



HAL
open science

Allaitement chez les primipares : choix personnel ou influencé ?

Marielle Lahouze

► **To cite this version:**

Marielle Lahouze. Allaitement chez les primipares : choix personnel ou influencé ?. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00717289

HAL Id: dumas-00717289

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717289v1>

Submitted on 12 Jul 2012

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

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

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN-BORDEAUX 2-
ECOLE DE SAGES-FEMMES

**ALLAITEMENT CHEZ LES PRIMIPARES : CHOIX
PERSONNEL OU INFLUENCE ?**

Mémoire de fin d'études
présenté par

LAHOUZE Marielle
Née le 10 Avril 1988

Sous la direction de Mme MOREAU Florence, Sage-femme

**Première année du premier cycle des études médicales 2006/2008
PROMOTION Ecole de Sages-femmes 2008/2012**

REMERCIEMENTS

A Florence MOREAU, mon maître de mémoire, pour son investissement, son aide, ses conseils, ses corrections attentives et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

A Madame GHILARDI, enseignante guidante, pour ses conseils, sa rigueur et pour le temps accordé.

Au Docteur CRISCUOLO, chef du service ; à Mme BARRERE Ghislaine, cadre supérieure et à Mme CAZAUBON Florence, cadre du service de suites de couches, pour m'avoir permis de réaliser mon enquête dans leur service et toute l'équipe des Sages-femmes de l'hôpital Layné pour leur aide.

A ma famille, plus précisément mes parents, Michèle et Jacques, pour leur soutien psychologique et financier tout au long de mes études, mais aussi pour leurs nombreuses relectures, et leurs conseils dans l'élaboration de ce mémoire.

A mon frère Benoît et ma belle-sœur Agathe pour leurs relectures et leurs remarques pertinentes qui m'ont aidée à avancer afin que ce mémoire aboutisse.

A ma meilleure amie Stéphanie qui m'a soutenue dans nos années d'études.

A Christophe pour m'avoir aidée pendant une partie de mes études et permis d'être arrivée jusque là...

A Mathilde pour ces bons moments passés ensemble et pour son soutien.

A la promotion pour ces 4 ans et tous les bons moments partagés.

ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

IHAB : Initiative Hôpitaux Amis des bébés

HAB : Hôpital Amis des bébés

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

PNNS2 : Deuxième Programme National Nutrition et Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

SFP : Société Française de Pédiatrie

SLM : Substituts de Lait Maternel

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

AM : Allaitement Maternel

AA : Alimentation Artificielle

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION	6
Partie 1 : L'ALLAITEMENT A TRAVERS L'HISTOIRE	10
1. L'ALLAITEMENT PENDANT L'ANTIQUITE	11
2. L'ALLAITEMENT AU MOYEN-AGE	13
3. L'ALLAITEMENT AU XVIIIème SIECLE	14
4. L'ALLAITEMENT AU XIXème ET AU XXème SIECLE	15
5. QU'EN EST-IL AU XXIème SIECLE ?.....	17
Partie 2 : MATERIEL ET METHODE.....	18
1. TYPE D'ETUDE	19
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	19
2.1 Objectif principal	19
2.2 Objectif secondaire	19
3. POPULATION ETUDIEE	19
3.1 Critères d'inclusion	20
3.2 Critères d'exclusion.....	20
4. RECUEIL DE DONNEES	20
5. CONTENU DES QUESTIONNAIRES	21
6. ANALYSE DES RESULTATS	22
Partie 3 : RESULTATS.....	23

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	24
2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	25
3. LE SUIVI DE GROSSESSE	27
4. L'ENTOURAGE PARENTAL ET AMICAL	30
5. LE MOMENT DU CHOIX	32
Partie 4 : ANALYSE ET DISCUSSION	33
1. ANALYSE DES RESULTATS	34
1.1 La population étudiée.....	34
1.2 Les professionnels de santé pendant la grossesse	34
1.3 Les informations reçues pendant la grossesse	35
1.4 Les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité, et les réunions sur l'AM.....	37
1.5 L'entourage parental et amical.....	39
1.6 Le moment du choix	42
2. PROPOSITIONS	43
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE :	47
ANNEXES.....	52
Annexe I : Déclaration d'Innocenti (1990) sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel	52
Annexe II : Critères à respecter pour le label « Ami des bébés ».....	56
Annexe III : Protection promotion et soutien historique des enjeux mondiaux	57
Annexe IV : Lettre de consentement	58
QUESTIONNAIRE :	59

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est un problème de santé publique mondial. Sa promotion dans les pays industrialisés, et notamment en France, est croissante, du fait notamment de l'amélioration des connaissances en matière de santé infantile. Selon une enquête de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S), le taux d'allaitement est en progression : il était, en effet, de 52,1% en 2000, de 64 % en 2004, 65,9 % en 2006 et 66,3 % en 2007 [1]. Un deuxième Programme National Nutrition et Santé (PNNS2) a fixé un objectif concernant le taux d'allaitement à la sortie de la maternité de 70%, d'ici 2010 [2]. Cet objectif reste insuffisant en comparaison des taux affichés par nos voisins européens. Les pays européens affichent un taux d'allaitement maternel à la naissance supérieur au taux de la France : 98% en Norvège, plus de 90% en Suède, en Suisse et au Danemark, 85% en Allemagne, 80% en Belgique, 75% au Luxembourg, 70% dans le Royaume Uni [3]. Les bébés français sont donc peu nombreux à être allaités, même si leur nombre est en constante augmentation et ils le sont moins longtemps que partout ailleurs en Europe du Nord.

La durée moyenne de l'allaitement en France est de seulement 10 semaines, alors que les recommandations actuelles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Française de Pédiatrie (SFP) sont de 6 mois d'allaitement exclusif [3-5]. Nous parlons d'allaitement exclusif lorsqu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux ; le lait maternel exprimé est également accepté) [3,7]. Or, Kramer et Kakuma [6] rapportent que peu d'études intègrent strictement la définition de l'allaitement exclusif de l'OMS.

De plus, nous pouvons dire qu'il existe des disparités dans les taux d'allaitement, c'est-à-dire des différences culturelles, sociales, peut-être historiques, mais sans doute aussi conjoncturelles. Les mots entendus, le soutien reçu sont ici importants. Sur ce choix qui doit être personnel et intime, le regard posé par les tiers n'est pas neutre, et peut être ressenti comme très intrusif par les jeunes mamans.

Il est donc important que les mamans reçoivent le soutien dont elles ont besoin. Quel que soit leur projet personnel, elles doivent se sentir compétentes, libres dans leurs gestes auprès de leur bébé, dans leur décision du mode d'alimentation et de maternage qu'elles ont souhaité [8].

L'allaitement est le moyen idéal d'apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé [3, 10]. L'allaitement maternel comporte de nombreux avantages pour la santé de l'enfant et de sa mère. D'une part pour l'enfant il favorise la croissance et le bon développement ; la réduction de l'incidence et de la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles. D'autre part pour la mère, il réduit le risque de cancer du sein et des ovaires, et augmente l'intervalle entre les grossesses [annexe I].

Toutes les mères peuvent allaiter (sauf les rares contre-indications), si elles reçoivent des informations et surtout si elles ont le soutien de leur entourage et du système de soins. *« Pour permettre aux mères de démarrer et de maintenir l'allaitement exclusif au sein pendant six mois, l'OMS et l'UNICEF recommandent :*

- *De commencer l'allaitement dès la première heure qui suit la naissance ;*
- *l'allaitement exclusif au sein – c'est-à-dire que le nourrisson n'absorbe que du lait maternel et aucune autre nourriture ou boisson, pas même de l'eau ;*
- *l'allaitement à la demande – c'est-à-dire aussi souvent que l'enfant le réclame, jour et nuit ;*
- *pas de biberons, de tétines ou de sucettes. » [9]*

De nombreux facteurs interviennent dans la décision d'allaiter ou non son enfant. *« Ils ont été classés en quatre grandes catégories correspondant à quatre niveaux d'intervention, selon une approche éco systémique :*

- *les facteurs liés à la mère, au bébé et à son état de santé et à l'accouchement (microsystème) ;*
- *les facteurs liés à l'entourage (méso-système) ;*
- *les facteurs liés au système de santé (écosystème) ;*
- *les facteurs liés aux politiques de santé (macro-système). » [10]*

De nombreux établissements de santé ont développé des politiques d'amélioration de la qualité de l'accompagnement de l'allaitement maternel pour répondre aux recommandations de l'OMS et de la HAS dans leurs services d'obstétrique. Certains ont pu ainsi obtenir un label « Hôpital, ami des bébés ». Il existe 20.000 hôpitaux ayant le label « Ami des Bébé » dans 152 pays du monde entier et seulement 700 en Europe. En France,

12 services réalisant 16.600 accouchements ont le label « Ami des Bébéés ». Pour obtenir ce label, l'établissement concerné doit respecter plusieurs critères [Annexes II, III] [11].

Ce travail tente de mettre en évidence les facteurs qui influencent le choix de la mère en faveur ou contre l'allaitement. Tout d'abord, nous ferons un rappel sur l'histoire de l'allaitement depuis l'Antiquité jusqu'à aujourd'hui, en particuliers les facteurs qui ont influencé les femmes.

Puis, dans le cadre d'une évaluation de ces politiques d'amélioration de la qualité dans le domaine de l'accompagnement de l'allaitement, nous nous sommes demandés si la future mère décide seule du mode d'alimentation de son nouveau-né ou si d'autres personnes interviennent. Quelle est alors la place du futur père, de la future grand-mère maternelle et des amies dans la décision d'allaiter ou non son enfant ? Et quel est l'impact du suivi de grossesse dans cette décision (informations des professionnels de santé, séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité) ?

Enfin, nous souhaitons aussi mettre en évidence le moment de la décision de la mère concernant ce mode d'alimentation afin d'intervenir au moment adéquat pour favoriser le choix de l'allaitement.

Partie 1 : L'ALLAITEMENT A TRAVERS L'HISTOIRE

Tout d'abord, nous aurions tendance à penser que la décision d'allaiter est une affaire personnelle, une suite naturelle et instinctive d'une grossesse. Pourtant, au fil du temps, de nombreux combats furent et seront nécessaires pour que l'allaitement maternel puisse obtenir une place prépondérante dans notre société.

Ainsi, l'allaitement maternel varie considérablement dans le temps, en fonction des cultures, des régions du monde, des contextes, des modes éducatifs et des niveaux socio-économiques de la population [12].

1. L'ALLAITEMENT PENDANT L'ANTIQUITE

A cette époque, le lait était considéré comme « *du sang cuit et blanchi* » [19]. Pendant la grossesse, on pensait que l'enfant était alimenté par le sang maternel via le placenta. A l'accouchement, « *le sang remontait dans les mamelles et c'est cette ascension qui le cuisait, le transformant en lait* » [19]. L'allaitement maternel présente donc la continuité de la grossesse et c'est pour cela que l'on pensait que, « *Le lait appartient à l'enfant* » (Adolphe Pinard) [19].

Allaiter était une fonction primordiale, obligatoire [13]. En effet, les anciens considéraient que les traits de caractère se transmettaient par le biais du lait maternel. Si l'enfant était confié à une nourrice, il s'exposait « *à téter les vices de celle-ci* » [13]. Ne serait-il pas alors un être différent de ce que les femmes pouvaient souhaiter ?

« *Cet enfant qui aurait été honnête homme si la mère l'avait allaité, devient quelquefois un emporté, un scélérat, un débauché, un vicieux, parce qu'il aura sucé avec le lait de sa nourrice, tous ses vices et tous ses défauts* » (Dionis, Chirurgien-accoucheur) [14].

« *L'ivrognerie de Néron (Lucius Domitius Claudius Nero : 37-68) serait ainsi pardonnable puisqu'elle lui a été transmise par sa nourrice, elle-même ivrogne notoire* » [13].

Contrairement aux femmes de niveau socio-économique moyen ou pauvre, les mères de milieux aisés disposaient d'esclaves pour allaiter leur enfant à leur place [23].

D'après les conseils du médecin Soranos (Médecin Grec du début du II^{ème} siècle

après J.C), il était interdit de donner le sein dans les 20 premiers jours après la naissance, car ce lait était considéré comme indigeste. L'enfant était alors nourri de miel tiède, mélangé ou non avec du lait de chèvre [20].

Le sevrage de l'enfant se faisait vers l'âge de deux ans. Le « guttus », sorte de biberon en terre cuite ou en verre, permettait de donner à l'enfant du lait animal, des soupes, ou des bouillies [13, 20].

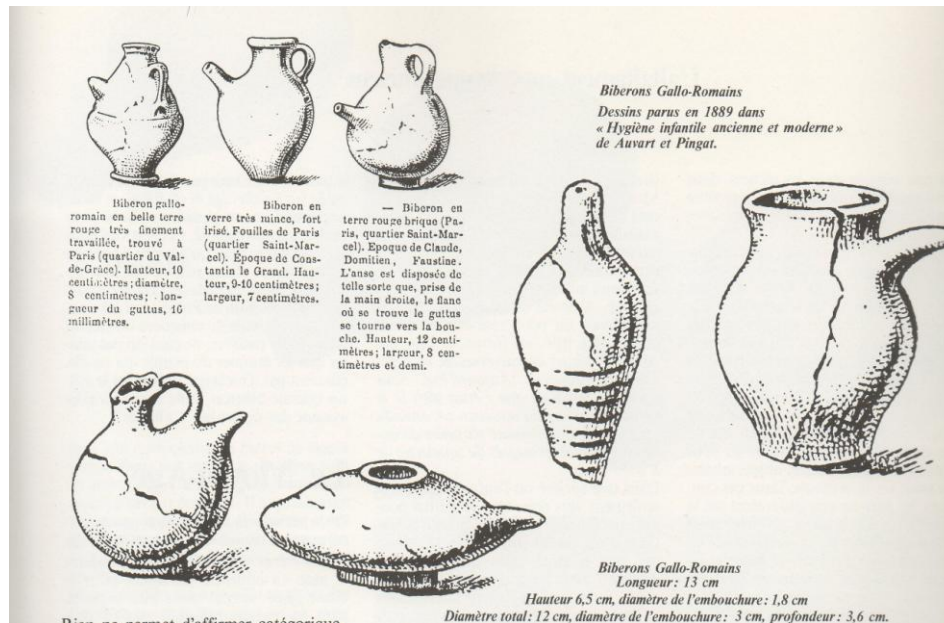


Figure 1: le Guttus, biberon en terre cuite [13].

2. L'ALLAITEMENT AU MOYEN-AGE

Au Moyen-âge, l'allaitement au sein était considéré comme le seul convenable. En effet, on considérait que si la nature avait donné des seins aux femmes, c'était uniquement pour leur permettre de nourrir leurs enfants. Les femmes n'allaitant pas leurs enfants étaient traitées de « méchantes » [13].

Cependant, le bourgeois qui avait les moyens de financer une nourrice refusait et même interdisait que sa femme allaite pour pouvoir disposer sexuellement de son épouse [16]. En effet, les rapports risquaient de faire diminuer la lactation, ils n'étaient pas autorisés pendant l'allaitement [18]. La mère n'était donc pas la seule concernée par le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. [16] ; c'était une affaire de couple et « *un instrument de domination masculine* » [18].

Si la femme donnait le sein à l'enfant, elle était contrainte à une abstinence sexuelle au risque « de pourrir le lait » [13]. Les médecins ordonnaient aux femmes d'attendre la fin de l'évacuation des lochies avant de commencer à allaiter, soit environ 20 jours.

Les femmes renonçaient donc à l'allaitement maternel, considéré comme trop difficile [13]. Elles devaient alors avoir recours à des nourrices mais aussi à des personnes spécialisées pour dégorger leurs seins. Ces personnes (femmes spécialisées dans cette fonction) tétaient le lait et le recrachaient ou cela pouvait être fait par des petits chiens [19].

De plus, si la femme se retrouvait enceinte alors qu'elle allaitait son enfant, la lactation risquait d'être diminuée voir de cesser totalement. En effet, l'embryon implanté allait sucer tout le sang qui ne remonterait plus dans les mamelles (référence au sang cuit et blanchi) [13].

Le sevrage se faisait entre 18 mois et 3 ans. Les enfants étaient alors nourris avec des soupes, des bouillies à l'aide de tasses, de cuillères, de verres, de cornes percées [20].



Figure 2: Cuillères en bois [13]

3. L'ALLAITEMENT AU XVIII^{ème} SIECLE

Nous distinguons à cette époque, deux populations : les familles aisées et les familles de classe sociale moins favorisée [17] ; bien que dans les 2 cas la question de l'allaitement ne se pose pas.

Dans les familles aisées, les enfants étaient très rarement laissés à leur mère à la naissance. En effet, ils étaient confiés à des nourrices à la campagne, ou à des femmes vivant au domicile des parents, pour des questions d'esthétisme, d'activité et de liberté féminine. De plus, le fait d'allaiter son enfant était mal vu dans la société, car cela renvoyait à « une animalité mal acceptée » [17].

Les nourrices étaient elles-mêmes des mères dont l'enfant était encore au sein. Il arrivait donc, que les enfants confiés à cette nourrice meurent de malnutrition car celle-ci n'avait pas assez de lait pour nourrir son enfant et celui des autres [18].

Ainsi le taux de mortalité était très élevé pour les bébés envoyés à l'extérieur. A la fin du 18^{ème} siècle 25% à 40% des nourrissons envoyés en nourrice mouraient (souvent avant l'âge de 6 mois) contre 18% à 20% de ceux allaités par leur mère [18] ;

Concernant les familles de classes sociales moins favorisées ; elles n'avaient pas d'autre alternative que d'allaiter [17]. Les enfants étaient allaités dès la naissance sans souci de durée, de temps entre chaque tétée. Cet allaitement se faisait à la demande [20].

Cependant, si la mère était malade, elle ne pouvait pas donner le sein à son enfant, alors l'enfant recevait de l'eau sucrée le temps que la mère soit guérie. Le sevrage de l'enfant était dans ce cas là un sevrage dit « naturel », l'enfant se détournant lui-même [13].

4. L'ALLAITEMENT AU XIXÈME ET AU XXÈME SIECLE

Au XIXème siècle, la mise en nourrice va s'intensifier par le développement du travail des femmes et la croissance urbaine. Cela va toucher toutes les classes sociales selon leurs moyens [13].

Cependant, beaucoup d'enfants se retrouvaient dans des familles pauvres de nourrices, aux conditions d'hygiène et matérielle souvent déplorables. Ils étaient alors nourris trop rapidement par des soupes et bouillies [20]. La nourrice par soucis financiers acceptait plusieurs enfants à la fois. D'après une statistique établie par Maître Petit en 1885, le taux de mortalité chez les enfants envoyés en nourrice était de 71%, contre 15 % pour ceux allaités au sein [13, 20].

Vers la fin du XIXème siècle et le début du XXème siècle, il y a eu un recul de la mise en nourrice en raison du développement de l'alimentation au biberon. Le taux de mortalité infantile chez les bébés nourris au biberon était élevé [17]. Il ressort de certaines études faites entre autres par Pasteur, que cela était dû à un problème d'hygiène [13]. Les biberons étaient rarement lavés et contenaient parfois du lait cru.

Dès 1840, des crèches ont été mises en place près des lieux de travail. Les primes à l'allaitement et le biberon ont réussi à imposer l'enfant dans sa famille [13,20]. Grâce à ces nouveaux moyens mis à disposition des mères, celles-ci n'ont plus à mettre l'enfant chez les nourrices. On assiste donc à un déclin progressif de l'industrie nourricière dès le début du XXème siècle et enfin sa disparition complète après la guerre de 1939-1945 [20].

Au XXème siècle, du fait de la première guerre mondiale, les femmes sont contraintes d'aller travailler pour remplacer les hommes partis au combat, donc l'allaitement devient plus difficile. La femme devait faire le choix entre le travail et l'allaitement [17].

Les premiers laits artificiels sont alors commercialisés, importés des Etats-Unis. L'alimentation artificielle primait donc à cette époque sur l'allaitement maternel [21].

L'allaitement maternel était délaissé car il n'était pas quantifiable, les mamans ne savaient jamais la quantité que prenait leur enfant au moment des tétées. Cependant, dans les années 1980, il reprenait le dessus parce que c'était l'alimentation la mieux adaptée pour l'équilibre et le développement optimal de l'enfant [17].

L'allaitement était devenu un choix réfléchi des femmes et des couples qui connaissaient ses bénéfices.

En 1981, l'O.M.S. lança un Code international de commercialisation des substituts de lait ayant pour but de protéger et d'encourager l'allaitement au sein et d'assurer une utilisation correcte des substituts de lait (S.L.M) [22].

Enfin dans les années 1990, la protection, le soutien, la promotion de l'allaitement maternel seront adoptés par la déclaration d'Innocenti (Août 1990) [Annexe I] et l'Initiative Hôpitaux « Ami des Bébés » (I.H.A.B.) (1991) mais aussi avec la déclaration conjointe O.M.S / U.N.I.C.E.F. sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (1989) [Annexe III].

5. QU'EN EST-IL AU XXIème SIECLE ?

Au XXIème siècle, une conception internationale est lancée favorisant l'alimentation maternelle du nourrisson et du jeune enfant. Elle protège et cautionne l'allaitement maternel [22].

En effet en 2001, l'Assemblée Générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), recommande un allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie et la poursuite d'un allaitement partiel jusqu'à l'âge de deux ans voire plus [3, 22].

Le rapport du PNNS 2006-2010 présenté le 6 septembre 2006 a pour objectif de poursuivre l'augmentation de la fréquence de choix de l'allaitement maternel (objectif 70% en 2010) et de promouvoir systématiquement celui-ci lors de l'entretien du quatrième mois [2]. De plus, il préconise une augmentation de la durée de l'allaitement [2]. Cette durée préconisée par l'HAS est de 6 mois exclusifs.

Pour finir, nous allons faire un état des lieux de l'allaitement maternel en France à partir de 2000. En effet, la durée et l'incidence en France, restent inférieures aux objectifs recommandés. D'après l'enquête nationale de périnatalité faite en 2003, portant sur 14580 enfants nés vivants en France, de tous termes, durant une semaine, a montré un taux d'allaitement maternel exclusif à la maternité de 56,3% [24].

L'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité variait entre 70% et 90% suivant le pays, en 2000.

Partie 2 : MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude prospective d'observation, uni centrique, et non randomisée, réalisée à l'aide d'un questionnaire individuel distribué dans le service de suites de couches au Centre Hospitalier public LAYNE de Mont de Marsan, labellisé « Hôpital, Ami des Bébéés ». Avant de lancer l'étude, le questionnaire a été testé auprès de cinq patientes afin de s'assurer de sa bonne compréhension et de son efficacité. Cet établissement a réalisé 1552 accouchements en 2010, et le taux d'allaitement à la naissance était de 60% en 2010.

L'étude a été réalisée du 28 juin 2011 au 5 septembre 2011 pour recueillir un nombre suffisant de questionnaires.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1 Objectif principal

Cette étude vise à voir l'impact de l'entourage parental, amical, médical lors de la grossesse (consultations, cours de préparation à la naissance et à la parentalité), ainsi que l'impact de la connaissance des patientes dans le choix d'allaiter ou non.

2.2 Objectif secondaire

D'autre part, l'étude vise à connaître le moment de la décision de la mère concernant le mode d'alimentation de son enfant.

3. POPULATION ETUDIEE

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis afin de définir notre population d'étude.

3.1 Critères d'inclusion

Etaient éligibles :

- les patientes primipares allaitantes et non allaitantes
- pour les primipares allaitantes, on ne prendra que les allaitements exclusifs
- accouchement voie basse ou césarienne
- entre 37 SA et 41 SA
- grossesse simple ou multiple

Le consentement de la patiente était également requis. Elle devait cocher la case « j'accepte » ou celle « je refuse » dans la lettre se trouvant au début du questionnaire [Annexe IV].

3.2 Critères d'exclusion

Etaient exclues de l'étude :

- les femmes dont les enfants sont hospitalisés en néonatalogie
- les femmes refusant de participer à l'étude
- les femmes ne parlant pas le français
- les femmes ne sachant ni lire, ni écrire

4. RECUEIL DE DONNEES

Le recueil des informations a été réalisé à partir de questionnaires distribués aux patientes.

Le questionnaire a été donné à partir du lendemain de l'accouchement aux patientes répondant aux critères de sélection. La plupart des patientes vues étaient au deuxième voire au troisième jour après leur accouchement. Nous avons choisi de distribuer nous même les questionnaires pour ne pas perturber l'organisation du service. Si la patiente n'avait pas le temps de le remplir durant les 2 heures où je restais dans l'établissement, elle pouvait le remettre aux sages-femmes. Nous nous sommes rendus dans le service de suites de couches, trois à quatre fois dans la semaine pour récolter le maximum de questionnaires.

Deux groupes ont été établis : un premier groupe dans lequel les patientes allaitaient leur enfant, et un deuxième groupe dans lequel les patientes n'allaitaient pas leur

enfant. Le choix d'une enquête par questionnaires composés en majorité de questions fermées à choix multiples a limité les réponses à la fois dans leur forme et dans leur contenu.

Enfin, seulement deux femmes ont refusé de répondre.

5. CONTENU DES QUESTIONNAIRES

Ce questionnaire [Annexe IV] comporte plusieurs parties :

La 1^{ère} partie était basée sur les données générales de la mère (âge, statut marital, niveau d'étude, profession).

La 2^{ème} partie concernait le déroulement de la grossesse, le suivi de grossesse, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité et les informations qui ont été données aux patientes par les professionnels qui les ont suivies.

La 3^{ème} partie portait sur l'entourage parental et amical, pour savoir si les mères demandaient l'avis de leur conjoint ou/et de leur propre mère et/ou leurs amies pour prendre leur décision.

La 4^{ème} partie recueillait les informations sur la naissance de l'enfant : le mode d'accouchement, la tétée d'accueil.

Enfin, la dernière partie du questionnaire faisait référence au moment où elles avaient décidé du mode d'alimentation de leur enfant. Avaient-elles pris leur décision avant la grossesse, pendant la grossesse en précisant à quel mois ou après l'accouchement grâce à la tétée d'accueil?

L'objectif était un retour du questionnaire avant la fin de leur séjour en suites de couches, les patientes devant répondre aux questions sans leur entourage familial afin qu'il n'ait pas d'influence.

6. ANALYSE DES RESULTATS

Pour les variables qualitatives, les données ont été présentées en pourcentage. La comparaison des pourcentages a été réalisée par le test du Chi^2 , lorsque les effectifs attendus étaient supérieurs à 5, ou un test de Fisher si les effectifs théoriques étaient trop faibles.

Pour les variables quantitatives, les données ont été présentées sous forme d'une moyenne + / - écart-type. La comparaison des variables quantitatives reposait sur le test de Student pour les effectifs supérieurs à 30 ou si la distribution de la variable suit une loi normale. Un test non-paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé si les effectifs étaient trop faibles ou que les variables étudiées ne suivaient pas une loi normale.

Une p-value inférieure à 0,05 a été utilisée comme seuil d'une différence significative.

Les données ont été saisies dans un fichier Excel et les analyses ont été réalisées sur le logiciel R 2.9.0.

Partie 3 : RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Sur la période étudiée, du 28 juin au 5 septembre 2011 inclus, 307 patientes ont accouché dans le service. Il y a eu 123 accouchées primipares et 184 accouchées multipares.

Nous avons pu rencontrer 114 patientes primipares répondant aux critères d'inclusion que nous avons fixés avant de commencer l'étude.

Parmi les 114 patientes ayant accouché entre 37 SA et 41 SA, 2 ont refusé de répondre aux questionnaires que nous avons établis. Les 9 autres n'ont pas été retenues pour l'étude car elles ne correspondaient pas aux critères de sélection. Au final, nous avons recueilli 112 questionnaires.

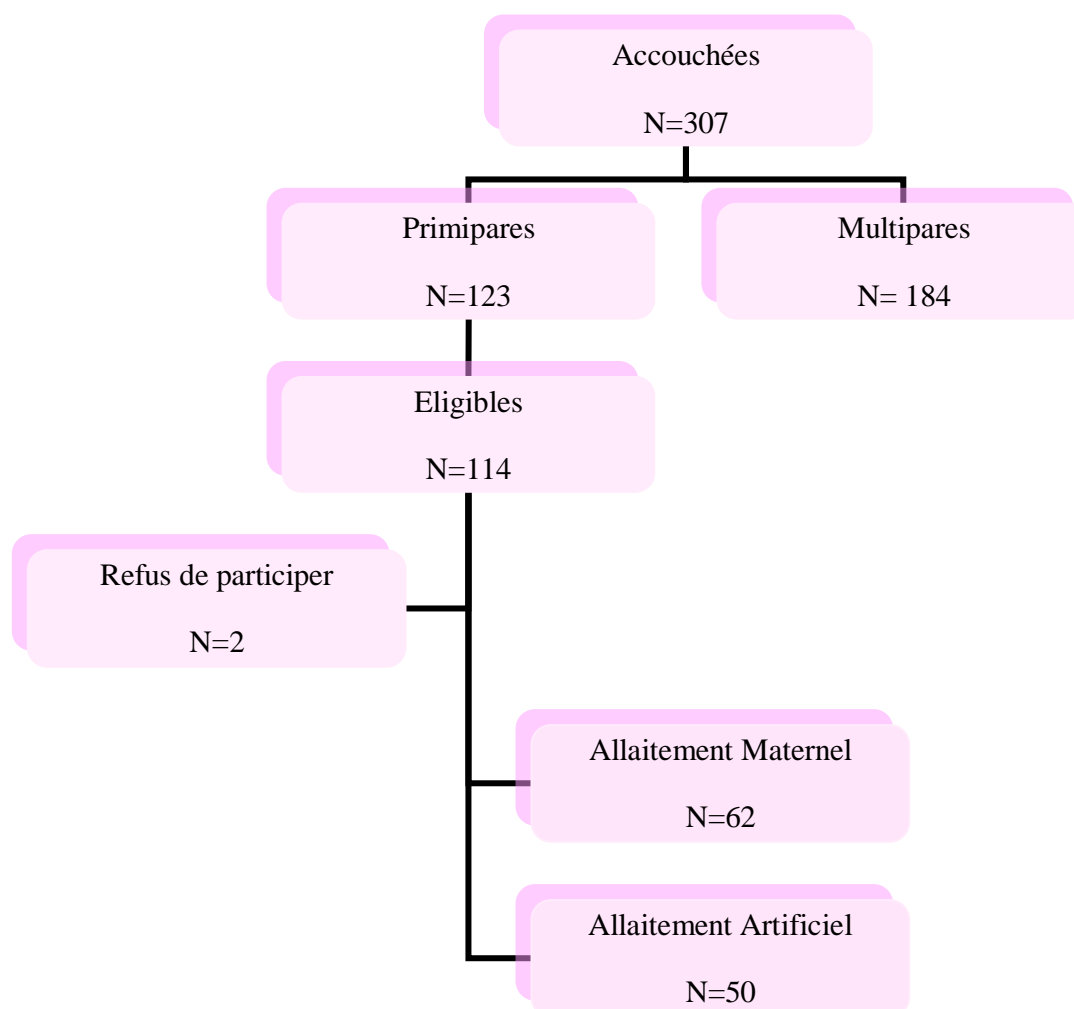


Figure 1 : Répartition de la population des accouchées selon le mode d'alimentation des nouveau-nés

2. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Nous avons comparé les mères qui ont choisi l'Allaitement Maternel (Groupe AM) et les mères qui ont eu recours à l'Alimentation Artificielle (Groupe AA).

Tableau I : Age, situation maritale, niveau d'étude, profession, type de grossesse, mode d'accouchement et de la 1^{ère} tétée en salle, en fonction du mode d'alimentation du nouveau-né.

<i>Caractéristiques</i>	<i>Allaitement Maternel (N=62)</i>	<i>Alimentation Artificielle (N=50)</i>	<i>P-value</i>
<i>Age</i>	27,27+/-4,90	27+/-4,08	NS †
<i>Statut maritale</i>			
-mariée	18 (29,1%)	13 (26%)	
-en couple	41 (66,1%)	35 (70%)	NS ††
-seule	3 (4,8%)	2 (4%)	
<i>Niveau d'étude</i>			
-école primaire, collège, CAP, BEP	2 (3,2%)	2 (4%)	
-lycée, BAC	30 (48,4%)	25 (50%)	NS ††
-études supérieures, BTS, licence	30 (48,4%)	23 (46%)	
<i>Profession</i>			
-agriculteurs	1 (1,6%)	1 (2%)	
-artisans, commerçants	2 (3,2%)	1 (2%)	
-cadre	10 (16,1%)	8 (16%)	NS ††
-profession intermédiaire	4 (6,5%)	4 (8%)	
-employés	28 (45,2%)	23 (46%)	
-ouvriers	1 (1,6%)	4 (8%)	
-sans activité	16 (25,8%)	9 (18%)	
<i>Type de grossesse</i>			
-simple	61 (98,4%)	50 (100%)	NS ††
-multiple	1 (1,6%)	0 (0%)	
<i>Mode d'accouchement</i>			
-voies naturelles	53 (85,5%)	43 (86%)	NS †††
-césarienne	9 (14,5%)	7 (14%)	
<i>1^{ère} tétée en salle</i>			
-oui	43 (69,4%)	18 (36%)	<0,02
-non	19 (30,6%)	32 (64%)	†††

NS : non significatif, † Student test, †† Fisher test, ††† Chi² test

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'âge ($p=0,75$), le statut marital, le niveau d'étude, la profession, le type de grossesse et le mode d'accouchement ($p>0,05$). Les deux groupes étaient alors identiques. Cependant, nous avons observé une différence significative ($p\text{-value}<0,02$) entre les deux groupes en ce qui concerne la première tétée en salle d'accouchement. En effet, les patientes AM ont fait la première tétée en salle de naissances à 69,4% contre seulement 36% pour les AA.

3. LE SUIVI DE GROSSESSE

TABLEAU II : Suivi de la grossesse et cours de préparation à la parentalité, en fonction du mode d'alimentation du nouveau-né.

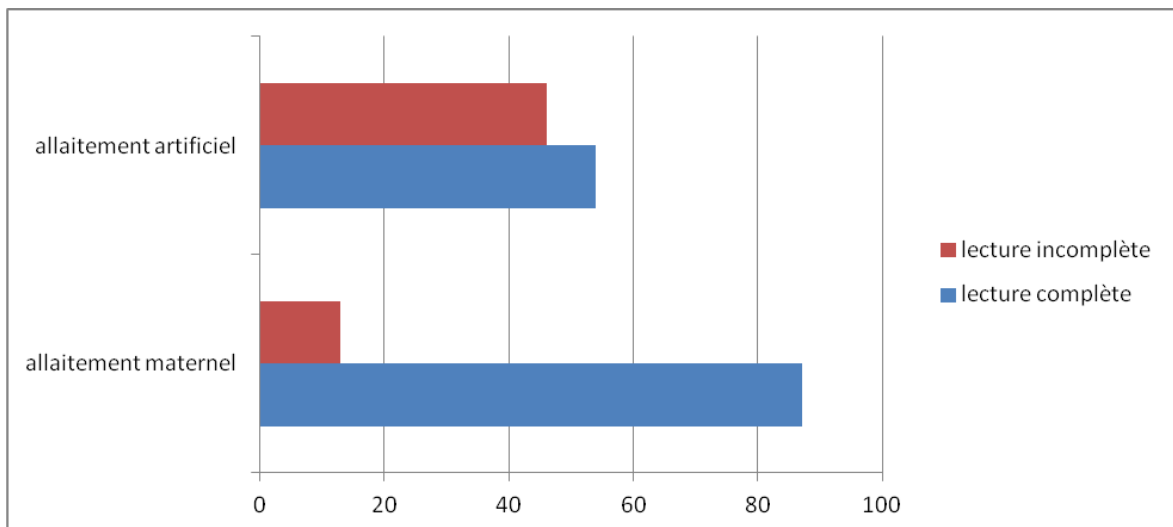
<i>Suivi de la grossesse</i>	<i>Allaitement Maternel (N=62)</i>	<i>Alimentation Artificielle (N=50)</i>	<i>P-value</i>
<i>Suivi régulier</i>			
<i>-une fois par mois</i>	62 (100%)	49 (98%)	NS ††
<i>-moins de 5 consultations</i>	0 (0%)	1 (2%)	
<i>Professionnel</i>			
<i>-Sage-femme</i>	11 (17,7%)	3 (6%)	NS †††
<i>-Gynécologue-Obstétricien à l'hôpital</i>	18 (29,1%)	21 (42%)	
<i>-Gynécologue de ville</i>	33 (53,2%)	26 (52%)	
<i>Informations reçues pendant la grossesse</i>			
<i>-oui</i>	33 (53,2%)	24 (48%)	NS †††
<i>-non</i>	29 (46,8%)	26 (52%)	
<i>Lectures des documents</i>			
<i>-entièrement</i>	54 (87,1)	27 (54%)	<<0,02 †††
<i>-feuilletés</i>	8 (12,9%)	23 (46%)	
<i>Cours de préparation à la parentalité</i>			
<i>-oui</i>	49 (79%)	35 (70%)	NS †††
<i>-non</i>	13 (21%)	15 (30%)	
<i>Cours ou Réunion sur l'allaitement</i>			
<i>-oui</i>	31 (50%)	10 (20%)	<<0,02 †††
<i>-non</i>	31 (50%)	40 (80%)	

NS : non significatif, †† Fisher test, †††Chi² test

Dans les deux groupes, nous avons observé, qu'il n'existait pas de différence significative entre le fait d'être suivi régulièrement par tel ou tel professionnel pendant la grossesse (p-value >0,05). **Toutes les patientes ont été suivies régulièrement pendant leur grossesse, et pour la majorité d'entre elles, par une gynécologue de ville ou un gynécologue-obstétricien à l'hôpital.**

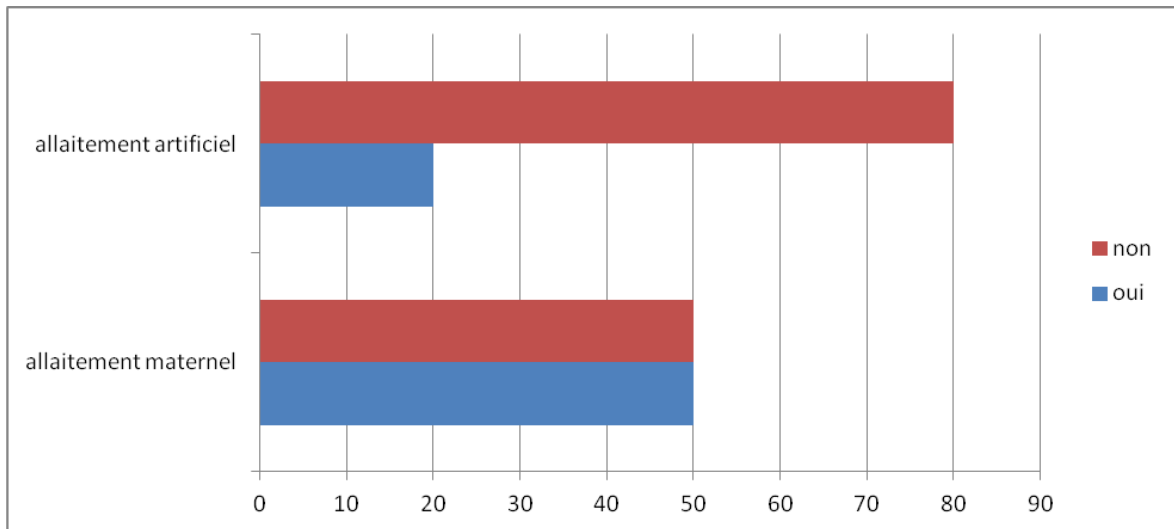
Il existait une différence très significative dans le fait d'avoir lu ou non les documents distribués pendant la grossesse concernant l'AM (Graphique I). La p-value est inférieure à 0,02. **Ainsi, les patientes qui souhaitent allaiter leur enfant lisaient plus ces documents que celles qui ne souhaitent pas allaiter.**

Graphique I : Représentation graphique de la lecture complète ou non des documents sur l'allaitement dans les deux groupes.



Enfin, dans le groupe AA (Graphique II), seulement 20% des patientes participaient aux cours ou réunion sur l'allaitement versus 80% qui ne participaient pas. Par contre, dans le groupe des allaitantes, il y avait autant de patientes qui y participaient que de patientes qui n'y participaient pas (50% vs.50%).

Graphique II : Représentation graphique des pourcentages de patientes participant ou non au cours ou réunion sur l'allaitement pendant la grossesse



4. L'ENTOURAGE PARENTAL ET AMICAL

D'après le tableau III, **une différence significative a été retrouvée concernant l'avis donné par le conjoint et la mère de la future maman.** 62,9% des patientes du groupe AM avaient un conjoint favorable à l'allaitement contre 6% des patientes du groupe AA ($p < 0.05$).

En revanche, 48% des patientes AA avaient un conjoint qui leur laissait le choix contre 29% des AM. **Quand le conjoint laissait le choix à son épouse celle-ci allait donc plutôt donner le biberon à son enfant.**

Quand nous avons demandé aux patientes si l'avis de leur conjoint était important pour prendre leur décision, nous avons obtenu un taux de 62,9% dans le groupe AM et 68% dans le groupe AA. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ($p > 0,05$).

TABLEAU III : Influence du conjoint en fonction du mode d'alimentation du nouveau-né.

<i>Entourage</i>	<i>Allaitement Maternel (N=62)</i>	<i>Alimentation Artificielle (N=50)</i>	<i>P-value</i>
<i>Demande avis de son conjoint</i>	58 (93,5%)	42 (84%)	NS †††
<i>Avis de son conjoint</i>			
<i>-oui, pour l'allaitement</i>	39 (62,9%)	3 (6%)	<<<0,02 †††
<i>-non, il préfère le biberon</i>	1 (1,6%)	12 (24%)	
<i>-il vous a laissé le choix</i>	18 (29,1%)	27 (48%)	
<i>Avis important pour prendre sa décision</i>	39 (62,9%)	34 (68%)	NS †††

NS : non significatif, ††Fisher test, †††Chi² test

Ensuite, 40,3% des patientes désirant allaiter avaient une mère qui était pour l'allaitement, contre seulement 2% pour les AA ($p < 0.05$). Et si elle lui laissait le choix, la patiente préférait ne pas allaiter son enfant si elle avait décidé initialement de ne pas l'allaiter (52%).

TABLEAU IV : Influence de la grand-mère maternelle et des amies en fonction du mode d'alimentation du nouveau-né.

<i>Entourage</i>	<i>Allaitement Maternel (N=62)</i>	<i>Alimentation Artificielle (N=50)</i>	<i>P-value</i>
<i>Allaitée par sa mère</i>	35 (56,5%)	17 (34%)	<0,05 †††
<i>Demande avis de sa mère</i>	13 (21%)	15 (30%)	NS †††
<i>Avis de sa mère</i>			
<i>-oui pour l'allaitement maternel</i>	25 (40,3%)	1 (2%)	<<<0,02 ††
<i>-non, elle vous l'a déconseillé</i>	0 (0%)	2 (4%)	
<i>-elle vous a laissé le choix</i>	14 (22,6%)	26 (52%)	
<i>Avis important pour prendre sa décision</i>	10 (16,1%)	14 (28%)	NS †††
<i>Amies qui ont allaité</i>	54 (87,1%)	42 (84%)	NS †††
<i>Avis des amies</i>			
<i>-oui, elles vous ont conseillé d'allaiter</i>	39 (62,9%)	22 (44%)	NS ††
<i>-non, elles ne vous ont pas encouragé</i>	3 (4,8%)	5 (10%)	
<i>-elles ne vous ont pas donné leur avis</i>	20 (32,3%)	23 (46%)	

NS : non significatif, ††Fisher test, †††Qui2 test

L'avis de la grand-mère maternelle avait peu d'influence sur la décision finale de la mère ; nous avons obtenu un pourcentage de 16,1% pour les allaitantes et de 28% pour les non allaitantes. Ces pourcentages étaient nettement inférieurs à ceux concernant l'importance de l'avis du conjoint.

Il existait une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne le fait d'avoir ou non été allaité par sa propre mère ($p=0,02942$).

5. LE MOMENT DU CHOIX

D'après le tableau V, concernant le moment du choix du mode d'alimentation du nouveau-né, aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée ($p>0,05$). Nous avons observé, que 66,1% des patientes qui allaitaient leur enfant et 46% des patientes qui n'allaitaient pas, avaient pris leur décision avant même d'être enceinte.

Parmi les patientes allaitantes, 27,4% avaient pris leur décision pendant la grossesse et seulement 6,5% l'avaient pris le jour de l'accouchement. Pour les non allaitantes, 40% prenaient leur décision pendant la grossesse et 14% le jour de l'accouchement.

TABLEAU V : Moment du choix pour le mode d'alimentation du nouveau-né, pour les femmes allaitantes et les femmes non allaitantes.

<i>Moment du choix</i>	<i>Allaitement Maternel (N=62)</i>	<i>Allaitement Artificiel (N=50)</i>	<i>P-value</i>
<i>Avant la grossesse</i>	41 (66,1%)	23 (46%)	NS †††
<i>Pendant la grossesse</i>	17 (27,4%)	20 (40%)	NS †††
<i>Le jour de l'accouchement</i>	4 (6,5%)	7 (14%)	NS ††

NS : non significatif, ††Fisher test, †††Chi² test

Partie 4 : ANALYSE ET DISCUSSION

1. ANALYSE DES RESULTATS

1.1 La population étudiée

Nous avons comparé deux groupes de patientes : dans un groupe, les patientes primipares allaitaient leurs enfants et dans l'autre groupe, les patientes donnaient le biberon.

En ce qui concerne l'âge, les caractéristiques socio-économiques, les deux groupes étaient semblables.

Pour les patientes allaitantes, l'âge variait de 15 ans à 39 ans et pour les patientes non allaitantes l'âge variait de 18 ans à 37 ans. La moyenne d'âge dans les deux groupes était similaire, 27,27 ans dans le groupe allaitement maternel et 27 ans dans le groupe allaitement artificiel.

Nous pouvons noter que les patientes des deux groupes appartenaient au même niveau d'étude (48,4% et 50% avaient au moins un niveau bac) et pour la majorité d'entre elles étaient des employées dans les deux groupes.

Ensuite, quand nous avons regardé le type de grossesse et le mode d'accouchement, les deux groupes étaient également comparables (98,4% et 100% de grossesses simples, et 85,5% et 86% d'accouchements voie basse).

1.2 Les professionnels de santé pendant la grossesse

Nous avons voulu savoir si le suivi de la grossesse, plus particulièrement les professionnels qui ont suivi les patientes, les informations que les patientes ont reçues pendant la grossesse, la participation à des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité et enfin des cours spécifiques sur l'allaitement maternel avaient un impact sur le fait d'allaiter ou non son enfant.

D'après nos résultats, toutes les patientes du groupe AM ont été suivies régulièrement pendant la grossesse, au moins une fois par mois, et dans le groupe AA seulement une patiente n'a pas été suivie régulièrement.

Nous pouvons également observer que 17,7% des femmes allaitantes ont été suivies par une sage-femme tout au long de leur grossesse. Ceci montre que les patientes

commencent à aller voir les sages-femmes pour leur suivi de la grossesse et non plus seulement pour les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

1.3 Les informations reçues pendant la grossesse

La majorité des patientes qui ont répondu oui à la question : « avez-vous reçu des informations sur l'allaitement maternel pendant votre grossesse ? », ces informations ont été données pour la plupart par des sages-femmes lors de consultations en fin de grossesse ou lors de cours de PNP.

Une étude menée par S. Fanello, I. Moreau-Gout et al, sur les critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né, a montré que un tiers des femmes n'avaient pas reçu d'informations durant la grossesse mais pour celles qui en avaient reçues, ces informations venaient essentiellement des sages-femmes (69%) et moins souvent des médecins (14%) [25]. Une autre étude qui s'est déroulée à Hong Kong a montré que bien que la principale source d'information sur l'allaitement ait été la sage-femme dans les cours de préparations, les médecins ont été plus sollicités pour les conseils [26].

Nous avons également voulu savoir, parmi les patientes qui ont reçu ces informations, ce qu'elles avaient retenu.

Pour les patientes qui ne désiraient pas allaiter voilà ce qu'elles ont retenu :

- « *C'est contraignant, pas d'heure fixe, le papa ne participe pas aux repas.* »
- « *L'allaitement peut renforcer le lien mère-enfant, mais on ne peut pas savoir combien prend le bébé.* »
- « *L'allaitement, c'est mieux pour la santé de l'enfant.* »
- « *Je ne peux pas allaiter à cause de mon travail.* »
- « *J'ai surtout retenu les inconvénients : pas d'heure fixe, ça fait mal, on ne sait pas combien prend le bébé.* »
- « *L'allaitement, c'est bon pour mon enfant, cela lui apporte des anticorps, c'est la continuité de la grossesse, et cela renforce le lien mère enfant.* »
- « *Risques d'allergies diminués.* »

- « *L'allaitement est difficile et demande du temps pour la mise en place.* »

Pour les patientes qui ont décidé d'allaiter voilà ce qu'elles ont retenu :

- « *C'est un acte continu de la grossesse, c'est du lait tout fait, tout chaud et très bon pour le bébé. L'allaitement peut renforcer le lien mère-enfant.* »
- « *L'allaitement maternel c'est mieux pour les anticorps du bébé.* »
- « *Le lait apporte des défenses immunitaires, il permet de garder le contact entre la mère et l'enfant.* »
- « *Le lait est vraiment nutritif, naturel et il répond parfaitement aux besoins de bébé. Il se digère plus vite qu'un lait en poudre. Cependant le bébé peut téter à volonté et de plus il est toujours à la bonne température et gratuit.* »
- « *Ce n'est pas impossible l'allaitement maternel.* »
- « *C'est bon pour le bébé et c'est naturel.* »
- « *C'est un moment privilégié avec l'enfant, c'est économique et pratique. Il met du temps à se mettre en place et il y a moins d'obésité et de diabète chez l'enfant.* »
- « *L'allaitement maternel fait perdre le ventre plus vite.* »
- « *L'allaitement semble être plus naturel et bienfaiteur pour le bébé, ainsi que le rapport mère/enfant.* »
- « *Permet une meilleure récupération pour la mère (utérus, perte de poids).* »
- « *L'allaitement maternel n'est pas évident, mais si c'est un choix personnel ça vaut le coup d'aller jusqu'au bout car c'est très bon pour le bébé.* »

Nous nous sommes donc aperçues que les patientes qui souhaitent allaiter leur enfant vont surtout retenir les bienfaits de l'allaitement. Les avantages physiologiques sont mis en avant et sont ainsi la première motivation des femmes désireuses d'allaiter.

Les patientes qui ne souhaitent pas allaiter retiendront peu les bienfaits de l'allaitement et vont plutôt se centrer sur les inconvénients : pas d'heure fixe, le papa ne participe pas au repas, la quantité de lait n'est pas évaluée...

Nos résultats sont donc conformes à ceux d'une étude publiée sur la comparaison de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel menée par V. Walburg et al. et qui a montré que la motivation première des femmes françaises allaitantes était les bienfaits du lait maternel sur le bébé et la mère (43%), ensuite les raisons de commodités (4%). Nous retrouvons bien dans cette étude, ce que les femmes allaitantes nous ont répondu dans notre questionnaire, elles s'appuient donc sur les bienfaits. Egalement dans cette étude, les raisons pour ne pas allaiter sont les suivantes : les femmes ne se voyaient simplement pas allaiter (28%), pensaient que le biberon était plus pratique (25%), et enfin 25% justifiaient leur choix par l'avantage du biberon pour la relation père-enfant [27].

1.4 Les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité, et les réunions sur l'AM

Enfin nous avons étudié la participation des patientes aux cours de PNP, mais aussi aux cours spécifiques sur l'allaitement maternel.

Ces réunions sur l'allaitement étaient proposées par l'hôpital dans le but de permettre aux mères désirant allaiter ou celles hésitantes de pouvoir rencontrer des mères allaitantes et parler du vécu de leur allaitement. Il ne s'agissait en aucun cas de cours pour forcer les patientes à allaiter. Cependant les mères qui ne souhaitent pas allaiter ne voulaient pas y participer car elles avaient déjà leur propre opinion sur le sujet, et ne souhaitent pas recevoir plus d'informations.

Nous n'avons observé aucune différence significative ($p\text{-value} > 0,05$) entre le fait d'allaiter son enfant ou non et la participation aux cours de PNP chez les primipares (Tableau II). Une étude a montré aussi que les cours de préparation ne sont pas un facteur favorisant l'allaitement maternel [28]. Nous pouvons donc dire que les professionnels, pendant la grossesse, « *n'ont pas de rôle propre par rapport au projet de la femme ou du couple [28].* »

Or, selon les résultats de l'enquête périnatale de 1995, l'AM était significativement plus fréquent chez les femmes qui avaient suivi une préparation à l'accouchement (60,5%, n=2950 contre 45,8%, n= 3267 ; $p<0,0001$) [29]. Cette étude a été menée en France, et regroupait à la fois les primipares et les multipares. Cependant, notre étude ne permet pas de tirer cette conclusion, peut être parce que sa puissance statistique n'est pas suffisante et nous n'avons pris que les primipares pour notre étude. Au vue des résultats, ne serait-il pas légitime d'aborder le thème de l'allaitement maternel lors de ces cours, ou bien en amont de tout projet de grossesse ?

Cependant, dans notre étude, 50% des patientes allaitantes ont participé aux cours ou réunions spécifiques sur l'allaitement maternel contre seulement 20% des non allaitantes.

Donc il existe un lien entre le fait de participer à ces cours spécifiques et le fait d'allaiter son enfant. Les patientes y vont pour rechercher des informations qu'elles n'auraient pas ou pour répondre à leurs interrogations. Nous ne pouvons pas conclure que c'est la réunion d'information qui donne envie d'allaiter. Car peut-être que les femmes qui se rendent aux séances sur l'allaitement ont déjà une motivation initiale à allaiter avant d'y assister.

Une étude a également retrouvé une corrélation entre des cours sur l'allaitement et l'allaitement maternel. 90,2% des patientes qui participent à ces cours ont l'intention d'allaiter [30].

Ces pourcentages ne sont pas négligeables, car il y a quand même presque 10% des femmes non désireuses d'allaiter qui y participent, nous avons retrouvé un pourcentage de 20%. Il aurait été intéressant de demander à ces patientes ne voulant pas allaiter la raison pour laquelle elles sont allées à cette réunion.

Ces cours spécifiques ou réunions sur l'allaitement sont à valoriser auprès des femmes enceintes désireuses ou non d'allaiter, qui selon les professionnels et associations, ne perçoivent pas toujours l'intérêt que peut avoir le fait de rencontrer d'autres femmes.

1.5 L'entourage parental et amical

a. Le rôle du père

Nous avons également voulu savoir si les avis du conjoint, de la mère et des amies de la patiente ont eu une influence dans le choix d'allaiter ou non son enfant.

Tout d'abord, nous pouvons voir que la majorité des patientes 67,7% dans le groupe AM et 78% dans le groupe AA ont demandé à leur conjoint leur avis concernant le mode d'alimentation de leur futur enfant. Cela souligne bien que le père a une place importante dans ce genre de décision ; bien que dans de nombreux cas il ne se prononce pas (29,1% dans le groupe AM vs 48% dans le groupe AA) !

Parmi les conjoints qui ont donné leur avis 62,9% des patientes AM ont un conjoint qui est pour l'allaitement mais seulement 6% pour les patientes AA ($p < 0,05$). 48% des AA ont un mari qui leur laisse le choix contre seulement 29,1% chez les AM. Quand le conjoint laisse le choix, il y a 18 AM et 27 AA.

Ensuite, il a été montré dans un état des lieux en Bourgogne, que si la mère a des difficultés avec l'allaitement mais que son mari la soutient, elle arrivera mieux à les surmonter [31].

Plusieurs études ont également montré l'importance de la place du père dans la décision d'allaiter ou non son enfant. Il s'agit notamment de l'étude menée à l'hôpital de Saint-Nazaire sur les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel. Il en ressort que 53% des pères ont répondu que leur avis avait été sollicité pour le choix de l'allaitement et seulement 8% n'étaient pas favorables [28].

Le soutien des pères est crucial pour l'initiation de l'allaitement mais aussi pour le succès de celui-ci [32]. Dans une étude publiée dans le Journal Officiel de l'Académie américaine de pédiatrie, deux groupes de pères ont été établis, l'un où les pères recevaient des informations sur l'allaitement et l'autre groupe était le groupe témoin. Dans le groupe « intervention », on apprenait aux pères à prévenir et à gérer les difficultés rencontrées pendant l'allaitement. Cet essai a permis de montrer que l'enseignement fourni aux pères concernant l'allaitement était associé à une augmentation du taux d'allaitement mais aussi à une augmentation de la durée de celui-ci.

Il est donc très important de soutenir les pères pendant l'allaitement, surtout pour aider les mères à améliorer leur satisfaction à allaiter. Il aurait donc été pertinent dans notre étude, vu que l'avis du père est important à 62,9% pour le groupe allaitement et à 68% pour le groupe non allaitantes pour la prise de décision, de recontacter les patientes à un mois, trois mois et six mois pour voir l'impact sur la durée de l'allaitement.

Une autre étude, publiée dans le Journal Officiel de l'Académie américaine de pédiatrie [33], a montré que le soutien du père de l'enfant par une participation active à la décision d'allaiter, plus des connaissances sur les avantages de l'allaitement et une attitude positive, avait une forte influence sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel.

Il en est de même dans l'étude menée par Scott JA, où celui-ci a montré que les femmes qui percevaient et déclaraient que leurs maris avaient une nette préférence pour l'allaitement maternel, ont été dix fois plus susceptibles d'allaiter que les femmes ayant déclaré et perçu que leurs maris étaient pour le biberon ou ambivalents quant au mode d'alimentation [34]. L'avis du père était alors un des facteurs le plus important dans la décision d'initier l'allaitement [35].

b. Le rôle de la mère de la future maman

Quelle est la place de la mère de la future maman ? Nous avons constaté que la mère du bébé va moins demander l'avis de sa propre mère que de son conjoint pour prendre sa décision. En effet, nous avons obtenu 21% dans le groupe AM et 30% dans le groupe AA concernant cette demande.

De plus, le poids de l'avis de la mère est largement plus faible que celui de l'avis du père puisque 16,1% des patientes AM déclarent que l'avis de leur mère a été important pour la décision et 28% pour l'autre groupe, contre 62,9% et 68% respectivement pour l'avis du père.

Or, nous aurions pu penser que la mère de la future maman aurait une place plus importante que le mari, tout simplement car elle voit sa propre fille devenir mère à son tour et voudrait peut être lui transmettre son vécu et son expérience de l'allaitement.

Cependant, une différence significative a été retrouvée lorsque nous avons demandé aux futures mères si elles avaient été allaitées par leur propre mère. 56,6% des

patientes allaitantes ont été allaitées par leur mère contre 34% des non allaitantes.

Même si l'avis de la grand-mère maternelle intervient peu dans la décision d'allaiter, le fait d'avoir été allaitée par sa propre mère est important et encouragerait les patientes à allaiter leur propre enfant.

Si nous comparons nos résultats avec la littérature, nous retrouvons des résultats similaires. Une étude publiée dans Birth en 2003 a montré que lorsque les mères recevaient des avis positifs quant aux expériences sur l'allaitement de leurs propres mères, cela était bénéfique pour leur démarrage et le succès de l'allaitement. Cependant, ces avis ont moins d'importance que ceux des pères [36].

Notre étude nous a permis de constater que l'avis du père est le deuxième facteur influençant la décision d'allaiter, suivi par la mère de la future maman. Le premier facteur est la propre décision de la future mère.

c. Le rôle des amies

Enfin, concernant les avis des amies de la future mère, nous avons constaté dans les deux groupes que les patientes avaient un taux élevé d'amies qui ont allaité autour d'elles : 87,1% dans le groupe AM et 84% dans le groupe AA.

62,9% des patientes AM ont des amies qui leur ont conseillé d'allaiter contre 44% des patientes AA.

Nous retrouvons quand même 32,3% et 46% de mères du groupe AM et AA respectivement dont les amies n'ont pas donné leurs avis. Les amies seraient-elles donc moins impliquées dans ce genre de décision ?

Une thèse a été publiée en 2005 sur l'allaitement en Basse-Normandie, et a montré que les encouragements venant des amies étaient moins suivis d'allaitement [37].

Les patientes demandent moins l'avis de leurs amies mais cependant lorsqu'elles ont des conseils à demander ou des soucis sur l'allaitement elles vont plus se tourner vers leurs amies que vers le conjoint. Le conjoint est important pour le choix et les amies ont un rôle dans les difficultés et questionnement sur l'allaitement [10].

1.6 Le moment du choix

Enfin, nous avons voulu savoir à quel moment ces futures mères choisissaient le mode d'alimentation de leur futur bébé. Nous nous sommes aperçus que plus la décision était prise tôt, plus il y avait de chances d'initier l'allaitement. Ceci a été montré à travers plusieurs études [27,29, 38,39].

Nous avons retrouvé également dans la littérature beaucoup d'études qui ont montré que le choix d'allaiter ou non son enfant se fait avant la grossesse et/ou durant le premier trimestre dans la majorité des cas [33]. Le désir prénatal d'allaiter ou de ne pas allaiter, prédit en grande partie le comportement de la mère après la naissance de l'enfant [40].

Ainsi, beaucoup des patientes des deux groupes (66,1% du groupe AM et 46% du groupe AA) auraient pris leur décision avant d'être enceinte. 27,4% du groupe AM et 40% du groupe AA auraient pris leur décision pendant la grossesse et surtout au premier trimestre.

Un faible pourcentage de patientes auraient pris leur décision le jour de l'accouchement après avoir essayé la tétée d'accueil en salle de naissances (6% de patientes dans le groupe AM et 14% dans le groupe AA).

Parmi les 14%, nous pouvons nous poser la question : pourquoi ces patientes qui finalement donnent le biberon ont pris leur décision aussi tardivement ? Ont-elles hésité jusqu'au dernier moment ? La tétée d'accueil les a-t-elle influencées ?

Sur les sept patientes qui ont pris tardivement la décision de ne pas allaiter, six ont essayé la première tétée en salle de naissances. Cette tétée aurait donc été décisive dans le choix de ne pas allaiter pour les patientes qui ont fait leur choix tardivement. Cependant, aucun des deux groupes ne choisit plus tardivement que l'autre. Il n'y avait pas non plus de différence significative entre les deux groupes au moment de l'accouchement (Tableaux I).

Le lien constaté entre la participation aux réunions sur l'allaitement et le choix des femmes pourrait s'expliquer par le fait que leur choix a été majoritairement fait pendant la grossesse. Les femmes qui ont choisi d'allaiter auront plus tendance à aller aux réunions qui correspondent à leur choix, alors que celles qui ont décidé de ne pas allaiter n'iront pas.

2. PROPOSITIONS

Il aurait été intéressant de continuer notre étude sur une durée plus longue, afin d'inclure plus de patientes car, du fait de son défaut de puissance et de son caractère monocentrique, elle ne permet pas d'appliquer nos résultats à la population générale.

Nous avons tout de même obtenu un pourcentage d'allaitement à la maternité de 55,4%, pourcentage qui est proche du taux d'allaitement en France en 2003(56,5%) [41].

Il aurait également été intéressant, étant donné que l'avis du conjoint est important dans la prise de décision du mode d'alimentation du nouveau-né, de s'intéresser à la place du père dans les deux groupes : leur ressenti par rapport au mode d'alimentation et la place qu'ils pensent occuper dans l'AM ou dans l'AA. Ceci pourrait faire l'objet d'un autre mémoire.

CONCLUSION

Cette étude portait sur les facteurs qui influencent le choix de la mère en faveur ou contre l'allaitement, et plus particulièrement l'entourage parental et amical ainsi que le suivi de grossesse. Il s'agissait de voir l'impact que cela pouvait avoir sur la prise de décision des femmes primipares pour allaiter ou non leur enfant.

L'étude a montré que presque toutes les patientes étaient suivies régulièrement pendant la grossesse par différents professionnels de santé, qui n'ont pas eu d'influence sur la décision des patientes. En effet, les professionnels ont donné les bienfaits, avantages et inconvénients des deux types d'alimentation sans dire que l'un ou l'autre est le mieux.

Nous avons trouvé un lien entre le fait de participer aux cours ou réunions sur l'allaitement et le fait d'allaiter son enfant. Nous ne pouvons pas conclure d'après nos résultats que les cours de PNP sur l'allaitement, ont influencé les patientes à allaiter leur enfant. Les patientes qui participent à cette réunion, sont peu nombreuses et sont surtout des patientes qui ont pour projet d'allaiter. Dans les deux groupes étudiés, la décision d'allaiter ou non est souvent prise avant la grossesse, donc on peut penser que la participation ou la non participation aux réunions dépend du choix qui est déjà fait quant à l'allaitement. Il serait intéressant que les patientes ambivalentes y participent également, non pas pour influencer leur choix mais peut être pour répondre à leur question.

Quant à l'entourage parental et amical, notre étude a permis de montrer que le père a une place primordialement dans la décision de la mère. La mère apporte une attention particulière à prendre en compte l'avis de son conjoint pour prendre sa décision. Nous avons donc pu remarquer que lorsque le père laisse le choix à sa compagne, celle-ci va plus se tourner vers l'AA. Un père pour l'allaitement va avoir un rôle très important surtout dans les moments difficiles que peut rencontrer une mère qui allaite, à savoir que si elle a le soutien de son mari elle pourra mieux affronter les difficultés. En revanche, le poids de l'avis de la grand-mère est largement plus faible que celui de l'avis du père.

Enfin, l'avis des amies des patientes est vraiment peu important. Cependant lorsque la patiente a des questions, des soucis ou des conseils à demander, elles vont plus se tourner vers leurs amies que leur conjoint ou propre mère.

Nous voyons donc une évolution dans l'histoire de l'allaitement. Depuis l'antiquité jusqu'au XXème siècle, la décision était prise par le conjoint et la femme n'avait pas le choix. Aujourd'hui plusieurs facteurs influencent les mères dans leur décision d'allaiter ou de ne pas allaiter tout particulièrement le père et la grand-mère maternelle.

En conclusion, l'écoute des patientes, de leurs désirs est primordiale. Elles doivent être libres et ne doivent pas percevoir l'allaitement comme une obligation absolue, mais comme un choix qui s'offre à elles. Il s'agit d'une décision personnelle, intime et que la patiente fera selon ses convictions, son vécu. Et comme tout consentement, celui-ci sera éclairé par une information claire, des conseils appropriés. Il est important que tous les professionnels soient formés au même discours concernant le mode d'alimentation du nouveau-né, et ne doivent pas se contredire les uns des autres, en ne donnant que les inconvénients ou que les avantages ou alors leur vécu en matière d'allaitement ou de non allaitement. Il est impératif que tout professionnel de santé informe en fonction de ses connaissances scientifiques et non pas avec son expérience personnelle.

Il serait bon que les informations sur l'allaitement parviennent à toutes les femmes, en amont de toute grossesse voire en s'adressant aux plus jeunes générations (garçons et filles) afin que l'allaitement redevienne le mode d'alimentation « juste » normal des bébés.

Notre étude aurait pu être poursuivie, pour voir si l'impact de l'entourage ou du suivi de grossesse influence aussi la durée de l'allaitement. Une étude sur la place du père dans l'allaitement maternel en s'intéressant à son avis, ses frustrations, son vécu durant l'allaitement serait complémentaire.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Collet M, Vilain A. « Les certificats de santé de l'enfant au 8e jour (CS24). Validités 2006 et 2007 », *Document de travail*. DREES, série Sources et méthodes, n° 12. Juin 2010. Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr>.
- [2] Ministère de la santé et des solidarités. Deuxième Programme National Nutrition Santé_2006-2010. Actions et mesures. Paris : Ministère de la Santé et des solidarités. 2006 : 51pages. Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/>.
- [3] Recommandations pour la pratique clinique. Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Mai 2002. Consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf.
- [4] World Health Organization. Infant and young child nutrition. 54th World Health Assembly; WHA 54.2, Agenda item 13.1 Geneva: Switzerland; 2001:14-22.
- [5] Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres. *Archives Pédiatrie* 2000; 7:1149-53.
- [6] Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software; 2002.
- [7] Organisation mondiale de la santé. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. Une déclaration conjointe OMS/UNICEF. Genève : OMS ; 1989.
- [8] Taux d'allaitement maternel 2006 et 2007 : en hausse ! Octobre 2010. Consultable à l'URL : <http://www.lllfrance.org/Actualite-scientifique/Taux-d-allaitement-maternel-2006-et-2007-en-hausse.html>.
- [9] Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent. Allaitement Maternel. Consultable à l'URL: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/fr/index.html.

- [10] 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 ; 22:112-120. Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com>.
- [11] Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (COFAM) : Les critères du Label « Ami des Bébé ». Consultable à l'URL : http://coordination-allaitement.org/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=77.
- [12] Rollet C, Morel M.F. Des bébés et des hommes, traditions et modernité des soins aux tout-petits. Paris: Albin Michel ; 2000.
- [13] Delahaye M-Cl. Tétons et tétines : Histoires de l'allaitement. Paris : Trame Way ; 1990:190 pages.
- [14] Dionis P. Qui instruit de tout ce qu'il faut faire pour être habile accoucheur par M. Dionis. *Traité général des Accouchements* [En ligne]. 1721 [Consulté le 24/09/2011] ; 3311.9:488 pages.
Consultable à l'URL : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k63075t/f2.image>.
- [15] Knibiehler Y, Fouquet C. Histoire des mères du Moyen-âge à nos jours. Paris: Montelba; 1981:363 p.
- [16] Girard L. Communiquer autour de l'allaitement maternel en France. les dossiers de l'obstétrique. Décembre 2008;n° 377.
- [17] Le lien Lacté. Histoire de l'allaitement en France. Dossiers de l'obstétrique. Disponible à partir de l'URL : <http://lelienlacte.com>.
- [18] Lett D., Moret M-F, Lefebvre C. Une histoire de l'allaitement. Edition de la Martinière; 2006.
- [19] Rollet C. Histoire de l'allaitement en France, pratiques et représentations. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Laboratoire Printemps CNRS ; mai 2006.

- [20] Infor-Allaitement. Histoire de l'allaitement. Brève histoire de l'allaitement maternel dans nos régions de l'Antiquité à nos jours. 1999. [Consulté le 19/08/2011] [5 pages]. Consultable à l'URL: <http://www.infor-allaitement.be/index.php>
- [21] Capaldi N. La femme française face à l'allaitement maternel. [D.E. de sage-femme]. Bordeaux : Université Victor Segalen, Bordeaux 2 ; 2002:169 pages.
- [22] Dussarat F. Allaitement maternel, un enjeu de santé publique. Support de cours ; 2009:28 pages.
- [23] Frydman R, Szejer M. Chapitre 2 : Histoire de l'allaitement. In: Thirion M, dir. La naissance, histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Edition : Albin Michel ; Septembre 2010 : 1401 pages.
Consultable à l'URL: <http://www.santeallaitementmaternel.com> .
- [24] Bonnet M. Foix L'Hélias L, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. Archives de Pédiatrie. 2008 ; vol. 15 : 1407-15. Consultable à l'URL: <http://www.sciencedirect.com>.
- [25] Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Arch Pédiatr 2003 ; 10 : 19-24.
- [26] Sarah K.F.KONG, Diana T.F. Lee. Factors influencing decision to breastfeed. Journal of Advanced Nursing, 2004; 46(4): 369-379.
- [27] Walburg V., Goehlich M., Conquet M., Callahan S. et al. Etude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel : motivation, choix, et prise de décision. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 2007 ; 20 : 195-199.
- [28] Branger B., Cebron M., Picherot G., M. de Cornulier. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Archives de Pédiatrie, 1998 ; 5 :489-96.

- [29] Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. Archives de Pédiatrie. 1998; 5(12):1316-26.
- [30] Malini D, Persad, Janell L, Mensinger. Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas. Journal Community Health. 2008; 33: 53-60
- [31] Aouici S, Fournel I, Millot I, Fiet C. L'allaitement maternel dans trois bassins de naissance en Bourgogne. Etat des lieux. Mars 2005. Disponible à l'URL : <http://www.ors-bourgogne.org>.
- [32] Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. Pediatrics. 2005; 116:494-8.
- [33] Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates : mother's perception of father's attitudes and milk supply. Pediatrics. 2000; 106: 67-71.
- [34] Scott JA, Binns CW, ARONI RA. The influence of reported paternal attitudes on the decision to breast-feed. Journal Paediatr. Child Health. 1997; 33: 305-307.
- [35] Guillemette A, Badlissi D. Enquête sur l'alimentation du nouveau-né dans Lanaudière, 2003-2004 - Fascicule 10, L'intention d'allaiter et les attitudes face à l'allaitement : un lien étroit avec le mode d'alimentation du nouveau-né. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2006.
- [36] Ekström A, Widström A-M, Nissen E. Breastfeeding support from Partners and Grandmothers: perceptions of Swedish women. Birth. 2003; 30.
- [37] Bourguignon H, Lelong S, Mauvoisin E. L'allaitement maternel en Basse-Normandie : étude des déterminants auprès d'une population féminine et d'une population masculine. Etude de la promotion par les associations et les maternités. Propositions d'actions. [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine]. Université de CAEN ; 2005 : 253p.
- [38] Scott JA, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. J Paediatr Child Health. 2001; 37:254-261.

- [39] Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). Arch Pédiatr. 2001; 8:807-815.
- [40] Donath SM, Amir LH. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: A cohort study. Acta Paediatr. 2003; 92:352-356.
- [41] Blondel B, Supernant K, Mazaubrun C, Bréart G. Enquête Nationale périnatale. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Février 2005 ; Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr>.

ANNEXES

Annexe I : Déclaration d’Innocenti (1990) sur la protection, la promotion et l’encouragement de l’allaitement maternel

Reconnaissant que :

L’allaitement maternel constitue un moyen sans égal de nourrir l’enfant qui :

assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement; réduit l’incidence et la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles; contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et des ovaires, et en augmentant l’intervalle entre les grossesses; apporte des avantages sociaux et économiques à la famille et à la nation; donne un profond sentiment de satisfaction à la plupart des femmes pour qui l’expérience est réussie;

De récentes recherches ont prouvé que ces avantages augmentent si les nourrissons sont exclusivement nourris au sein (1) pendant les six premiers mois de la vie, et si, par la suite, la mère continue de les allaiter tout en leur donnant une alimentation de complément; et que certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis-à-vis de l’allaitement maternel;

NOUS DÉCLARONS PAR CONSÉQUENT que :

Dans le but d’assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu’à l’âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d’être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate, jusqu’à l’âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l’alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière.

La réalisation de cet objectif nécessite, dans de nombreux pays, le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre l'incursion d'une "civilisation du biberon". Ceci suppose un engagement et un plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale, tirant parti au maximum du prestige et de l'autorité des dirigeants reconnus à tous les niveaux de la société.

Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement maternel. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité.

Des mesures devraient être prises pour faire en sorte que les femmes soient nourries de façon adéquate dans l'intérêt de leur santé et de la santé de leur famille. De plus, il faudrait veiller également à ce que toutes les femmes aient accès à des informations et à des services en matière de planification de la famille afin de pouvoir pratiquer l'allaitement maternel et éviter les grossesses trop rapprochées qui risquent de compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que la santé de leurs enfants.

Tous les gouvernements devraient élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés pour les années 90. Ils devraient mettre en place un système national permettant de contrôler la réalisation des objectifs fixés, et définir des indicateurs tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois.

Les autorités nationales sont en outre instamment invitées à intégrer leurs politiques en matière d'allaitement maternel à leur politique générale dans les domaines de la santé et du développement. Ce faisant, elles devraient renforcer toutes les activités de nature à protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans le cadre des programmes

complémentaires intéressant notamment les soins prénatals et périnatals, la nutrition, les services de planification de la famille et la prévention et le traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants. Tout le personnel de santé devrait recevoir la formation nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre ces politiques en matière d'allaitement maternel.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS:

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait : désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé; Fait en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité";

Pris des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé; et

Promulgué des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopté des mesures pour assurer leur application.

Nous faisons également appel aux organisations internationales pour qu'elles:

Elaborent des stratégies d'action en vue de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, y compris le suivi et l'évaluation, au niveau mondial, de leur application;

Donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action;

Encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification,

l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

La Déclaration d'Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS/UNICEF sur "L'allaitement maternel dans les années 90: une initiative mondiale", coparrainée par l'Agence pour le développement international des États-Unis (A.I.D.) et l'Agence suédoise de développement international (SIDA), qui s'est tenue au Spedale Degli Innocenti, à Florence (Italie) du 30 juillet au 1er août 1990. La Déclaration reflète le contenu du document de base établi pour la réunion et les opinions exprimées pendant les sessions de groupe et les sessions plénières.

Annexe II : Critères à respecter pour le label « Ami des bébés »

- Il met en œuvre les Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS/UNICEF
- Il respecte le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel de l'OMS. En particulier, il élimine la promotion et la fourniture gratuite ou à prix réduit de ces substituts mais aussi des biberons, tétines, etc.
- Il a mis en place, depuis plus d'un an, un système de recueil de données sur l'alimentation des nouveau-nés afin de suivre régulièrement ses statistiques d'allaitement,
- Il enregistre un taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de maternité en progression par rapport aux années antérieures ou supérieur à 75 % (lors de l'évaluation, ce taux sera comparé aux statistiques départementales, en tenant compte des spécificités locales),
- Il met en place un travail en réseau avec liens ou actions en dehors de l'établissement, afin d'assurer de façon optimale l'information prénatale et le suivi post-natal : PMI, groupes de mères, généralistes, pédiatres, sages-femmes libérales, etc

Annexe III : Protection promotion et soutien historique des enjeux mondiaux

1989 : Déclaration conjointe OMS/UNICEF : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'AM.
4. Placer les bébés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance pendant au moins 1 heure, encourager la mère à allaiter quand le BB est prêt, proposer de l'aide si besoin
5. Laisser l'enfant avec sa mère 24H/J
6. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
7. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
8. Encourager l'allaitement à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Annexe IV : Lettre de consentement

LAHOUE Marielle
250 avenue de la Chesnaie
40280 Saint Pierre du Mont
Tél : 06.32.37.92.28

Elève Sage-femme
Ecole de Sages-femmes du CHU Pellegrin
Université Bordeaux II Victor Segalen
Place Amélie Raba Léon
33076 BORDEAUX Cedex
Tél : 05.56.79.54.34

Saint Pierre du Mont, le 8 Juin 2011

Madame,

Suite à la naissance de votre enfant, vous avez fait le choix d'allaiter ou non. En tant qu'élève sage-femme, je me permets de ce fait, de vous demander d'avoir la gentillesse de remplir le questionnaire. Il pourra ainsi participer à une recherche que j'effectue pour mon mémoire de fin d'études concernant le choix d'allaiter ou non son enfant.

Ce questionnaire ANONYME, vous prendra quelques minutes et il me sera d'une grande utilité.

Je vous remercie donc à l'avance de l'attention que vous lui porterez et n'hésitez pas à me téléphoner si vous avez le moindre problème pour le remplir.

Cordialement,

Marielle LAHOUE

- J'accepte
- Je refuse

QUESTIONNAIRE :

Données générales :

1. Quel est votre âge ?

2. Quelle est votre situation maritale ?

- Mariée
- En couple
- Je vis seule

3. Quel est votre niveau d'étude ?

- Ecole primaire, collège, CAP, BEP
- Lycée, BAC
- Etudes supérieures (BTS, licence, master,...)

4. Quelle est votre profession ? Catégories

- Agriculteurs, exploitants
- Artisans, commerçants et chef d'entreprise
- Cadre et professions intellectuelles supérieures
- Profession intermédiaire
- Employés
- Ouvriers
- Sans activité

Pendant cette grossesse :

5. S'agit-il d'une grossesse :

- Simple
- Multiple (jumeaux ou plus...)

6. Comment nourrissez-vous votre enfant ?

- Au sein
- Au biberon

7. Avez-vous eu un suivi régulier pendant la grossesse ?

- Oui (1 consultation par mois)
- Non (moins de 5 consultations)

Si oui par qui ?

- Sage-femme
- Gynécologue-Obstétricien à l'**hôpital**
- Gynécologue **de ville** ou Médecine Généraliste

8. La personne qui vous a suivi, vous a-t-elle donné des informations concernant l'allaitement maternel?

- Oui
- Non

Si oui, à quel moment cette personne vous a donnée ces informations ?

- Au début de la grossesse
- Au milieu de la grossesse
- En fin de grossesse

Si oui, qu'en avez-vous retenu?

9. Avez-vous reçu des documents sur l'allaitement maternel?

- Oui
- Non

Si oui les avez-vous lus ?

- Oui, entièrement
- Non, je les ai feuilletés

10. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ?

- Oui
- Non

11. Avez-vous eu un cours spécifique sur l'allaitement ou avez-vous assisté à la réunion d'information sur l'allaitement ?

- Oui
- Non

Si oui, où avez-vous eu ce cours ou cette réunion ?

- Auprès de votre sage-femme libérale
- A l'hôpital
- Auprès d'une association comme la Leche League
- Consultante en Lactation IBCLC en libéral

Si non, pour quelle(s) raison(s)

- Car j'avais assez d'informations sur l'allaitement
- Car je ne souhaitais pas allaiter mon enfant
- Je n'ai pas eu le temps ou j'ai eu des difficultés pour me déplacer
- Autre (à
préciser)

L'entourage parental et amical

12. Avez-vous demandé à votre conjoint son avis pour faire votre choix de l'alimentation du bébé ?

- Oui
- Non

13. Quel a été son avis pour le mode d'alimentation de votre enfant ?

- Oui, pour l'allaitement maternel
- Non, il préfère le biberon
- Il vous a laissé le choix d'allaiter ou pas
- Il ne vous a pas donné son avis
- Sans opinion

14. Son avis a-t-il été important pour faire votre choix de l'alimentation du bébé ?

- Oui
- Non

15. Votre mère vous a-t-elle allaité ?

- Oui
- Non

16. Avez-vous demandé à votre mère son avis pour faire votre choix de l'alimentation du bébé ?

- Oui
- Non

17. Quel a été son avis sur le mode d'alimentation de votre enfant ?

- Oui pour l'allaitement maternel
- Elle vous l'a déconseillé
- Elle vous a laissé le choix d'allaiter ou pas
- Sans opinion
- Elle ne vous a pas donné son avis

18. Son avis a-t-il été important pour faire votre choix de l'alimentation du bébé ?

- Oui
- Non

19. Autour de vous avez-vous des amies qui ont allaité leur enfant ?

- Oui
- Non

20. Vous ont-elles donné leur avis sur l'allaitement ?

- Oui, elles vous ont conseillé d'allaiter
- Non, elles ne vous ont pas encouragé à allaiter car cela a été une mauvaise expérience pour elles
- Elles ne vous ont pas donné leur avis

La naissance :

21. Avez-vous eu un accouchement :

- Par les voies naturelles
- Césarienne

22. Votre bébé a-t-il fait sa première tétée au sein en salle d'accouchement ?

- Oui
- Non

Moment du choix :

23. A quel moment avez-vous décidé le mode d'alimentation de votre enfant ?

- Avant la grossesse
- Pendant la grossesse, à quel mois de grossesse ?
- Le jour de l'accouchement, après avoir essayé la tétée de bienvenue. (1^{ère} mise au sein en salle de naissance)