votre bébé.





## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel: mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2003.
2. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action: Allaitement maternel. *Médecine & Nutrition*. 2010;46(3-4):25–47.
3. Turck D, Comité de nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de Pédiatrie*. 2005 Dec;12:S145–65.
4. Rigourd V, Aubry S, Tasseau A, Gobalakichenane P, Kieffer F, Assaf Z, et al. Allaitement maternel: bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2013 avril;26(2):90–9.
5. Conférence de consensus. Grossesse et tabac Lille, 7-8 octobre 2004 Pregnancy and tobacco. Consensus statement Lille, 7–8 October 2004. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005;33:1029–48.
6. Nguyen D, Berlin I. Allaitement maternel chez les femmes fumeuses: connaissances actuelles. Société Française de Tabacologie [en ligne] Document consulté de [societe-francaise-detabacologie.com/misesaupoint/SFT\\_allaitement\\_tabac.pdf](http://societe-francaise-detabacologie.com/misesaupoint/SFT_allaitement_tabac.pdf). 2007;
7. Gremmo-Féger G, Dobrzynski M, Collet M. Allaitement maternel et médicaments. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2003;32(5):466–75.
8. Fortin Deborde C. Label IHAB et recommandations de l'OMS en faveur de l'allaitement maternel: connaissances, attitudes et pratiques dans 55 maternités françaises. Dijon, France; 2007. 6 p.
9. Marchand M-C, Laurent C, Lofgren K. L'IHAB... pour la qualité des soins en maternité. *Archives de Pédiatrie*. 2010 Jun;17(6):804–5.
10. Initiative Hôpital Ami des Bébé - IHAB France - soutien à l'allaitement maternel [Internet]. Available from: <http://amis-des-bebes.fr/>
11. Missions du CHRU de Lille [Internet]. Available from: <http://www.chru-lille.fr/missions/hopital-universitaire/98364.html>
12. Puech F, Breart G, Roze J-C. Plan Périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004;10.
13. Alaktif F. Information anténatale concernant l'accueil du nouveau-né à la maternité du CHRU de Lille: état des lieux en 2014 [Thèse de médecine générale]. Lille II; 2015.
14. Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né: une enquête auprès de 308 femmes. *Archives de Pédiatrie*. 2003 Jan 1;10(1):19–24.

15. Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2009 May;22(3):112–20.
16. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix l'Hélias L. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Archives de Pédiatrie*. 2008 juillet;15(7):1167–73.
17. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. *Archives de Pédiatrie*. 2011 Sep;18(9):945–54.
18. Haute autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005;25–70.
19. Solidarilait : Association de soutien à l'allaitement maternel [Internet]. Available from: <http://solidarilait.org/>
20. Kronborg H, Maimburg RD, Væth M. Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial. *Midwifery*. 2012;28(6):784–90.
21. Svensson J, Barclay L, Cooke M. Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*. 2009 avril;25(2):114–25.
22. Kaplowitz DD, Olson CM. The effect of an education program on the decision to breastfeed. *Journal of nutrition education*. 1983;15(2):61–5.
23. Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2006 Jun;34(6):540–63.
24. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*. 2000 Nov 1;106(5):e67–e67.
25. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Grossesse et accueil de l'enfant - Fiches action - 1310-3.pdf [Internet]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3.pdf>
26. Le guide de l'allaitement maternel - 1265.pdf [Internet]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1265.pdf>
27. Gremmo-Féger G. L'allaitement maternel en 36 questions. CHU de Brest. 2000;
28. Girard L. Communiquer autour de l'allaitement maternel du point de vue des soins centrés sur l'enfant et sa famille. *Archives de Pédiatrie*. 2013 Sep;20(9):1006–10.
29. Loras-Duclaux I. Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. *Archives de Pédiatrie*. 2000 mai;7(5):541–8.

**AUTEUR : BENABOUD Asma**

**Date de Soutenance :** 14 septembre 2015 à 18h

**Titre de la Thèse :** Evaluation de l'impact de mesures correctives sur l'information prénatale dans une maternité universitaire : une étude avant-après.

Thèse - Médecine - Lille 2015

**Cadre de classement :** Gynécologie-obstétrique

**DES + spécialité :** Médecine générale

**Mots-clés :** allaitement maternel, information prénatale, IHAB, évaluation des pratiques professionnelles, étude avant-après

**Résumé :**

**Contexte :** La maternité Jeanne de Flandre est engagée dans la démarche IHAB depuis 2010. Concernant la recommandation 3 qui traite de l'information prénatale, un état des lieux en 2014 indiquait que la maternité n'était qu'à la moitié des objectifs fixés par l'IHAB soit environ 35% des femmes informées pendant la grossesse. Des facteurs influençant l'information ont été retrouvés permettant de mettre en place des mesures visant à améliorer le niveau d'information de ces femmes.

**Méthode :** Etude prospective mono-centrique comparative de type avant après réalisée 1 an après le premier recueil. Les patientes étaient interrogées après la consultation d'anesthésie prénatale.

**Résultats :** 272 patientes ont été incluses en 2015 contre 270 en 2014. Les 2 populations étaient comparables concernant les caractéristiques sociodémographiques. Amélioration de l'information orale qui est passée de 34,7% à 47,4% ( $p < 0,01$ ), la distribution du flyer (information écrite) est passée de 37% à 72,8% ( $p < 0,01$ ) et la traçabilité de l'information dans le dossier obstétrical est passée de 34% à 88,6% ( $p < 0,01$ ).

**Conclusion :** Malgré la progression de nos résultats, ceux-ci ne répondent pas entièrement aux objectifs IHAB qui recommandent que 70% de patientes soient informées par oral et par écrit. Il existe une discordance entre l'information donnée par le consultant et ce que rapporte la patiente. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts afin de personnaliser l'information en consultation, en multipliant et diversifiant les moyens d'informer les futurs parents.

**Composition du Jury :**

**Président :** Professeur Dominique TURCK

**Assesseurs :** Professeur Damien SUBTIL  
Professeur Jean-Marc LEFEBVRE  
Docteur Thameur RAKZA

**Directrice de thèse :** Docteur Béatrice MESTDAGH