



HAL
open science

L'allaitement maternel chez la mère primipare : la prise en charge en maternité... et après ? À propos de 124 questionnaires au sein du Centre Hospitalier du Belvédère (76) et de 27 au sein d'associations de soutien à l'allaitement maternel haut-normandes

Marie Dupont

► **To cite this version:**

Marie Dupont. L'allaitement maternel chez la mère primipare : la prise en charge en maternité... et après ? À propos de 124 questionnaires au sein du Centre Hospitalier du Belvédère (76) et de 27 au sein d'associations de soutien à l'allaitement maternel haut-normandes. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00742516

HAL Id: dumas-00742516

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00742516v1>

Submitted on 16 Oct 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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME

**L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LA
MÈRE PRIMIPARE : LA PRISE EN
CHARGE EN MATERNITÉ... ET APRÈS ?**

A propos de 124 questionnaires au sein du Centre Hospitalier du Belvédère (76) et de
27 au sein d'associations de soutien à l'allaitement maternel haut-normandes.

Mémoire présenté par

Mademoiselle Marie DUPONT

Née le 4 janvier 1989

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2012

Remerciements

Au Docteur Levavasseur, directrice de ce mémoire,

Pour son aide et ses précieux conseils.

A Madame Hébert, guidante de ce mémoire,

Pour son soutien et son aide.

Aux équipes des services de suites de couches et césariennes,

Pour leur accueil,

Et aux patientes,

Pour leur participation.

Aux bénévoles des associations de soutien à l'allaitement,

Pour leur participation et pour l'intérêt qu'elles ont porté à ce mémoire.

A mes amies de l'école de sage-femme,

Pour ces quatre années partagées et celles à venir.

A Richard et ma famille,

Sans qui je ne serais jamais arrivée jusque-là,

Pour leur patience et leur soutien.

A mes amis,

Avec une mention spéciale à Pierre-Alexandre.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	
<u>1. Les bienfaits de l'allaitement maternel.</u>	2
1.1 Les bénéfices de l'allaitement maternel	2
1.2 Les contre-indications à l'allaitement maternel.....	3
1.3 Les intérêts de promouvoir un allaitement prolongé	4
<u>2. L'allaitement en France.</u>	5
2.1 Epidémiologie.....	5
2.2 Contexte.....	6
<u>3. La promotion de l'allaitement.</u>	7
3.1 Textes internationaux.....	8
3.2 Recommandations internationales et nationales	9
3.3 Les recommandations pour la mise en œuvre et la poursuite	9
de l'allaitement maternel.	
<u>4. Le bon démarrage de l'allaitement : la clé de la réussite</u>	12
4.1 Les positions pour allaiter.....	12
4.2 Bien mettre en route la lactation.....	13
4.3 Les signes de transfert de lait.....	13
4.4 Prévention des principales complications de l'allaitement.....	14
<u>5. Des facteurs influençant l'initiation et la durée de l'allaitement.</u>	15
<u>6. Favoriser la durée de l'allaitement.</u>	17
6.1 Une idée reçue : l'insuffisance de lait.....	17
6.2 A la reprise du travail	18
6.3 Le soutien de l'allaitement, en maternité et à sa sortie.....	19

ENQUETE

<u>1. Objectifs.</u>	22
<u>2. Méthode.</u>	22
2.1 Populations	23
2.2 Les questionnaires	24
2.3 Saisie et analyse des données	26
<u>3. Résultats.</u>	27
3.1 Résultats du questionnaire destiné aux primipares allaitantes.....	27
3.1.1 Les renseignements généraux.....	27
3.1.2 La grossesse et l'accouchement	28
3.1.3 Le contexte de l'allaitement	28
3.1.4 Le séjour à la maternité	31
3.1.5 Les facteurs de risque d'allaitement écourté	38
3.1.6 Les conditions pour le succès de l'allaitement maternel.....	39
3.1.7 Les compléments de lait artificiel en maternité	40
3.2 Résultats du questionnaire destiné aux bénévoles.....	45
3.2.1 Les renseignements généraux.....	45
3.2.2 Le rôle au sein de l'association	46
3.2.3 Les femmes ayant recours à l'association	47
<u>4. Discussion.</u>	49
CONCLUSION	60

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est un problème de santé publique. Les bénéfices d'un allaitement long sont reconnus et ont un impact économique important dans notre société actuelle où les dépenses de santé sont au centre des attentions.

D'ailleurs, l'allaitement maternel est protégé et promu par de nombreux textes officiels et recommandations, internationaux et nationaux. Au niveau national, la promotion de l'allaitement maternel est réaffirmée dans le nouveau Programme National Nutrition Santé 2011-2015 (61). Ce programme propose de mettre en œuvre le plan d'action du professeur Turck (66), notamment de permettre aux mères de réaliser un choix éclairé quant à l'alimentation de leur enfant et d'inciter les services de maternité à informer de façon personnalisée et objective les mères sur ce sujet.

Malgré une progression constante de l'initiation de l'allaitement, sa durée reste faible en France. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de nous interroger sur les obstacles empêchant les femmes de concrétiser leur projet d'allaitement sur la durée, idéalement de six mois, comme le recommandent de nombreuses instances, dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (65).

Pour cela, après une revue de la littérature, nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et multicentrique sur 124 questionnaires auprès de primipares allaitantes en fin de séjour au Centre Hospitalier du Belvédère et sur 27 questionnaires destinés aux bénévoles dans des associations de soutien à l'allaitement haut-normandes.

Cette étude avait plusieurs buts : voir la façon dont les femmes allaitant leur premier enfant étaient informées, mais aussi savoir si elles bénéficiaient des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, quel que soit le nombre de facteurs de risques d'arrêt précoce de l'allaitement qu'elles présentent. Au niveau des associations de soutien, le but était de constater si les bénévoles connaissaient les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, ainsi que les facteurs de risque d'arrêt précoce de l'allaitement.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. Les bienfaits de l'allaitement maternel.

1.1 Les bénéfices de l'allaitement maternel. (1, 4, 7, 26, 31, 35, 39)

L'allaitement maternel procure des bénéfices, aussi bien à l'enfant qu'à sa mère. Pour l'enfant, l'allaitement exclusif suffit à couvrir complètement ses besoins en lui assurant une croissance et un développement optimaux jusqu'à six mois. Il apporte aussi une protection contre les infections. De par les propriétés du lait de femme, ainsi que de la moindre exposition aux agents pathogènes extérieurs, il est retrouvé trois fois moins d'infections gastro-intestinales et d'hospitalisations liées à cette pathologie chez les enfants nourris au sein. L'allaitement maternel protège également contre les infections urinaires (cinq fois moins), les otites aiguës, les pathologies respiratoires, et les infections invasives à pneumocoque ou les méningites à *Haemophilus influenzae*. L'effet protecteur de l'allaitement dépend cependant de sa durée et de son exclusivité. Ainsi, un allaitement exclusif pendant six mois réduit significativement le risque de diarrhée aiguë pendant la première année de vie par rapport à un allaitement de trois mois.

L'allaitement exclusif est recommandé dans la prévention de l'allergie alimentaire par les comités de pédiatrie nord-américains et européens, même si son rôle dans la prévention des allergies respiratoires est contesté.

Chez les mères en surpoids ou obèses, un allaitement d'au moins quatre mois permettrait une diminution du risque d'obésité chez leur enfant jusqu'à l'âge de sept ans environ.

Il possède aussi un effet positif sur le développement cognitif, surtout chez les enfants prématurés et hypotrophes. Les enfants allaités auraient également une meilleure acuité visuelle.

L'allaitement maternel serait un facteur de protection dans la mort subite du nourrisson, surtout quand il est associé à un partage de la chambre, lorsque l'enfant dort dans la chambre des parents.

Ces bénéfices de l'allaitement étant effets-doses dépendants, il paraît donc important d'augmenter sa durée, sachant que sa poursuite jusqu'à six mois présente un avantage prouvé pour la santé de l'enfant.

L'allaitement est aussi bénéfique pour la mère : il diminue le risque infectieux du post-partum et améliore l'involution utérine. Il permet une perte de poids plus rapide après l'accouchement. Il possède également un effet positif sur le niveau de stress perçu, ainsi que sur la dépression post-natale. Enfin, il diminue la fréquence du cancer du sein et de l'ovaire en période pré-ménopausique.

Enfin, l'allaitement favorise la croissance affective de l'enfant et privilégie le lien mère-enfant.

1.2 Les contre-indications à l'allaitement maternel. (39, 51, 65)

Elles sont exceptionnelles. Pour la mère, l'infection par le VIH contre-indique l'allaitement. Le risque de transmission par le lait maternel est de 4 à 22 %, même en présence d'une thérapie antirétrovirale. L'OMS recommande donc actuellement de conseiller aux femmes de ne pas allaiter en présence d'une alternative à l'allaitement acceptable, faisable, accessible et sûre. Le portage du virus de l'hépatite B par la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel, même en cas de répllication virale active, sous réserve que la séro-prophylaxie et la première injection vaccinale soient réalisées dans les premières heures de vie. Concernant l'hépatite C, les deux dernières conférences de consensus américaine et européenne, et les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de 2002 ne le contre-indiquent pas.

De plus, d'une façon générale, très peu de médicaments sont réellement incompatibles avec l'allaitement maternel.

Pour l'enfant, seule la galactosémie lui contre-indique formellement de recevoir le lait de sa mère. Cette anomalie congénitale du métabolisme très rare lui impose d'avoir recours à une alimentation sans lactose.

Le tabagisme ne contre-indique pas l'allaitement. Même si le passage lacté de la nicotine a été prouvé, au vu de la balance bénéfices-risques, il est préférable pour les femmes d'allaiter. En effet, la morbidité est moins importante chez les enfants de mère fumeuse qui sont allaités. A noter qu'une consommation de tabac supérieure à quinze

cigarettes par jour semble avoir un impact négatif sur la production de lait. Il paraît alors important d'encourager les femmes fumeuses qui allaitent à arrêter de fumer.

Une consommation d'alcool importante est dangereuse pour l'enfant et entrave la sécrétion lactée. Mieux vaut donc conseiller aux mères allaitantes de ne pas consommer d'alcool.

1.3 Les intérêts de promouvoir un allaitement prolongé. (5, 25, 51, 66)

Le soutien de l'allaitement maternel est un véritable problème de santé publique. En effet, au vue des bénéfices qu'il entraîne sur la santé de la mère et de l'enfant, l'allaitement possède un réel intérêt économique.

Concernant les dépenses de santé, l'allaitement maternel est synonyme d'économies, comparé à l'alimentation artificielle, qui est associée à un risque plus élevé de morbidité infantile et maternelle. Cependant, il existe très peu d'études nationales à ce sujet. En 2005, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a publié une analyse estimant que, si plus de 40% des enfants en France étaient encore allaités à neuf mois, 8 000 cas de diarrhées à rotavirus, ainsi que 1 000 hospitalisations pour cette pathologie pourraient être évités chaque année. Des études menées au Royaume-Uni, au Québec et aux Etats-Unis confirment les économies de santé qu'entraînerait une augmentation de l'initiation et de la durée de l'allaitement. Parmi elles, la plus récente date du premier semestre 2010 et a été réalisée aux Etats-Unis. Elle prend en compte l'ensemble des bénéfices santé rapportés par l'Agency for Healthcare Research and Quality en 2007. Elle conclut que si 80 ou 90% des nourrissons des Etats-Unis étaient allaités exclusivement jusqu'à six mois, les économies annuelles en dépenses de santé seraient respectivement de 10,5 ou 13 milliards de dollars.

Pour les familles, le choix de l'allaitement entraîne également des économies. En effet, il est estimé que l'alimentation au lait artificiel aboutit à un surcoût de 500 euros pour un nourrisson pendant ses six premiers mois. A cela, il faut ajouter les dépenses supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie consécutives au non allaitement.

Enfin, les employeurs ont aussi un intérêt à soutenir l'allaitement maternel. Les enfants allaités étant moins atteints de pathologies infectieuses, le taux d'absentéisme de leur mère est donc diminué. De plus, il a été montré que les mères préoccupées par leur enfant malade étaient moins disponibles pour leur travail.

Alors qu'il présente de nombreux avantages, il semble intéressant de regarder la situation vis-à-vis de l'allaitement maternel en France.

2. L'allaitement en France.

2.1 Epidémiologie. (8, 34, 45, 54, 56, 66)

Les chiffres en France restent peu élevés. Cependant, une progression régulière est observée. D'après les enquêtes périnatales, le taux d'allaitement maternel, exclusif ou partiel, pendant le séjour à la maternité, était de 36% en 1972, pour passer à 51,6% en 1995 puis 62,6% en 2003. Le taux d'allaitement exclusif était de 56,3% en 2003. Les chiffres les plus récents sont ceux du certificat de santé de l'enfant au 8^e jour de vie, qui indiquent un taux de 65,9% en 2006 et 66,3% en 2007.

Il existe de fortes disparités régionales. Ainsi, l'enquête périnatale de 2003 montre un taux d'allaitement en maternité de 52,6% en Haute-Normandie. En 2006, selon les certificats de santé de l'enfant au 8^e jour de vie, le taux d'allaitement était en Seine-Maritime de 55,6%. En 2007, il était de 57,5% en Seine-Maritime et de 56,1% dans l'Eure.

Comparé aux voisins européens, la prévalence de l'allaitement en France est parmi les plus faibles. Ainsi, en 2003, les pays scandinaves enregistraient des taux d'initiation de l'allaitement supérieurs à 95%. Quatorze pays avaient un taux supérieur à 90%, dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Suisse et cinq pays, un taux compris entre 70 et 90%, dont l'Espagne, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne.

Concernant la durée, peu de résultats sont disponibles. En 1998, la durée médiane était estimée à dix semaines. En 2000, la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) a recueilli des données auprès de huit Conseils

Généraux, révélant qu'à huit semaines, 50% des nouveau-nés allaités sont sevrés et à douze semaines, ce chiffre atteint 70%. En 2002, la Leche League a commandé un sondage à l'Institut des mamans : il en ressort qu'à trois mois, 60,3% des nourrissons sont encore allaités en 2001, contre seulement 37,6% en 1999.

Au niveau régional, les seules données disponibles sont celles du certificat de santé de l'enfant du 9^e mois. Ces chiffres sont à prendre avec précaution car les certificats sont souvent mal renseignés. En 2006, il est estimé qu'à six mois, 16,9% des femmes allaitantes ont poursuivi leur allaitement dans l'Eure, 18,5% en Seine-Maritime, contre 22,9% au niveau national.

Toujours pour comparer aux voisins européens, en Norvège, il existe encore 86% d'allaitement à trois mois, 68% à six mois et 42% à neuf mois. 65% des nourrissons allaités le sont toujours à quatre mois en Suède et en Suisse.

2.2 Contexte. (2,14, 33)

Pour tenter d'expliquer ces chiffres, il est important de replacer l'allaitement en France dans son contexte.

Historiquement, l'allaitement maternel a commencé à décliner à la fin du XIX^e siècle, début XX^e siècle, avec la disparition progressive des nourrices. Les découvertes de Pasteur permettent en parallèle de diminuer les dangers du biberon, entraînant une importante réduction de la mortalité infantile. La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement pendant les années 1970-1980, a également entraînée une baisse du taux d'allaitement. A cette époque, tout est mesuré et de nombreuses règles sont dictées. L'alimentation au biberon est entrée dans ce cadre avec des règles strictes de rations journalières. Pour l'allaitement, les conseils donnés étaient calqués sur ceux de l'alimentation artificielle avec un respect d'intervalle entre les tétées et une limitation de leur durée, une vérification des quantités prises par une pesée avant et après chaque tétée et une complémentation de l'enfant si la quantité prise était jugée insuffisante. Enfin, la mère et l'enfant se trouvaient séparés la nuit, l'enfant étant laissé dans la nurserie. Toutes ces règles allaient à l'encontre d'un allaitement réussi.

Les années 1970 sont aussi le temps des féministes égalitaires qui voient dans l'allaitement « une servitude épuisante », comme l'a qualifié Simone de Beauvoir. Pourtant, à la même époque, dans les pays scandinaves, les mouvements féministes revendiquent l'amélioration des conditions de l'allaitement.

Parallèlement, la libération sexuelle a créé un changement de vision de la poitrine de la femme : le sein est érotique, esthétique, médiatique, publicitaire, médical... en oubliant le sein nourricier. Allaiter en public est devenu un geste impudique.

Enfin, la formation initiale actuelle des professionnels de santé ne leur permet pas toujours de prendre soin et de promouvoir l'allaitement. Les médecins généralistes, obstétriciens ou pédiatres n'ont qu'un faible volume horaire concernant l'alimentation des nourrissons au cours de leurs études. La formation des étudiants sages-femmes était jusqu'alors inégale, chaque école choisissant de façon indépendante le volume d'enseignement consacré à l'allaitement maternel, afin de répondre à un des objectifs de la formation qui était : « promouvoir l'allaitement et assurer son suivi ». Pour les puéricultrices et les infirmières diplômées d'état, pendant que les unes ont vu une place grandissante faite à l'allaitement maternel, les autres n'abordent pas ce thème dans leur formation.

Alors que l'allaitement maternel a fait preuve de ces bienfaits, mais dans un environnement peu propice à son expansion, la France en reste en retard par rapport à ses voisins européens.

3. La promotion de l'allaitement.

L'augmentation de l'initiation de l'allaitement, ainsi que de sa durée est un réel enjeu de santé publique. C'est pourquoi il est promu et protégé par de nombreux textes, internationaux et nationaux.

3.1 Textes internationaux. (42, 43, 44, 62, 63, 64, 65, 66)

En 1981, la 34^e Assemblée mondiale de la santé de l'OMS adopte le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Ses objectifs sont de protéger et d'encourager l'allaitement maternel en limitant la promotion des laits artificiels. Seule une partie des dispositions de ce code a été reprise en France pour créer le cadre législatif concernant la réglementation des laits artificiels. Il s'agit du décret n°98-688 du 30 juillet 1998.

Puis, apparaît en 1989 la Déclaration conjointe OMS-UNICEF où sont énoncés pour la première fois les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » (Annexe I). Ces conditions exposent le rôle des services liés à la maternité en matière de protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. La même année, l'ONU adopte la Convention internationale relative aux Droits de l'enfant, ratifiée par la France un an plus tard. Cette convention stipule que les parents doivent recevoir une information sur la santé et la nutrition de l'enfant et sur les avantages de l'allaitement au sein. Ils doivent également bénéficier d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information.

En 1990, la Déclaration d'Innocenti définit des objectifs, ainsi qu'un cadre pour des actions de promotion, de protection et de soutien de l'allaitement maternel dans chaque état. Cette déclaration est toujours d'actualité, puisqu'elle a été reprise dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS, en 2003.

Enfin, une directive européenne de 2006 réaffirme l'importance de respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et précise que « l'information diffusée sur l'alimentation infantile [...ne doit pas aller] à l'encontre de la promotion de l'allaitement maternel. »

3.2 Recommandations internationales et nationales. (51, 52, 60, 65, 66)

Les recommandations, qu'elles soient internationales ou nationales, sont unanimes quant à la durée optimale de l'allaitement maternel : elle est de six mois de façon exclusive, et d'au moins deux ans, en complément d'une alimentation diversifiée.

Ces recommandations ont été votées pour la première fois le 16 mai 2001, par l'Assemblée mondiale de la santé et réaffirmées dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en 2003. Elles font suite aux recommandations de l'OMS, basées sur une revue d'études, concernant la durée optimale de l'allaitement exclusif, par une commission d'experts. La Commission européenne reprend ces recommandations en 2004 dans son Plan d'Action pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement dans l'ensemble des pays européens.

Au niveau national, la promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs spécifiques à l'enfant du Programme National Nutrition Santé 2. Ces deux objectifs sont de poursuivre l'augmentation de la fréquence de choix de l'allaitement maternel exclusif à la naissance et d'augmenter la durée de l'allaitement maternel. La Haute Autorité de Santé, la Société Française de pédiatrie et l'Association française de pédiatrie ambulatoire recommandent également l'allaitement exclusif pendant six mois. Enfin, l'allaitement est aussi recommandé par le Collège national des gynécologues-obstétriciens français et le Collège national des sages-femmes.

3.3 Les recommandations pour la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel. (3, 50, 64, 51, 58)

Afin d'augmenter les taux d'allaitement, ainsi que sa durée, des recommandations concernant la conduite à tenir autour de l'allaitement maternel ont été publiées en France.

Ainsi, en juin 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un document : « Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation ». Adressé aux professionnels de santé, il contient le processus à suivre pour soutenir l'allaitement maternel, des recommandations professionnelles et des critères d'évaluation. Plus tôt, en 2002, l'ANAES émettait des recommandations pour la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Elles concernent les femmes ayant mis au monde un enfant sain né à terme et s'adressent aux professionnels impliqués en périnatalité. Ces recommandations affirment que « toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou une partie des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » [...] améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif.».

Ainsi, le contact peau à peau, pendant une période prolongée et ininterrompue à la naissance est recommandé. Les exigences de sécurité sont toutefois à maintenir pour la mère et l'enfant. Ce contact permet de réaliser une tétée précoce. Il est conseillé, si la première tétée est retardée, d'apporter plus d'aide et de soutien à la mère. Selon les dix conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS, il faudrait apporter de l'aide à la mère pour que son enfant soit allaité dans la demi-heure suivant la naissance.

L'ANAES et l'OMS recommandent de laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24. Cela a plusieurs intérêts : favoriser l'allaitement à la demande, limiter le risque de recours à un substitut de lait, surtout la nuit, et favoriser le processus d'attachement. Les tétées nocturnes sont importantes pour un bon démarrage de l'allaitement : le taux de prolactine sécrété en réponse à une tétée est plus élevé la nuit. De plus, des études ont montré qu'il n'y avait pas de différence significative de durée de sommeil entre les mères qui gardaient leur enfant et celles qui le confiait pour la nuit. Par contre, les durées de sommeil étaient plus courtes pour les nouveau-nés qui ne dormaient pas avec leur mère.

Ces deux mêmes instances demandent que la mère soit informée des différentes positions pour allaiter confortablement. Alors que les professionnels doivent s'enquérir de la bonne prise du sein et de l'efficacité de la succion lors du séjour en maternité, il est nécessaire qu'ils apprennent à la mère à reconnaître la succion caractéristique indiquant une tétée efficace. C'est un facteur essentiel dans la réussite et la poursuite de l'allaitement.

L'allaitement à la demande de l'enfant permet une meilleure mise en route de l'allaitement. L'OMS et l'ANAES sont également unanimes sur ce point. Cela signifie, ne pas restreindre le nombre et la durée des tétées, ni imposer un intervalle minimum entre deux tétées. Le sein est proposé quand l'enfant se manifeste. La période idéale pour la tétée est lorsqu'il présente les premiers signes d'éveils, et qu'il est donc en éveil calme. La mise au sein en est facilitée. Lorsque l'enfant pleure, il est en état d'éveil agité, et la mise au sein est plus difficile. Les signes d'éveils, avant les pleurs, sont : des mouvements des yeux, des lèvres, de la tête, une agitation de l'enfant et le fait qu'il porte sa main à la bouche. Enfin, il n'existe pas d'avantages démontrés à diminuer le nombre ou la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre deux tétées. Au contraire, ces pratiques sont associées à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquence plus élevée des douleurs aux mamelons, des engorgements et à un recours plus fréquent à des compléments de substitut de lait. Aucune étude n'a permis de conclure sur la nécessité de donner un sein ou les deux à chaque tétée. Par contre, il est important d'attendre que l'enfant ait terminé de téter sur un sein, avant de lui proposer éventuellement le deuxième, dans le but d'éviter les engorgements.

Concernant l'utilisation des compléments, l'allaitement maternel suffit à lui seul à couvrir les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain et à terme, dans la mesure où il tète de façon efficace et à sa demande. Dans ces conditions, il n'y a pas de risque d'hypoglycémie, et donc, il n'y a pas d'intérêt à proposer des compléments de substituts de lait ou d'eau. A l'inverse, l'introduction de compléments perturbe le bon fonctionnement de l'allaitement et entraîne un arrêt plus précoce de l'allaitement. Selon Renfrew, l'utilisation de compléments de substitut de lait peut également être à l'origine de plusieurs problèmes. Il est retrouvé une diminution de la production lactée, par une diminution de la stimulation. La flore intestinale de l'enfant est modifiée dès le premier complément, à l'origine d'éventuelles allergies ou infections. Un complément entraîne également une augmentation de la sécrétion d'insuline, avec, dans ce cas, un risque d'hypoglycémie. Enfin, chez la mère, si les compléments sont utilisés pour calmer les pleurs de l'enfant, ils l'exposent à une diminution de sa confiance en sa capacité d'allaiter. Ainsi, l'OMS conseille de « ne donner aux nouveau-né aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. ». L'Academy of Breastfeeding Medicine propose un protocole concernant les indications de compléments.

Enfin, l'OMS recommande de ne jamais donner une tétine artificielle à un enfant nourri au sein. L'introduction d'une tétine semble être un facteur d'échec de l'allaitement, par un espacement des tétées et donc une diminution de la production lactée.

Ces recommandations, mises en application dans les services de maternité, permettraient de favoriser un bon démarrage de l'allaitement, essentiel pour qu'il soit poursuivi sur la durée.

4. Le bon démarrage de l'allaitement : la clé de la réussite.

4.1 Les positions pour allaiter. (3, 51, 59)

Le bon positionnement de l'enfant au sein est la meilleure prévention contre les crevasses, raison importante d'arrêt précoce de l'allaitement. Un bon positionnement permet une prise correcte du sein par l'enfant. Le traitement des crevasses repose, en premier lieu, également sur un bon positionnement. C'est aussi la base pour une production de lait suffisante aux besoins de l'enfant grâce à une tétée efficace.

Il existe de nombreuses positions. L'essentiel est que la femme soit installée de façon confortable. Elle peut allaiter assise, les pieds relevés, le dos contre le dossier, les bras soutenus par un coussin éventuellement. Elle peut également donner le sein allongée sur le côté. Au final, toutes les positions sont possibles, pourvu que des règles de base soient respectées. L'enfant doit ouvrir grand la bouche, et approcher le sein avec le nez sur le mamelon. Son ventre est contre sa mère, et son corps entier doit être soutenu. La tête et le corps de l'enfant doivent être dans le même axe, l'oreille ne doit donc pas toucher l'épaule. Pendant la tétée, la tête de l'enfant est légèrement penchée en arrière, ce qui lui permet de bien avaler. Il est donc important de maintenir l'enfant par le haut du dos et non pas lui tenir la tête. L'enfant prend correctement le sein lorsque l'on ne voit plus d'aréole au-dessus de sa lèvre supérieure. Sa lèvre inférieure est retroussée et son menton touche le sein.

4.2 Bien mettre en route la lactation. (28, 49, 51, 59)

Pour bien mettre en route la lactation, l'idéal est d'allaiter à la demande. Il est essentiel que les mères sachent reconnaître les signaux indiquant que leur enfant est prêt à téter. Même s'il existe une grande variabilité dans les modalités d'allaitement des couples mère-enfant, il peut être intéressant d'indiquer aux femmes, une moyenne de tétées par 24 heures, car celle-ci est souvent sous-estimée. En effet, un nourrisson tète huit à douze fois par 24 heures.

Concernant la durée, il est important de laisser téter l'enfant jusqu'à ce qu'il lâche le sein de lui-même ou s'endorme sur le sein. Cette durée est très variable d'un enfant à l'autre. Si la prise du sein est correcte, il n'y a aucun risque à ce que la tétée soit « longue ».

4.3 Les signes de transfert de lait. (51, 59)

Les signes de transfert de lait permettent de repérer si l'allaitement est efficace ou non. Les femmes allaitantes doivent apprendre à distinguer une tétée nutritive d'une tétée succion ou contact. Lorsque l'enfant tète de façon efficace, il tète lentement et profondément, avec des pauses. Le rythme de la tétée est ample et régulier. Les joues ne se creusent pas pendant la succion, par contre, les tempes et oreilles sont en mouvement. Il est possible d'entendre l'enfant déglutir. La mère ressent alors des signes de sécrétion d'ocytocine : éjection du lait, sensation de soif, bouffées de chaleur, tranchées.

Dès le troisième jour de l'allaitement et jusqu'à la fin du premier mois, les signes de transfert de lait permettent d'affirmer que l'allaitement est efficace. L'enfant émet au moins trois selles par 24 heures, celles-ci sont jaune d'or. De même, il urine au moins cinq à six fois par 24 heures. Il se réveille spontanément huit à douze fois par jour et est actif au sein. Enfin, sa courbe de poids est harmonieuse, il grossit d'au moins 150 grammes par semaine.

4.4 Prévention des principales complications de l'allaitement. (3, 51)

Les complications de l'allaitement font parties des raisons principales d'arrêt précoce de l'allaitement. Pourtant, ils résultent le plus souvent d'une conduite inappropriée de celui-ci et sont donc évitables.

Une sensibilité douloureuse peut exister chez certaines femmes au début de l'allaitement, et cela quel que soit le type de peau. Cette hypersensibilité au niveau des mamelons peut donc être normale lors de la première semaine de l'allaitement, en lien avec la chute brutale en progestérone chez la femme accouchée. Si elle existe, elle doit pourtant se résoudre rapidement : des douleurs intenses ou persistantes au-delà de la première semaine doivent être considérées comme anormales. Dans le cas d'une hypersensibilité simple en début d'allaitement, le principal traitement est la patience, rassurer les mères sur le caractère passager de la douleur, et leur proposer des moyens pour l'atténuer, comme varier les positions par exemple. Une douleur peut être également liée à la présence de crevasses, dont la prévention et le traitement ont été exposés plus haut.

L'engorgement est une autre complication de l'allaitement. Il se définit par un œdème et s'accompagne de fièvre, frissons, douleur et obstacle à l'écoulement du lait. Le mamelon est aplati, rendant la prise du sein plus difficile pour l'enfant et augmentant le risque de survenue de crevasses. Celui-ci peut évoluer vers une mastite s'il n'est pas traité à temps. La prévention de l'engorgement réside dans un allaitement à la demande de l'enfant, sans restriction dans le nombre et la durée des tétées. Le traitement repose sur la recherche d'un effet vaso-constricteur, le déclenchement du flux d'éjection du lait et une action anti-inflammatoire. Il est nécessaire d'associer à ces éléments une optimisation de la conduite de l'allaitement par des tétées fréquentes et efficaces, afin de limiter la stase lactée.

La durée de l'allaitement peut être influencée par son bon démarrage. Mais son initiation et sa durée sont également conditionnées par de multiples facteurs.

5. Des facteurs influençant l'initiation et la durée de l'allaitement. (16, 21, 29, 38)

Plusieurs études ont montré qu'il existait des facteurs influençant l'initiation et la durée de l'allaitement, que ce soit de façon positive, ou négative.

Les mères plus âgées, mariées, d'un niveau scolaire et socioéconomique élevés, ont tendance à allaiter plus et plus longtemps. Il en est de même pour les femmes ayant déjà côtoyé des personnes allaitantes ou bien ayant été elles-mêmes allaitées. De plus, une mère ayant une propre expérience antérieure d'allaitement positive aura un sentiment de confiance en soi plus important.

Inversement, l'obésité maternelle, ainsi que le tabagisme périnatal sont liés à un sevrage plus précoce.

Une grossesse planifiée est associée à un allaitement maternel d'une durée supérieure à quatre mois. Le fait d'avoir participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ou d'avoir suivi des séances d'information sur l'allaitement pendant la grossesse semble également augmenter la durée de l'allaitement. Un choix prénatal d'allaitement prolongé est significativement associé à un allaitement prolongé. Par contre, une ambivalence dans le choix de l'alimentation ou une décision tardive durant la grossesse est plutôt associée à un risque d'arrêt précoce. Ainsi, plus la décision d'allaiter est précoce, meilleurs seront l'initiation et la durée de l'allaitement.

Les facteurs les plus significatifs, associés à la décision d'allaiter, sont les bénéfices pour la santé de l'enfant, le côté naturel, le lien affectif avec l'enfant. Aussi, le niveau de connaissance des mères primipares est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue. De plus, la connaissance de la durée optimale de l'allaitement exclusif est significativement associée à un allaitement prolongé. Cette constatation est également valable à l'inverse : les mères ont plus de risque de sevrer précocement leur enfant si elles ne connaissent pas cette durée optimale.

Les mères d'enfants prématurés ont tendance à moins allaiter. Chez les enfants à terme, une faible prise de poids la première semaine de vie ou bien une perte de poids initiale de plus de 10% sont associées à un arrêt plus précoce de l'allaitement.

Le mode d'accouchement est un facteur controversé. Pourtant, un accouchement par césarienne semble être associé à un risque de sevrage avant quatre mois dans plusieurs études. L'analgésie péridurale n'a quant à elle pas d'influence sur la durée de l'allaitement. Elle peut, par contre, retarder le réflexe de succion de l'enfant.

La perception d'une insuffisance de lait semble être la première cause d'introduction de compléments de substituts de lait, et même d'arrêt de l'allaitement. Dans la plupart des cas, il s'agit soit d'un sentiment de manque de lait, lié à un manque de confiance en soi de la femme, soit d'une réelle insuffisance, mais liée à une mauvaise conduite de l'allaitement et facilement corrigable. Enfin, l'incertitude concernant la quantité de lait bue est associée de façon négative à la durée de l'allaitement maternel.

La confiance en soi des femmes allaitantes est un bon facteur prédictif de la durée d'allaitement : les mères ayant une confiance en elles élevée, ainsi qu'en leur capacité d'allaiter ont tendance à allaiter plus longtemps et de façon exclusive. Les femmes gênées d'allaiter en public et celles souffrant d'une dépression du post partum semblent être plus à risque d'arrêt précoce de l'allaitement. L'expérience initiale de l'allaitement paraît fortement influencer sa durée. En effet, les femmes ayant vécu une expérience de début d'allaitement qu'elles considèrent comme plutôt négative sont plus à risque d'arrêt précoce de l'allaitement. De plus, l'absence de complications a une influence positive sur le processus d'allaitement.

L'entourage de la femme allaitante exerce également une influence sur l'initiation et la durée de l'allaitement. Les pères jouent un rôle déterminant dans le choix de l'alimentation, et leur soutien est essentiel pour le succès de l'allaitement. De plus, les croyances de l'entourage familial sur l'allaitement peuvent avoir un impact négatif sur la confiance de la mère et sur la durée de l'allaitement.

Dans un contexte peu favorable à l'allaitement long, des initiatives se multiplient pour soutenir l'allaitement maternel.

6. Favoriser la durée de l'allaitement.

6.1 Une idée reçue : l'insuffisance de lait. (19, 23, 51)

L'insuffisance de lait est la première cause d'arrêt de l'allaitement en France selon une enquête sur la périnatalité de 1995. En effet, ce motif concernait alors 38% des femmes ayant arrêté d'allaiter avant neuf semaines. La croyance que beaucoup de mères ne sont pas capables de produire assez de lait pour satisfaire leur enfant est très culturelle. L'insuffisance de lait, dans ce contexte, englobe aussi bien la dimension quantitative que qualitative, avec des doutes sur la qualité et la valeur nutritionnelle du lait.

L'insuffisance réelle de lait est très rare. Le plus souvent, elle résulte d'une conduite inappropriée de l'allaitement. En effet, la lactation est régulée par le principe de l'offre et de la demande. Pour cela, il est nécessaire que l'enfant puisse autoréguler ses besoins. De plus, les nourrissons présentent à certaines périodes, des moments plus difficiles, avec beaucoup de pleurs, source d'angoisse pour les parents. Ces périodes correspondent à de grands changements sur le plan développemental du nourrisson. Ce qui était alors qualifié de « poussées de croissance » sont plus probablement des « poussées de développement ». Leur survenue vers la fin du premier mois, peut conduire à un arrêt de l'allaitement, les pleurs excessifs étant interprétés comme le signe d'un manque de lait. Pendant cette période, l'enfant a un besoin plus important de réconfort et de sécurité, et donc de tétées plus fréquentes.

Une réelle incapacité maternelle à produire du lait concernerait moins de 5% des mères. Les étiologies retrouvées sont des anomalies anatomiques congénitales comme l'hypoplasie mammaire ou bien des causes chirurgicales, comme principalement une réduction mammaire avec incision péri-aréolaire.

Donc souvent, c'est une insuffisance de lait secondaire qui est diagnostiquée, due à une conduite inappropriée de l'allaitement. Pour prévenir cette situation, les professionnels en maternité doivent anticiper ce problème en informant les femmes autour du bon démarrage de l'allaitement. Un autre moyen de prévention est que les femmes allaitantes puissent avoir recours à des personnes qualifiées leur indiquant comment optimiser la conduite de leur allaitement et les soutenant dans cette situation.

Enfin, le plus couramment, il s'agit d'une simple perception de manque de lait, sans qu'il existe de véritable insuffisance de lait. Une femme non informée du besoin fréquent de téter d'un enfant au sein peut percevoir ses demandes comme une production insuffisante de lait de sa part. De même, des attentes des parents, en terme de nombre de tétées ou de sommeil de nuit, associées à un manque de confiance sont à l'origine d'une perception d'une insuffisance de lait. Il est donc important de prévenir les femmes allaitantes qu'elles pourront traverser des périodes plus difficiles où elles douteront sur leurs capacités à satisfaire les besoins de leur enfant.

L'information et le soutien des femmes allaitantes prend toute son importance, dans cette situation.

6.2 A la reprise du travail. (6, 41, 51, 66)

La reprise du travail par les femmes allaitantes est un autre des principaux motifs d'arrêt précoce de l'allaitement. En effet, le congé post-natal, en France, est de dix semaines pour un premier et deuxième enfant, dix-huit semaines pour un troisième. Une étude portant sur la durée de l'allaitement chez 126 primipares révèle que la reprise du travail est la première cause d'arrêt de l'allaitement après trois mois. Ainsi, entre trois et six mois, l'interruption de l'allaitement est due dans 54% des cas à la reprise d'une activité professionnelle.

Pourtant, le code du travail contient plusieurs articles concernant l'allaitement en milieu professionnel. Ainsi, selon l'article L1225-30, la mère salariée qui allaite dispose d'une heure par jour à cet effet durant ses heures de travail, et cela jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Ce temps est réparti en deux fois trente minutes et permet d'allaiter directement son enfant sur son lieu de travail ou bien d'extraire son lait. Le code du travail ne prévoit pas la rémunération de ces pauses, mais elle peut l'être, selon les conventions collectives. L'article L1225-31 précise que la femme est en droit d'allaiter son enfant dans l'établissement. Enfin, l'article L1225-32 stipule que « tout employeur de plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement ».

Cependant, ces dispositions semblent être méconnues de nombreux employeurs, de même que des femmes, et ne sont donc que peu appliquées. Les femmes doivent être informées des modalités de poursuite de l'allaitement à la reprise du travail : tétées matin et soir, expression et conservation du lait, allaitement à la demande pendant les jours de congés.

Par ailleurs, un certain nombre de crèches refuse que le lait maternel soit apporté sur le lieu de garde de l'enfant. Afin de résoudre ce problème, le Pr Turck propose dans son rapport de rendre obligatoire, dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfant, ainsi que chez les assistantes maternelles, l'application des recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel.

6.3 Le soutien de l'allaitement, en maternité et à sa sortie. (9, 10, 15, 32, 40, 53, 55, 64)

Le soutien de l'allaitement est une préoccupation de plus en plus importante, que ce soit pour les professionnels de santé, mais aussi le grand public.

Différentes formes d'action se développent donc dans le sens d'une promotion et d'un soutien de l'allaitement. Par exemple, la formation continue autour de ce thème prend de l'ampleur. Une étude réalisée au sein du Groupe Hospitalier du Havre (76) en 2009, dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, révèle alors que 60% du personnel exerçant en maternité a reçu une formation sur l'allaitement sur les trois dernières années. L'organisme Co-Naître®, créé en 1981, propose des formations centrées sur l'enfant et sa famille, avec notamment des formations autour de l'allaitement maternel. Cet organisme très actif propose des formations en équipe, mais aussi individuelles. Il réalise ainsi plus de 300 jours de formation par an. Cet organisme collabore aussi à l'organisation et à l'enseignement du diplôme universitaire « Lactation humaine et allaitement maternel » créé en 2001 et destiné aux professionnels de santé. Il contient un enseignement médical approfondi de tout ce qui touche à la lactation humaine et à ses pratiques. L'organisme Co-Naître® se propose également d'accompagner les équipes dans la démarche qualité « Hôpital Ami des Bébé ».

L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé est un label, créé en 1991 par l'OMS, l'UNICEF et l'Association Internationale de Pédiatrie. Il vise à encourager les services de maternité à soutenir l'allaitement maternel et à fournir un accompagnement de qualité aux jeunes mères. Ce label est décerné aux maternités respectant un standard de qualité des soins dans l'accompagnement et la naissance, basé sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Plusieurs études ont montré qu'il permettait d'augmenter le taux d'allaitement à la maternité, mais aussi la durée de l'allaitement maternel exclusif. Il existe environ 20 000 maternités labellisées dans le monde, 700 en Europe. Depuis 2000, 11 maternités françaises ont obtenu ce label, 25 autres ont déclaré être dans la démarche de labellisation.

Toutes ces initiatives œuvrent à faire évoluer les pratiques des professionnels de santé, et notamment les personnels hospitaliers, dans le sens d'un soutien de l'allaitement maternel auprès des mères ou futures mères.

En ce qui concerne le soutien à la sortie de la maternité sous n'importe quelle forme qu'il soit, il semble diminuer le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant six mois. Ainsi, une étude a trouvé qu'un soutien considéré comme faible par les mères est associé à un taux élevé d'arrêt de l'allaitement avant trois mois, alors que les femmes qui reçoivent des informations répétées allaitent plus longtemps.

La dixième condition pour le succès de l'allaitement maternel énonce qu'il faut « encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement et leurs adresser les mères dès la sortie de l'hôpital. ». En France, des volontaires sont regroupées au sein d'associations de soutien à l'allaitement. Ces groupes de mères qui ont eu une expérience d'allaitement réussie, permettent l'échange d'expériences, mais aussi d'informations, selon les besoins. Le but de ces associations est de promouvoir l'allaitement maternel en aidant les mères à mener leur projet personnel à bien. Cette aide prend la forme de réunions, de permanences téléphoniques et d'échanges via internet. En 2002, la Leche League a totalisé 60 000 appels. Cette association est d'ailleurs la plus importante organisation de soutien à l'allaitement. Elle existe en France depuis 1979. De nombreuses autres associations se sont ensuite développées. En Haute-Normandie, elles sont au nombre de onze. Une grande part de ces associations est regroupée au sein de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel. Celle-ci inclut également des professionnels et des membres individuels. Cette coordination peut

1. Objectifs.

L'allaitement maternel se développe en France : le nombre de mères qui allaitent à la sortie de la maternité est en constante augmentation, mais il reste bien en deçà de nos voisins européens. De plus, la durée médiane de l'allaitement maternel en France est loin des recommandations. Maintenant que notre pays est dans une dynamique d'augmentation de l'allaitement, il nous a donc semblé important de nous concentrer sur les obstacles, empêchant les femmes de concrétiser leur projet de durée d'allaitement, idéalement de six mois, selon l'OMS.

Nous avons émis plusieurs hypothèses :

- Les femmes allaitantes reçoivent des informations peu adaptées à leur profil, lors de leur séjour à la maternité, pour concrétiser leur projet d'allaitement sur la durée.
- Plus les femmes possèdent des facteurs de risque d'arrêt précoce de l'allaitement, moins les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel sont appliquées.
- Ces dix conditions, ainsi que les facteurs de risque d'un arrêt précoce de l'allaitement, ne sont pas forcément bien connus des bénévoles des associations de soutien à l'allaitement maternel.

Afin d'obtenir un regard plus complet sur cette problématique, notre étude comporte deux enquêtes menées auprès de deux populations distinctes.

2. Méthode.

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et multicentrique à l'aide de deux questionnaires distincts destinés à nos deux populations.

2.1 Populations.

La première étude a été menée au sein d'une maternité de niveau II : le Centre Hospitalier du Belvédère (Mont-Saint-Aignan, 76). L'enquête a débuté le 5 septembre 2011 et s'est poursuivie jusqu'au 25 novembre 2011.

Cette première population est composée de patientes allaitantes hospitalisées dans les trois services de suites de couches et dans le service des césariennes de l'établissement.

Les critères d'inclusions étaient :

- Mère primipare.
- Mère parlant le français.
- Enfant singleton, né entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée, eutrophe et sans morbidité néonatale significative.

Le critère d'exclusion à posteriori était :

- Mère ayant arrêté l'allaitement avant sa sortie de maternité ou réalisant une pause dans l'allaitement au moment de sa sortie (22 cas recensés).

L'enquête a été proposée à 165 patientes entrant dans les critères d'inclusion et d'exclusion. Parmi elles, 124 y ont répondu, correspondant à 75,15% de participation.

La deuxième enquête s'est effectuée auprès de huit associations haut-normandes de soutien à l'allaitement maternel : Allaitement N'Caux (Pays de Caux, 76), Andelle Allaitement (Région de Louviers, Andelle, 27), La Leche League Vallée de l'Eure (Région de Vernon, Evreux, 27), Matern'& Lait (Région de Saint-Romain-de-Colbosc, 76), Parentalement Vôtre (Région de Bernay, 27), Solidarilait (Région du Havre, 76), SOS Allaitement 76 (Région de Rouen, Fécamp et Doudeville, 76), Vexin Allaitement (Région de Gisors, 27). Elle a eu lieu du 20 septembre 2011 au 13 décembre 2011.

Cette deuxième population regroupe des femmes œuvrant en tant que bénévoles au sein de ces associations de soutien à l'allaitement.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu pour cette population.

Au total, 27 personnes ont participé à cette deuxième enquête. Il n'a pas été possible de connaître le nombre exact de bénévoles pour chaque association.

2.2 Les questionnaires.

Le **premier questionnaire** (Annexe II) était rempli par les mères à la fin de leur séjour en maternité. La distribution était assurée par un enquêteur, auprès de chaque patiente entrant dans les critères, et qui donnait pour consigne de répondre au questionnaire au plus près de la sortie. Le retour s'effectuait via une pochette située dans la salle de soin des nouveau-nés de chaque service, où les mères pouvaient déposer le questionnaire complété.

Ce questionnaire était composé en grande majorité de questions fermées.

Il était divisé en quatre parties :

- 1^{ère} partie : les renseignements généraux : questions 1 à 5.
 - Mode d'allaitement reçu par chacun des deux parents, consommation maternelle de tabac, antécédent de chirurgie mammaire, taille et poids avant grossesse.

- 2^{ème} partie : la grossesse et l'accouchement : questions 6 à 10.
 - Questions 6 et 7 : Vécu de la grossesse et de l'accouchement.
 - Questions 8 à 10 : Modalités de l'accouchement : déclenchement, mode, hémorragie du post-partum.

- 3^{ème} partie : le contexte de l'allaitement : questions 11 à 16.
 - Question 11 : Motivations du choix de l'allaitement maternel.
 - Questions 12 et 13 : Position du père et de l'entourage sur la décision d'allaiter.

- Question 14 : Durée souhaitée de l'allaitement.
- Questions 15 et 16 : Reprise d'un emploi et connaissances en matière de droit au travail et allaitement.

- 4^{ème} partie : le séjour à la maternité : questions 17 à 35.

- Questions 17, 18, 21, 25, 26 et 32 : Application de certaines des dix conditions pour le succès de l'allaitement : première tétée en salle de naissance, aide pour la première tétée, usage d'une tétine artificielle ou de compléments pour l'enfant, allaitement à la demande, utilisation des associations de soutien à l'allaitement comme relais à la sortie de la maternité.

- Questions 19, 20, 22, 31, 33 et 34 : Recherche de facteurs supplémentaires associés à un allaitement raccourci : utilisation de bouts de seins, chute de poids du nouveau-né, complications précoces de l'allaitement, lieu de couchage de l'enfant à la sortie de la maternité, vécu du début de l'allaitement, confiance en soi de la patiente.

- Questions 23, 24, 27, 28, 29, 30 et 35 : Information reçue pendant le séjour : connaissance du bon positionnement de l'enfant au sein, de plusieurs positions d'allaitement, des signes d'éveil du nouveau-né, des signes d'un allaitement efficace, des poussées de développement. Satisfaction des patientes vis-à-vis de l'aide et de la présence des soignants pendant le séjour en maternité, ainsi que de l'information reçue pendant la grossesse et le séjour.

Le deuxième questionnaire (Annexe III) était destiné aux femmes bénévoles au sein des associations de soutien à l'allaitement. Celui-ci a été diffusé dans les associations, soit sous la forme d'un exemplaire papier, soit sous la forme d'un exemplaire mis en ligne sur internet via le logiciel GOOGLE DOCUMENTS.

Ce questionnaire contenait principalement des questions fermées. Cependant, plusieurs espaces ont été réservés afin que les bénévoles puissent s'y exprimer librement.

Il était composé de trois parties :

- 1^{ère} partie : les renseignements généraux : questions 1 à 5.

- Question 1 : Age.

- Question 2 à 4 : Expérience personnelle d'allaitement : information reçue et vécu du premier allaitement, durée des différents allaitements.
- Question 5 : Motivations au bénévolat.
- 2^{ème} partie : le rôle au sein de l'association : questions 6 à 8.
 - Durée du bénévolat et formation.
- 3^{ème} partie : les femmes ayant recours à l'association : questions 9 à 19.
 - Question 9 : Application des conditions pour le succès de l'allaitement maternel.
 - Question 10 à 12 : Facteurs associés à un arrêt précoce de l'allaitement : classement de l'importance de leur influence sur la durée de l'allaitement, facilité de repérage des femmes ayant un ou plusieurs de ces facteurs et recours de celles-ci auprès de l'association.
 - Question 13 : Motifs de contact auprès de l'association.
 - Question 14 : Résolution des difficultés.

2.3 Saisie et analyse des données.

Les résultats ont été saisis à l'aide du logiciel Excel et exploités avec le logiciel STATA 8.0. Pour la comparaison, les tests de Chi 2 et de Fisher ont été utilisés selon l'effectif ($p=0,05$).

3. Résultats

3.1 Résultats du questionnaire destiné aux primipares allaitantes.

Les résultats portent sur 124 femmes. Les effectifs peuvent varier selon les questions, toutes les femmes n'ayant pas toujours répondu à la totalité des questions.

3.1.1 Les renseignements généraux.

Caractéristiques des patientes (effectifs)	n	%
Femme elle-même allaitée (n=123)		
Oui	56	45,53
Non	67	54,47
Conjoint lui-même allaité (n=115)		
Oui	56	48,70
Non	59	51,30
Femme fumeuse (n=124)		
Oui	7	5,65
Non	117	94,35
Consommation des femmes fumeuses (n=7)		
Entre 1 et 5 cigarettes/jour	5	71,43
Entre 11 et 15 cigarettes/jour	1	14,29
Plus de 15 cigarettes/jour	0	0
Non précisé	1	14,29
Antécédent de chirurgie mammaire (n=124)		
Oui	5	4,03
Non	119	95,97
Caractéristiques biophysiques des patientes (effectifs)	Moyenne +/- SD	[Min ; Max]
Taille en mètre (n=124)	1,65 +/- 0,05	[1,50 ; 1,83]
Poids en kilogrammes (n=124)	62,78 +/- 11,67	[45 ; 110]
IMC (n=124)	22,97 +/- 3,9	[16,85 ; 36,75]
	n	%
Classes IMC (n=124)		
Maigreur	28	22,58
Normal	70	56,45
Surpoids	16	12,90
Obésité	10	8,06
Obésité morbide	0	0

Parmi les 5 patientes ayant un antécédent de chirurgie mammaire, nous retrouvons deux réductions, une ablation de nodule et une chirurgie pour cancer du sein. Une personne n'a pas précisé le type de chirurgie effectuée.

3.1.2 La grossesse et l'accouchement.

Vécu (effectifs)	n	%
Grossesse (n=124)		
Très bon	63	50,81
Bon	42	33,87
Assez bon	16	12,90
Mauvais	3	2,42
Accouchement (n=123)		
Très bon	42	34,15
Bon	44	35,77
Assez bon	29	23,58
Mauvais	8	6,50
Modalités d'accouchement		
Déclenchement (n=123)		
Oui	28	22,76
Non	95	77,24
Voie d'accouchement (n=123)		
Voie basse normale	89	72,36
Voie basse instrumentale	20	16,26
Césarienne	14	11,38
Hémorragie de la délivrance (n=123)		
Oui	5	4,07
Non	118	95,93

3.1.3 Le contexte de l'allaitement.

Motivations du choix (effectif=124)	n	%
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		
Bénéfices nutritionnels pour l'enfant	121	97,58
Lien affectif avec l'enfant	111	89,52
Plaisir	54	43,55
Bénéfices pour la santé de la mère	30	24,19
Facilité	17	13,71
Raisons économiques	14	11,29
Tradition familiale	8	6,45

Position sur la décision d'allaitement (effectif)	n	%
Père (n=122)		
Tout à fait favorable	104	85,25
Favorable	18	14,75
Peu favorable	0	0
Défavorable	0	0
Entourage (n=123)		
Tout à fait favorable	85	69,11
Favorable	37	30,08
Peu favorable	1	0,81
Défavorable	0	0
Durée souhaitée de l'allaitement (n=121)		
< 1 mois	1	0,83
1 à 2 mois	29	23,97
3 à 4 mois	35	28,93
5 à 6 mois	27	22,31
> 6 mois	9	7,44
Ne sait pas	20	16,53
Emploi et allaitement (effectifs)		
Reprise d'une activité (n=123)		
Oui	118	95,93
Non	5	4,07
Délai de reprise de l'activité (n=118)		
<1 mois	1	0,85
1 à 2 mois	22	18,64
3 à 4 mois	64	54,24
5 à 6 mois	10	8,47
> 6 mois	16	13,56
Non précisé	5	4,24

Tous les pères sont favorables ou tout à fait favorables au choix d'allaitement de leur compagne. Une femme désigne son entourage comme peu favorable à son allaitement.

Nous remarquons que 52,90% des femmes souhaitent allaiter entre 1 et 4 mois. Les femmes ayant choisi l'allaitement pour leur plaisir souhaitent allaiter significativement plus longtemps que celles qui l'ont choisi pour une autre raison ($p=0,018$). Il en est de même pour les femmes ayant sélectionné la facilité comme motivation à leur choix : elles souhaitent allaiter significativement plus longtemps que les autres ($p=0,014$).

Nous constatons que 72,03% des patientes qui reprendront un emploi le feront entre 1 à 4 mois après leur accouchement. Il n'existe pas de relation significative entre

le délai de reprise d'une activité professionnelle et le souhait de durée d'allaitement ($p=0,068$). Nous observons cependant des tendances : 57,14% des femmes souhaitant allaiter plus de six mois reprendront une activité dans plus de six mois, alors que 83,33% souhaitant allaiter entre 1 et 4 mois reprendront leur activité entre 1 et 4 mois.

Sur les 93 mères connaissant leur date de reprise d'activité professionnelle et exprimant un souhait précis de durée d'allaitement, 27,96% souhaitent poursuivre l'allaitement à la reprise du travail.

Connaissance du droit au travail en matière d'allaitement (effectifs)	n	%
Autorisation d'allaiter sur le lieu de travail (n=124)		
Réponse correcte (oui)	45	36,29
Réponse fausse (non)	43	34,68
Ne sait pas	36	29,03
Temps de travail libéré pour allaiter ou tirer le lait (n=124)		
Réponse correcte (oui)	74	59,68
Réponse fausse (non)	25	20,16
Ne sait pas	25	20,16
Mise à disposition d'une salle dédiée à l'allaitement par employeur (n=124)		
Réponse correcte (oui)	65	52,42
Réponse fausse (non)	12	9,68
Ne sait pas	47	37,90
Résultats (n=124)		
Aucune réponse correcte	26	20,97
1 réponse correcte	39	31,45
2 réponses correctes	32	25,81
3 réponses correctes	37	21,77

Il n'existe pas de différence significative entre le souhait de continuer à allaiter en travaillant et le niveau de connaissance des droits au travail en matière d'allaitement ($p=0,77$).

Alors que 63,71% des patientes ne savent pas qu'il est autorisé d'allaiter sur leur lieu de travail, 59,68% ont connaissance qu'il existe un temps de travail libéré pour allaiter ou tirer leur lait. De même, elles sont 52,42% à savoir qu'une salle dédiée à l'allaitement doit être mise à disposition des employées lorsque l'entreprise comporte plus de 100 salariées alors que le taux de bonne réponse à la question sur l'autorisation d'allaiter sur le lieu de travail s'élève à 36,29%.

3.1.4 Le séjour à la maternité.

Caractéristiques de l'allaitement pendant le séjour (effectifs)	n	%
Tétée en salle de naissance ou salle de réveil (n=124)		
Oui	112	90,32
Non	12	9,68
Aide reçue pour la 1^{ère} tétée en salle de naissance (n=112)		
Oui	98	87,50
Non	12	10,71
Non précisé	2	1,79
Aide reçue pour la 1^{ère} tétée en chambre si pas de tétée en salle de naissance (n=12)		
Oui	12	100
Non	0	0
Aide pour la 1^{ère} tétée quel que soit le lieu (n=122)		
Oui	110	90,16
Non	12	9,84
Utilisation d'une tétine (n=124)		
Oui	41	33,06
Non	83	66,94
Utilisation de bouts de seins (n=123)		
Oui	45	36,59
Non	78	63,41
Poids de naissance et perte de poids (effectifs)	Moyenne +/- SD	[Min ; Max]
Poids de naissance en grammes (n=124)	3387,90 +/- 366,69	[2595 ; 4160]
Perte de poids en pourcentages (n=119)	-6,48 +/- 2,43	[-0,97 ; -13,04]
	n	%
Perte de poids (n=119)		
< -5,99%	45	37,82
De -6 à -7,99%	45	37,82
De -8 à -9,99%	21	17,65
> -10% (pathologique)	8	6,72

Il existe une liaison significative entre le mode d'accouchement et la réalisation d'une première tétée en salle de naissance ($p=0,004$) : 4,49% des enfants nés par voie basse n'ont pas tété en salle de naissance, contre 20% des enfants nés par voie basse instrumentale et 28,53% par césarienne. Au total, 80,33% de la population totale a réalisé la première tétée en salle de naissance et y a reçu de l'aide.

Nous ne retrouvons pas de lien significatif entre une perte de poids pathologique chez l'enfant et tabagisme ($p=0,464$), chirurgie mammaire ($p=0,54$), obésité ($p=0,665$), déclenchement de l'accouchement ($p=0,119$), césarienne ($p=0,303$) ou encore hémorragie de la délivrance chez la mère ($p=0,538$).

Complément(s) pendant le séjour (n=124)	n	%
Oui	63	50,81
Non	61	49,19
	n	%
Nombre si compléments (qualitatif) (n=63)		
1	17	26,98
2	15	23,81
3	8	12,70
4	8	12,70
5	2	3,17
10	2	3,17
Non précisé	11	17,46
Nombre si compléments (quantitatif) (n=52)	2,56 +/- 1,91	[1 ; 10]
Technique employée pour les compléments (n=62)¹		
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		
Paille au doigt	43	69,35
Tasse	19	30,65
Biberon	16	25,81
Paille au sein	10	16,13
Nombre de techniques employées par enfant si au moins deux compléments reçus (n=35)		
1 technique employée	23	65,71
2 techniques employées	9	25,71
3 techniques employées	3	8,57
Influence des compléments sur la confiance en la capacité d'allaiter de la patiente (n=63)		
Aucune	37	58,73
Rassurée pour son allaitement	8	12,70
Inquiète pour son allaitement	18	28,57
Influence des compléments par rapport à l'enfant (n=63)		
Aucune	33	54,10
Rassurée pour son enfant	22	36,07
Inquiète pour son enfant	6	9,84

¹Une personne n'ayant pas répondu .

50,81% des enfants ont reçu un ou plusieurs compléments durant le séjour en maternité. Les enfants complémentés en reçoivent, en moyenne, 2,56 +/- 1,91.

La paille au doigt est la technique la plus employée pour donner le complément. 16,13% des compléments sont donnés à la paille au sein.

Il existe une liaison significative entre le nombre de compléments donnés et le nombre de techniques employées par enfant ($p=0,007$).

Il existe également une liaison significative entre le nombre de compléments donnés et la confiance de la mère en sa capacité à allaiter ($p=0,030$). En revanche, il n'y a pas de lien significatif entre le nombre de compléments donnés et un effet sur la mère par rapport à son enfant ($p=0,159$).

Déroulement du séjour (effectifs)		n	%
Complications de l'allaitement (n=121)			
<i>Plusieurs réponses possibles</i>			
Aucune		33	27,27
Douleurs		76	62,81
Crevasses		25	20,66
Engorgement mammaire		18	14,88
Nombre de complications par patiente (n=88)			
1 complication		62	70,45
2 complications		21	23,86
3 complications		5	5,68
Explications du positionnement de l'enfant au sein (n=124)			
Oui		123	99,19
Non		1	0,81
Connaissance du positionnement de l'enfant au sein si expliqué (n=120)			
Toutes les réponses correctes		11	9,17
4 réponses correctes		74	61,67
3 réponses correctes		27	22,50
2 réponses correctes		8	6,67
< 2 réponses correctes		0	0
Répartition des réponses (n=120)			
« Votre bébé doit ouvrir grand la bouche. »		109	90,83
« Le ventre de votre bébé est contre vous. »		109	90,83
« Votre bébé doit tourner la tête pour prendre le sein. »		17	14,17
« La tête de votre bébé doit être légèrement penchée en arrière »		11	9,17
« L'oreille de votre bébé doit toucher son épaule. »		5	4,17
(Effectifs)		n	%
Plusieurs positions d'allaitement montrées (n=124)			
Oui		114	91,94
Non		10	8,06
Nombre de tétées préconisées par 24h (n=81)¹			
4 à 6		5	6,17
6 à 8		39	48,15
8 à 12		37	45,68
Délai minimum entre deux tétées préconisé (n=123)			
Oui		6	4,88
Non		117	95,12

¹ 12,1% (n=15) des patientes (sur l'effectif total n=124) n'ont pas coché de proposition mais ont précisé : « à la demande. »

Explications des signes d'éveil du nouveau-né (n=124)		n	%
Oui		54	43,55
Non		70	56,45
Connaissance des signes d'éveils si expliqués (n=53)			
Toutes les réponses correctes		1	1,89
5 réponses correctes		10	18,87
4 réponses correctes		11	20,75
3 réponses correctes		15	28,30
2 réponses correctes		13	24,53
1 réponse correcte		3	5,66
Aucune réponse correcte		0	0
Répartition des réponses (n=53)			
« Votre bébé met sa main à la bouche »		44	83,02
« Votre bébé fait des mouvements des lèvres »		42	79,25
« Votre bébé s'agite »		28	52,83
« Votre bébé pleure »		27	50,94
« Votre bébé fait des mouvements de la tête »		18	33,96
« Votre bébé fait des mouvements des yeux »		17	32,08
Explications des signes d'un allaitement efficace (n=123)		n	%
Oui		66	53,66
Non		57	46,34
Connaissance des signes d'un allaitement efficace si expliqués (n=65)			
Toutes les réponses correctes		0	0
8 réponses correctes		1	1,54
7 réponses correctes		5	7,69
6 réponses correctes		14	21,54
5 réponses correctes		21	32,31
4 réponses correctes		18	27,69
3 réponses correctes		6	9,23
< 3 réponses correctes		0	0
Répartition des réponses (n=65)			
« Vous pouvez entendre déglutir fréquemment votre bébé »		63	96,92
« Le rythme de succion est ample et régulier »		40	61,54
« Vous voyez des mouvements de la tempe et des oreilles de votre bébé pendant la tétée »		39	60,00
« Votre bébé doit grossir de plus de 150g par semaine »		25	38,46
« Les couches de votre bébé sont mouillées au moins 5 fois par jour »		24	36,92
« Votre bébé se réveille et tète fréquemment »		10	15,38
« Les joues de votre bébé doivent se creuser pendant la tétée »		10	15,38
« Votre bébé demande à téter plus de 8 fois par jour »		8	12,31
« Votre bébé doit beaucoup dormir »		5	7,69
Information sur les « jours de pointe » (n=117)			
Oui		46	39,32
Non		71	60,68
A propos des soignants (effectifs)		n	%
Aide adaptée (n=122)			
Oui		119	97,54
Non		3	2,46
Information suffisante (n=114)			
Oui		104	91,23
Non		10	8,77
Présence suffisante (n=119)			
Oui		119	98,32
Non		2	1,68

Dans les réponses sur le positionnement de l'enfant au sein, le fait que la tête de l'enfant doit être légèrement penchée en arrière n'est pas connu pour 90,83% des patientes.

Si nous reprenons l'utilisation de bouts de seins, elle est significativement plus fréquente lorsqu'il existe une ou des complications de l'allaitement ($p=0,03$). Il existe une liaison significative entre présence de crevasses et utilisation de bouts de seins, puisque c'en est le traitement ($p=0,007$). Par contre, il n'y a pas de lien significatif entre douleur ou engorgement et utilisation de bouts de seins (respectivement, $p=0,171$ et $p=0,832$).

L'administration de compléments par biberon est significativement associée à la survenue de douleur ($p=0,015$), ainsi que de crevasses ($p=0,003$).

Il n'y a pas de liaison significative entre complications de l'allaitement et utilisation d'une tétine ($p=0,693$).

Il n'existe pas de liaison significative entre le nombre de bonnes réponses sur le bon positionnement de l'enfant au sein et la survenue de complications de l'allaitement ($p=0,323$).

Dans le déroulement du séjour, seul le fait de préconiser un délai minimum entre deux tétées est lié significativement à une perte de poids pathologique chez l'enfant ($p=0,008$). En effet, 33,33 % des enfants à qui il a été préconisé à la mère un délai minimum entre deux tétées ont une perte de poids pathologique, contre 5,36% des enfants à qui il n'avait pas été préconisé à la mère un délai minimum entre deux tétées.

53,66% des patientes ont reçues des explications concernant les signes d'un allaitement efficace durant leur séjour. 87,69% de ces mères ayant reçu l'information ne savent pas que leur bébé peut demander à téter plus de huit fois par jour.

Le retour à domicile (effectifs)	n	%
Lieu du berceau du nouveau-né au retour à domicile (n=121)		
Dans la chambre parentale	77	63,64
Dans une chambre séparée à proximité de la chambre parentale	42	34,71
Dans une chambre séparée à distance de la chambre parentale	2	1,65
Recours en cas de difficultés d'allaitement au retour à domicile (n=112) <i>3 réponses maximum possibles¹</i>		
Une PMI	64	57,14
Le médecin traitant de la patiente	58	51,79
Un pédiatre du Belvédère via l'adresse mail	42	37,50
Un pédiatre	42	37,50
Une association de soutien à l'allaitement	24	21,43
La mère de la patiente	22	19,64
Des amies de la patiente	19	16,87
Autre ²	11	9,82
Internet	8	7,14
Des livres spécialisés	6	5,36

¹ Les questionnaires présentant plus de trois items cochés ont été exclus pour cette question (n=12).

² Autre : Sage-femme libérale pour 5 patientes, sœur pour 5 autres et cousine pour l'une d'elles.

Il existe une liaison significative entre la durée souhaitée de l'allaitement et le recours à une association de soutien à l'allaitement ($p=0,014$) : les mères ayant choisi cette proposition souhaitent allaiter significativement plus longtemps que les autres.

Nous ne retrouvons pas de liaison significative entre la durée souhaitée de l'allaitement et les autres recours ($p > 0,05$).

Qualificatif du début d'allaitement (n=100) <i>Une seule réponse possible¹</i>	n	%
Plaisant	25	25
Gratifiant	14	14
Agréable	13	13
Simple	8	8
Total des termes positifs	60	60
Difficile	17	17
Douloureux	12	12
Angoissant	11	11
Déplaisant	0	0
Total des termes négatifs	40	40
Confiance en soi de la patiente (n=123)		
Très confiante	11	8,94
Confiante	100	81,30
Peu confiante	10	8,13
Pas confiante	2	1,63

¹ Les questionnaires présentant plus d'un item coché ont été exclus (n=24). 9 de ces patientes (37,50%) ont sélectionné exclusivement des termes positifs, 5 (20,83%), uniquement des termes négatifs et 10 (41,67%) sont ambivalentes.

90,24% des mères ont confiance ou très confiance en elles à la sortie de la maternité.

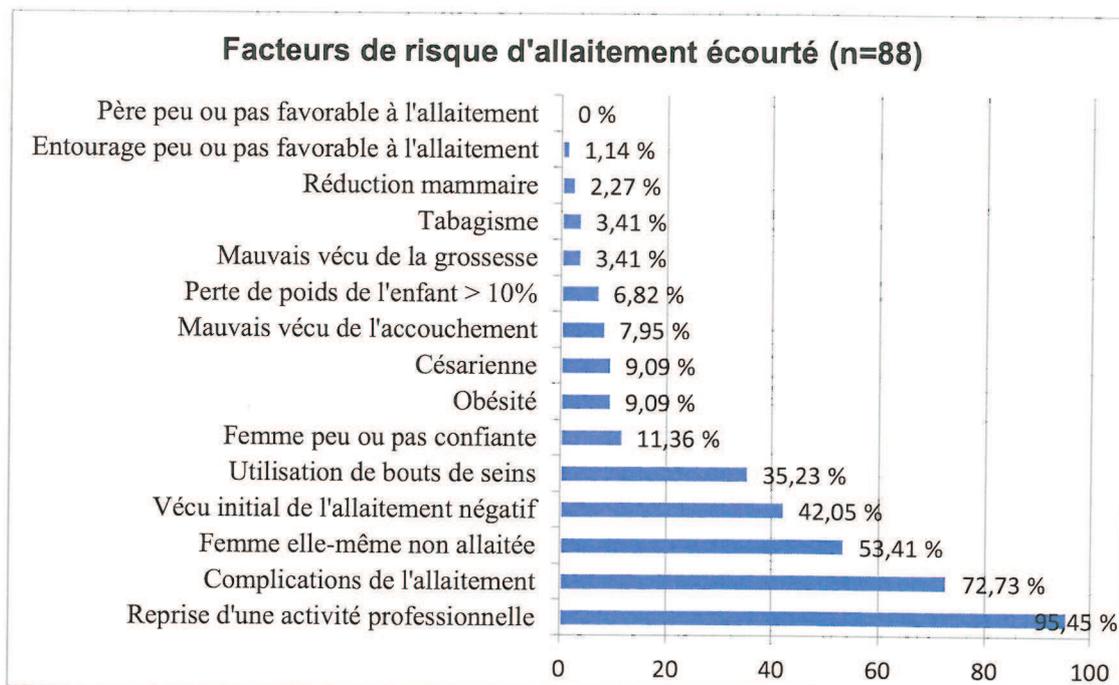
Il existe une relation significative entre vécu du début de l'allaitement et confiance en soi de la patiente ($p < 0,0001$). En effet, 90,91% des femmes étant peu ou pas confiantes ont qualifié leur début d'allaitement avec un terme négatif. A l'inverse, 65,91% des mères confiantes ou très confiantes ont qualifié positivement leur début d'allaitement.

Information reçue adaptée à la situation et aux désirs de la patiente concernant l'allaitement maternel. (effectifs)	n	%
Pendant la grossesse (n=124)		
Complètement	20	16,13
Oui, dans l'ensemble	77	62,10
Pas vraiment	20	16,13
Pas du tout	7	5,65
Pendant le séjour (n=124)		
Complètement	55	44,35
Oui, dans l'ensemble	64	51,61
Pas vraiment	5	4,03
Pas du tout	0	0

78,23% de notre population dit avoir reçu des informations pendant leur grossesse, complètement ou dans l'ensemble, adaptées à leur situation et à leurs désirs concernant l'allaitement maternel. Elles sont 95,96% à le penser concernant leur séjour à la maternité.

3.1.5 Les facteurs de risque d'allaitement écourté.

88 mères soit 70,97% ont répondu à toutes les questions concernant les facteurs de risque d'allaitement écourté.



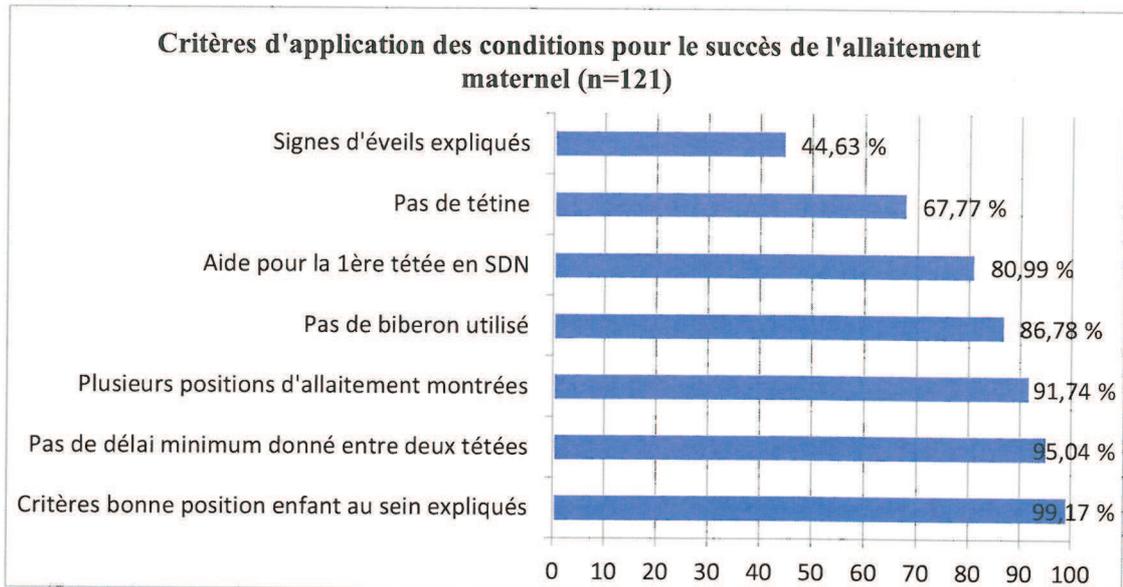
Nombre de facteurs de risque possédés par patiente (effectif = 88)		n	%
1 facteur de risque	3	3,41	
2 facteurs de risque	19	21,59	
3 facteurs de risque	27	30,68	
4 facteurs de risque	20	22,73	
5 facteurs de risque	11	12,50	
6 facteurs de risque	5	5,58	
7 facteurs de risque	2	2,27	
8 facteurs de risque	1	1,14	
> 8 facteurs de risque	0	0	

Notre population possède entre un et huit facteurs de risque d'allaitement écourté sur les quinze étudiés. La médiane est de trois facteurs de risque par patiente.

25% des patientes possèdent moins de trois facteurs de risque d'allaitement écourté et 3,41% en comptent plus de six.

3.1.6 Les conditions pour le succès de l'allaitement maternel.

121 mères soit 97,58% ont répondu à toutes les questions concernant l'application des conditions pour le succès de l'allaitement maternel selon l'OMS.



Le seul item proposé à moins de la moitié des patientes est l'explication des signes d'éveil, correspondant à un des critères pour la huitième condition : « Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant et de sa mère. ». Par contre le deuxième critère correspondant à cette condition, à savoir ne pas donner de délai minimum entre deux tétées est appliqué dans 95,04% des cas.

Nombre de critères d'application des conditions pour le succès de l'allaitement proposés par patientes (effectif = 121)	n	%
< 2 critères	0	0
2 critères	1	0,83
3 critères	0	0
4 critères	16	13,22
5 critères	30	24,79
6 critères	49	40,50
7 critères	25	20,66

20,66% de notre population a bénéficié de tous les critères étudiés correspondant à l'application des conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Le minimum de

critères appliqués est de 2 sur les 7 étudiés. La médiane est de 6 critères appliqués par patiente.

Il n'existe pas de relation significative entre nombre de facteurs de risque possédés et nombre de critères des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel appliqués ($p=0,877$).

3.1.7 Les compléments de lait artificiel en maternité.

63 patientes soit 50,81% de notre population totale ont eu leur enfant complémenté au moins une fois avec du lait artificiel pendant leur séjour. Nous avons donc comparé les mères dont leur enfant a reçu au moins un complément à celles dont leur enfant n'a pas reçu de complément de lait artificiel en maternité, afin de rechercher s'il existait des causes à cette complémentation.

Caractéristiques des patientes	Complément(s) n (%)	Pas de complément n (%)	
<u>Renseignements généraux</u>			
Femme elle-même allaitée	n=63	n=60	
Oui	28 (44,44%)	28 (46,67%)	p=0,805
Non	35 (55,56%)	32 (53,33%)	
Conjoint lui-même allaité	n=60	n=55	
Oui	29 (48,33%)	27 (49,09%)	p=0,935
Non	31 (51,67%)	28 (50,91%)	
Femme fumeuse	n=63	n=61	
Oui	2 (3,17%)	5 (8,20%)	p=0,226
Non	61 (96,83%)	56 (91,80%)	
Antécédent de chirurgie mammaire	n=63	n=61	
Oui	3 (4,76%)	2 (3,28%)	p=0,675
Non	60 (95,24%)	59 (96,72%)	
Classes IMC	n=63	n=61	
Maigre	10 (15,87%)	18 (29,51%)	p=0,175
Normal	36 (57,14%)	34 (55,74%)	
Surpoids	11 (17,46%)	5 (8,20%)	
Obésité	6 (9,52%)	4 (6,56%)	

Caractéristiques des patientes	Complément(s) n (%)	Pas de complément n (%)	
<u>La grossesse et l'accouchement</u>			
Mauvais vécu de la grossesse	n=63	n=61	
Oui	1 (1,59%)	2 (3,28%)	p=0,540
Non	62 (98,41%)	59 (96,72%)	
Mauvais vécu de l'accouchement	n=62	n=61	
Oui	4 (6,45%)	4 (6,56%)	p=0,981
Non	58 (93,55%)	57 (93,44%)	
Déclenchement	n=62	n=61	
Oui	19 (30,65%)	9 (14,75%)	p=0,036
Non	43 (69,35%)	52 (85,25%)	
Voie d'accouchement	n=63	n=60	
Voie basse normale	40 (63,49%)	49 (81,67%)	p=0,047
Voie basse instrumentale	15 (23,81%)	5 (8,33%)	
Césarienne	8 (12,70%)	6 (10%)	
Hémorragie de la délivrance	n=63	n=60	
Oui	2 (3,17%)	3 (5%)	p=0,608
Non	61 (96,83%)	57 (95%)	

Les deux femmes fumeuses de la population « complément(s) » consomment entre 1 et 5 cigarettes par jour. La seule femme de notre population fumant entre 11 et 15 cigarettes par jour appartient au groupe « pas de complément ».

Les deux patientes ayant eu une réduction mammaire appartiennent au groupe « complément(s) ».

Nous retrouvons une différence significative entre nos deux populations concernant le déclenchement du travail : les enfants des femmes déclenchées sont plus nombreux à recevoir au moins un complément. La voie d'accouchement a aussi une influence significative sur la complémentation : nous constatons davantage de complémentation chez les enfants des mères ayant eu une extraction instrumentale. A l'inverse, 81,67% des mères, dont l'enfant n'a pas reçu de complément, ont accouché normalement voie basse. Le taux de complémentation pour les enfants des femmes césarisées est sensiblement le même que celui sans complémentation.

Caractéristiques des patientes	Complément(s) n (%)	Pas de complément n (%)	
<u>Le contexte de l'allaitement</u>			
Motivations du choix			
	n=63	n=61	
Bénéfices nutritionnels pour l'enfant	60 (95,24%)	61 (100%)	p=0,084
Lien affectif avec l'enfant	56 (88,89%)	55 (90,16%)	p=0,817
Plaisir	28 (44,44%)	26 (42,62%)	p=0,838
Bénéfices pour la santé de la mère	18 (28,57%)	12 (19,67%)	p=0,247
Facilité	6 (9,52%)	11 (18,03%)	p=0,168
Raisons économiques	8 (12,70%)	6 (9,84%)	p=0,615
Tradition familiale	4 (6,35%)	4 (6,56%)	p=0,962
Entourage peu ou pas favorable à l'allaitement			
	n=62	n=61	
Oui	1 (1,61%)	0 (0%)	p=0,319
Non	61 (98,39%)	61 (100%)	
Durée souhaitée de l'allaitement			
	n=62	n=59	
< 1 mois	1 (1,61%)	0 (0%)	p=0,225
1 à 2 mois	12 (19,35%)	17 (28,81%)	
3 à 4 mois	18 (29,03%)	17 (28,81%)	
5 à 6 mois	11 (17,74%)	16 (27,12%)	
> 6 mois	6 (9,28%)	3 (5,08%)	
Ne sait pas	14 (22,58%)	6 (10,17%)	
Reprise d'une activité			
	n=63	n=60	
Oui	62 (98,41%)	56 (93,33%)	p=0,154
Non	1 (1,59%)	4 (6,67%)	
Délai de la reprise			
	n=62	n=56	
< 1 mois	1 (1,61%)	0 (0%)	p=0,580
1 à 2 mois	14 (22,58%)	8 (14,29%)	
3 à 4 mois	30 (48,39%)	34 (60,71%)	
5 à 6 mois	5 (8,06%)	5 (8,93%)	
> 6 mois	10 (16,13%)	6 (10,71%)	
Non précisé	2 (3,23%)	3 (5,36%)	

Le contexte de l'allaitement n'a pas de lien significatif avec le fait de compléter ou non l'enfant durant le séjour.

Caractéristiques des patientes	Complément(s) n (%)	Pas de complément n (%)	
Le séjour à la maternité			
Tétée en salle de naissance ou de réveil	n=63	n=61	
Oui	54 (85,71%)	58 (95,08%)	p=0,078
Non	9 (14,29%)	3 (4,92%)	
Aide reçue pour la 1^{ère} tétée quelque soit le lieu	n=63	n=59	
Oui	55 (87,30%)	55 (93,22%)	p=0,273
Non	8 (12,70%)	4 (6,78%)	
Utilisation d'une tétine	n=63	n=61	
Oui	27 (42,86%)	14 (22,95%)	p=0,018
Non	36 (57,14%)	47 (77,05%)	
Utilisation de bouts de seins	n=62	n=61	
Oui	27 (43,55%)	18 (29,51%)	p=0,106
Non	35 (56,45%)	43 (70,49%)	
Catégorie de perte de poids	n=59	n=60	
< -5,99%	27 (45,76%)	18 (30%)	p=0,210
-6 à -7,99%	17 (28,81%)	28 (46,67%)	
-8 à -9,99%	11 (18,64%)	10 (16,67%)	
>-10% (pathologique)	4 (6,78%)	4 (6,67%)	
Complications de l'allaitement	n=62	n=59	
Oui	42 (67,74%)	46 (77,97%)	p=0,207
Non	20 (32,26%)	13 (22,03%)	
Type de complication	n=62	n=59	
Douleurs	39 (62,90%)	37 (62,71%)	p=0,983
Crevasses	14 (22,58%)	11 (18,64%)	p=0,593
Engorgement mammaire	5 (8,06%)	13 (22,03%)	p=0,031
Explications du positionnement de l'enfant au sein	n=63	n=61	
Oui	63 (100%)	60 (98,36%)	p=0,308
Non	0 (0%)	1 (1,64%)	
Plusieurs positions d'allaitement montrées	n=63	n=61	
Oui	56 (88,89%)	58 (95,08%)	p=0,205
Non	7 (11,11%)	3 (4,92%)	
Nombre de tétées préconisées par 24h	n=42	n=39	
4 à 6 tétées	2 (4,76%)	3 (7,69%)	p=0,232
6 à 8 tétées	17 (40,48%)	22 (56,41%)	
8 à 12 tétées	23 (54,76%)	14 (35,90%)	
Délai minimum entre deux tétées préconisé	n=63	n=60	
Oui	3 (4,76%)	3 (5%)	p=0,951
Non	60 (95,24%)	57 (95%)	
Explications des signes d'éveil du nouveau-né	n=63	n=61	
Oui	28 (44,44%)	26 (42,62%)	p=0,838
Non	35 (55,56%)	35 (57,38%)	
Explications des signes d'un allaitement efficace	n=63	n=60	
Oui	30 (47,62%)	36 (60%)	p=0,169
Non	33 (52,38%)	24 (40%)	

Il existe une liaison significative entre l'utilisation d'une tétine pour son enfant et l'introduction de complément(s) (p=0,018).

Nous retrouvons significativement plus d'engorgements mammaires dans le groupe des enfants non complémentés ($p=0,031$).

Nous ne constatons pas de lien entre la perte de poids initiale de l'enfant et l'introduction de compléments ($p=0,210$).

Caractéristiques des patientes	Complément(s) n (%)	Pas de complément n (%)	
Aide des soignants adaptée	n=62	n=60	
Oui	60 (96,77%)	59 (98,33%)	$p=0,578$
Non	2 (3,23%)	1 (1,67%)	
Information suffisante	n=57	n=57	
Oui	51 (89,47%)	53 (92,98%)	$p=0,508$
Non	6 (10,53%)	4 (7,02%)	
Présence des soignants suffisante	n=61	n=58	
Oui	59 (96,72%)	58 (100%)	$p=0,164$
Non	2 (3,28%)	0 (0%)	
Qualificatif du début d'allaitement	n=50	n=50	
Positif	27 (54%)	33 (66%)	$p=0,221$
Négatif	23 (46%)	17 (34%)	
Confiance en soi de la patiente	n=62	n=61	
Très confiante ou confiante	56 (90,32%)	55 (90,16%)	$p=0,976$
Peu ou pas confiante	6 (9,68%)	6 (9,84%)	

Il n'existe pas de liaison significative entre l'aide apportée, l'information ou bien la présence des soignants et l'introduction de compléments durant le séjour ($p>0,05$).

De même, nous ne retrouvons pas de lien significatif entre l'introduction de compléments et le qualificatif du début d'allaitement ou encore la confiance en soi de la patiente ($p>0,05$).

3.2 Résultats du questionnaire destiné aux bénévoles.

Les résultats portent sur 27 questionnaires. Les commentaires laissés par les bénévoles ont été insérés en annexe. (Annexes IV et V).

3.2.1 Les renseignements généraux

Caractéristiques des bénévoles (effectifs)	n	%
Age (n=27)		
<20 ans	0	0
20-29 ans	3	11,11
30-39 ans	20	74,07
>40 ans	4	14,81
Information reçue adaptée à la situation et aux désirs de la femme durant le premier allaitement. (n=27)		
Complètement	0	0
Oui, dans l'ensemble	16	59,26
Pas vraiment	6	22,22
Pas du tout	5	18,52
Qualificatif de la première expérience d'allaitement. (n=27)		
Simple	13	48,15
Gratifiant	11	40,74
Total des termes positifs	24	88,89
Difficile	3	11,11
Angoissant	0	0
Total des termes négatifs	3	11,11
Durée totale en mois des allaitements à la date du questionnaire (effectifs)	Moyenne +/- SD	[Min ; Max]
Premier allaitement (n=27)	14,63 +/- 10,63	[1 ; 48]
Deuxième allaitement (n=20)	18,5 +/- 10,85	[1 ; 48]
Troisième allaitement (n=10)	27,4 +/- 13,38	[5 ; 43]
Quatrième allaitement (n=4)	32 +/- 33,62	[5 ; 78]
Cinquième allaitement (n=1)	34	
Raison du bénévolat (n=26)¹	n	%
« Vous avez manqué d'informations lorsque vous allaitiez et vous souhaitez mieux informer les femmes allaitantes. »	10	38,46
« Vous avez eu des difficultés avec votre propre allaitement et vous souhaitez aider les femmes pouvant traverser les mêmes obstacles. »	7	26,92
« Vous avez trouvé votre expérience d'allaitement extraordinaire, et vous voulez la partager. »	7	26,92
« Vous souhaitez rencontrer des femmes ayant les mêmes idéaux que vous sur l'allaitement et échanger. »	2	7,69

¹ Une seule réponse possible. Un questionnaire a été exclu, deux réponses ayant été cochées.

Il existe une différence significative entre le ressenti des mères primipares et celui des bénévoles quant à l'information reçue ($p < 0,0001$). Aucune bénévole dit avoir reçu une information complètement adaptée lors de son premier allaitement contre

44,35% des mères durant leur séjour. A l'inverse, aucune mère dit avoir reçu une information pas du tout adaptée alors que 18,52% des bénévoles le pensent.

Nous constatons que 65,38% des bénévoles donnent comme raison à leur bénévolat un manque d'informations ou des difficultés lors de leur(s) propre(s) allaitement(s).

La médiane de durée pour le premier allaitement est de 12 mois. Elle est de 18,5 mois pour le deuxième allaitement, 28 mois pour le troisième et de 22,5 mois pour le quatrième allaitement.

3.2.2 Le rôle au sein de l'association.

Le bénévolat (effectifs)		n	%
Durée du bénévolat à la date du questionnaire (n=27)			
< 3mois		2	7,41
4-11 mois		7	25,93
1-5 ans		14	51,85
> 5 ans		4	14,81
Formation dans le soutien à l'allaitement (n=27)			
Oui		21	77,78
Non		6	22,22
Si formation, effectuée par : (n=21)			
Une autre personne de l'association		4	19,05
Un organisme spécialisé		9	42,86
Autre ¹		7	33,33
Non précisé		1	4,76
Sentiment d'être suffisamment formé pour animer des réunions ou répondre à des appels téléphoniques. (n=26)			
Complètement		4	15,38
Oui, dans l'ensemble		19	73,08
Pas vraiment		2	7,69
Pas du tout		1	3,85

¹ Autre : un médecin spécialisé en lactation pour les 7 personnes.

Cinq bénévoles sur les six n'ayant pas reçu de formation le sont depuis moins d'un an.

88,46% se sentent suffisamment formées - complètement ou dans l'ensemble - pour animer des réunions ou répondre à des appels téléphoniques. Sur les cinq bénévoles n'ayant pas reçu de formation et ayant répondu à cette question, quatre se sentent dans l'ensemble suffisamment formées pour animer des réunions ou répondre à des appels téléphoniques.

3.2.3 Les femmes ayant recours à l'association.

La question n°9 concernant le classement par fréquence d'application des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel a été éliminée, 13 personnes seulement (48,15%) ayant répondu en suivant les consignes.

Niveau d'influence négative sur la durée de l'allaitement de facteurs associés à un arrêt précoce de l'allaitement

Facteur de risque (effectifs)	Pas d'influence n (%)	Peu d'influence n (%)	Moyennement d'influence n (%)	Beaucoup d'influence n (%)
Ne pas avoir été soi-même allaité (n=27)	4 (14,81)	10 (37,04)	9 (33,33)	4 (14,81)
Etre fumeuse (n=26)	0 (0)	7 (26,92)	13 (50)	6 (23,08)
Avoir fait une chirurgie mammaire (n=27)	2 (7,41)	3 (11,11)	7 (25,93)	15 (55,56)
Avoir une obésité (n=26)	10 (38,46)	7 (26,92)	6 (23,08)	3 (11,54)
Avoir un mauvais vécu de l'accouchement (n=27)	1 (3,70)	6 (22,22)	11 (40,74)	9 (33,33)
Avoir eu un accouchement déclenché (n=27)	5 (18,52)	10 (37,04)	10 (37,04)	2 (7,41)
Avoir eu une césarienne (n=27)	0 (0)	9 (33,33)	13 (48,15)	5 (18,52)
Avoir eu une hémorragie de la délivrance (n=27)	1 (3,70)	8 (29,63)	12 (44,44)	6 (22,22)
Ne pas avoir de soutien de la part du père (n=27)	0 (0)	0 (0)	4 (14,81)	23 (85,19)
Ne pas avoir de soutien de la part de l'entourage (n=27)	0 (0)	1 (3,70)	5 (18,52)	21 (77,78)
Reprendre rapidement une activité professionnelle (n=27)	0 (0)	0 (0)	8 (29,63)	19 (70,37)
Utiliser des bouts de seins à chaque tétée (n=27)	1 (3,70)	0 (0)	18 (66,67)	8 (29,63)
Avoir un enfant ayant une perte de poids initiale importante (n=27)	1 (3,70)	3 (11,11)	11 (40,74)	12 (44,44)
Avoir des complications de l'allaitement dès la maternité (n=27)	0 (0)	0 (0)	8 (29,63)	19 (70,37)
Avoir peu ou pas confiance en soi (n=27)	0 (0)	0 (0)	9 (33,33)	18 (66,67)

Les facteurs de risque d'allaitement écourté ayant le plus d'influence négative sur la durée de l'allaitement, selon les bénévoles, sont : le fait de ne pas avoir de soutien de la part du père, de reprendre rapidement une activité professionnelle, d'avoir des complications de l'allaitement dès la maternité et de n'avoir peu ou pas confiance en soi. Pour ces items, aucune bénévole n'a choisi « peu » ou « pas » d'influence. Ensuite,

viennent le fait de ne pas avoir de soutien de la part de l'entourage et celui d'utiliser des bouts de seins à chaque tétée : 96,30% des bénévoles pensent que ces items ont moyennement ou beaucoup d'influence sur la durée de l'allaitement.

En revanche, 65,38% d'entre elles pensent qu'avoir une obésité n'a pas ou peu d'influence sur la durée de l'allaitement, de même que 55,56% pour le fait d'avoir eu un accouchement déclenché et 51,85% pour ne pas avoir été soi-même allaité.

Facteurs associés à un arrêt précoce de l'allaitement (effectifs)		n	%
Facilité pour les bénévoles de repérer les femmes en possédant. (n=27)			
	Très facile	1	3,70
	Facile	18	66,67
	Peu facile	5	18,52
	Pas du tout facile	3	11,11
La majorité des femmes faisant appel à l'association en possèdent. (n=27)			
	Oui	8	29,63
	Non	19	70,37

70,37% des bénévoles trouvent très facile ou facile de repérer les femmes possédant des facteurs associés à un arrêt précoce de l'allaitement. Elles sont autant à penser que la majorité des femmes faisant appel à une association de soutien à l'allaitement ne possède pas ces facteurs de risque.

Motifs de contact auprès de l'association (n=19)		n	%
<i>Trois réponses maximum possibles¹</i>			
	Enfant ne prenant pas suffisamment de poids, sentiment de manque de lait	16	84,21
	Questions concernant le rythme ou les pleurs de leur bébé	13	68,42
	Questions concernant la reprise d'une activité professionnelle	9	47,37
	Femme anxieuse autour de l'allaitement	6	31,58
	Problèmes de seins (crevasses, mastite)	5	26,32
	Questions concernant le relai de l'allaitement par des biberons	4	21,03
	Questions sur l'introduction d'une alimentation diversifiée	2	10,53
	Questions sur la prise de médicaments	1	5,26
	Questions concernant les positions d'allaitement	0	0
Recours en cas de difficultés à répondre à une femme (n=27)		n	%
<i>Une seule réponse possible</i>			
	« Vous lui conseillez de consulter une conseillère en lactation. »	12	44,44
	« Vous lui demandez de revenir vers vous plus tard, le temps de vous renseigner de votre côté auprès de professionnels. »	8	29,63
	« Vous lui conseillez de consulter un pédiatre. »	4	14,81
	« Vous lui demandez de revenir vers vous plus tard, le temps de vous renseigner de votre côté auprès d'autres mères bénévoles. »	3	11,11
	« Vous lui conseillez de consulter son médecin généraliste. »	0	0
	« Vous lui conseillez de contacter la maternité où elle a accouché. »	0	0

¹ Les questionnaires ayant plus de trois items cochés ont été exclus pour cette question (n=8)

4. Discussion

L'objectif de notre étude était de mettre en évidence certains obstacles empêchant les femmes de concrétiser leur projet de durée d'allaitement.

Nous avons supposé que pendant leur séjour à la maternité, les femmes allaitantes recevaient des informations peu adaptées à leur profil, et que plus elles possédaient de facteurs de risque d'allaitement écourté, moins les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel leur étaient proposées. Nous avons également suggéré que ces dix conditions, ainsi que les facteurs de risque d'un arrêt précoce de l'allaitement ne sont pas forcément bien connus des bénévoles des associations de soutien à l'allaitement. Ces associations étant l'un des recours possibles à la sortie de la maternité en cas de difficultés d'allaitement.

L'analyse de nos résultats nous permet de dresser un portrait des primipares allaitantes au Centre Hospitalier du Belvédère à travers l'étude des facteurs de risque d'allaitement écourté.

Ainsi, 95% de notre population reprend une activité professionnelle. Bonet, dans une étude de 2003 sur un échantillon national représentatif des naissances de 13 186 enfants, trouve un taux d'emploi de 63,5% dans sa population de femmes allaitant exclusivement en maternité (8). Nous retrouvons ici une caractéristique du Centre Hospitalier du Belvédère, où les patientes présentent généralement un niveau socio-économique élevé (47).

20% des mères de notre étude ont un indice de masse corporelle (IMC) en début de grossesse supérieur à 25, alors que 31% des patientes accouchant au Centre Hospitalier du Belvédère en 2010 avaient cet IMC (47). Nous pouvons expliquer cette différence par le fait que les mères en surpoids ou obèses ont tendance à moins choisir d'allaiter leur enfant que les mères ayant un IMC normal. Le rapport au corps semble être un frein : la pudeur est souvent évoquée comme obstacle à l'allaitement chez ces femmes (20). De plus, pour celles qui choisissent d'allaiter leur enfant, l'obésité maternelle diminue la durée de l'allaitement exclusif (20, 45).

Concernant les femmes fumeuses, elles représentent seulement 5% de notre population totale. Dans la littérature, environ 18% des femmes sont fumeuses au moment de leur accouchement (18). Nous pouvons peut-être expliquer cette différence par le fait que les femmes fumeuses préfèrent également moins souvent allaiter leur enfant (29). Cela serait-il dû à un manque d'informations concernant le tabac et l'allaitement, ou encore à une culpabilité de ces femmes fumeuses ? Une seule patiente déclare fumer plus de dix cigarettes par jour. Dans son étude, Lui retrouve associé significativement à un arrêt précoce de l'allaitement un tabagisme persistant en période périnatale, ainsi qu'un tabagisme supérieur à dix cigarettes par jour (22).

Seulement 6% des nouveau-nés ont une perte de poids pathologique pendant le séjour, contre 10% dans l'enquête du réseau des Pays de la Loire (45) et 12% dans l'étude de Dewey (13) qui regroupent des enfants de femmes primipares et multipares. Pourtant, diverses études retrouvent une perte de poids pathologique significativement associée à la primiparité (13, 27). Ainsi, notre population étant en elle-même plus à risque de perte de poids pathologique, nous pouvons considérer ce chiffre comme peu élevé. De plus, nous n'avons pas mis en évidence de significativité entre une perte de poids supérieure à 10% et la possession par la mère d'un autre facteur de risque d'allaitement écourté, notamment un accouchement par césarienne. Pourtant, Michel retrouve dans son étude, en plus de la primiparité, la césarienne, liée à une perte de poids pathologique en maternité (27).

36% des primipares interrogées utilisent des bouts de seins pour les tétées. L'étude de Cordier-Vatin retrouve ce même taux d'utilisation de bouts de seins chez les femmes (primipares et multipares confondues) se rendant à la consultation allaitement, avec dans 53% des cas, un usage délétère à l'allaitement (47). Ce taux paraît élevé comparé à l'étude menée dans les Pays de la Loire, qui retrouve 19% de recours aux bouts de seins en maternité (45). Finalement, il aurait été intéressant de connaître le nombre de patientes possédant une ou des indications à l'utilisation de bouts de seins, afin d'évaluer les pratiques autour de son utilisation.

Si nous regardons les complications de l'allaitement à la maternité, 62% des patientes ont ressenti des douleurs, 20% ont eu des crevasses et 14% un engorgement. Seulement 27% des primipares déclarent n'avoir eu aucune complication de l'allaitement. Nous remarquons que la présence de complications de l'allaitement pendant le séjour affecte de façon significative le vécu des patientes ($p=0,006$).

Cependant, une revue de la littérature précise que les femmes ayant rencontré des difficultés durant la première semaine d'allaitement, mais les ayant surmonté et ayant poursuivi l'allaitement ressentent ensuite un plus grand sentiment d'auto-efficacité (29). Dans notre population, du fait des critères d'exclusion, toutes les patientes ayant rencontré des complications pendant leur séjour sont néanmoins sorties de la maternité en continuant d'allaiter, ce qui semble être un élément plutôt positif quant à la prolongation de l'allaitement. Malgré cela, nous voyons que les femmes jugeant de façon négative leur début d'allaitement sont significativement moins confiantes que les autres ($p < 0,001$). Au final, 90% des mères sortent de la maternité en ayant confiance en elles. Peut-on relier ce très bon taux à la prise en charge de ces primipares allaitantes pendant leur séjour, leur permettant de sortir confiantes quant à leur allaitement ?

Concernant le séjour en maternité, nous nous sommes basés sur les données de l'HAS (51, 58) ainsi que sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS et l'UNICEF (Annexe I), afin d'apprécier la prise en charge.

Les recommandations proposent de réaliser une tétée précoce, en salle de naissance avec l'aide du personnel soignant. 90% des nouveau-nés ont pu téter en salle de naissance. Il existe une liaison significative entre le mode d'accouchement et la réalisation d'une tétée précoce ($p = 0,004$). Ainsi, les enfants nés par césarienne et par voie basse instrumentale ont tendance à moins téter en salle de naissance. Notons que 87% des patientes ayant réalisé une tétée en salle de naissance ont été accompagnées par des soignants.

Nous avons également cherché à savoir si les mères étaient suffisamment entourées concernant le démarrage de leur allaitement. Ainsi, 90% des femmes ont bénéficié d'une aide pour la première tétée, qu'elle ait eu lieu en salle de naissance, ou dans la chambre. 99% ont eu des explications sur le bon positionnement de leur enfant au sein. Ces explications semblent être retenues par la plupart des mères. En effet 70,84% de celles qui ont eu une information sur le positionnement n'ont aucune ou une seule mauvaise réponse à la question sur ce sujet. De plus, 91% des patientes ont appris plusieurs positions d'allaitement en maternité. Cette prise en charge active autour de ce thème semble se répercuter sur la suite de l'allaitement : aucune bénévoles dans les associations de soutien à l'allaitement ne mentionne les questions sur les positions d'allaitement comme motif de contact auprès de l'association. De même, dans l'étude

de Vatinel sur les motifs des messages sur l'adresse mail de soutien à l'allaitement du Centre Hospitalier du Belvédère, un seul message sur les 152 étudiés questionne sur ce sujet (46). Notons cependant que seulement 9% des patientes savent que leur enfant doit légèrement pencher la tête en arrière pour prendre le sein. De plus, il n'existe pas de liaison significative entre le nombre de bonnes réponses sur le bon positionnement de l'enfant au sein et la survenue de complications de l'allaitement. Ainsi, même si les mères ont des connaissances, la mise en application de celles-ci ne semble pas simple. D'ailleurs il est retrouvé 20% de mauvais positionnement de l'enfant au sein lors de consultations allaitement par la suite (47). Nous pouvons penser que les associations de soutien à l'allaitement ont un rôle à jouer dans ce cas. En effet, dans une culture forte de non-allaitement, il n'est pas rare que les jeunes mères primipares n'aient jamais ou que peu vu un enfant au sein. Ainsi, comme le dit R. Duché-Bancel : « Il y a dans les groupes de mères autant de messages verbaux que de messages non verbaux. Une future mère y voit des femmes allaiter : elle assimile les bons gestes, les bons rythmes, elle apprend qu'on peut allaiter discrètement... » (15). Les bénévoles interrogées rappellent également à travers leur première expérience d'allaitement qu'ils leur manquaient un contact avec d'autres mères allaitantes (Annexe IV).

La huitième condition pour le succès de l'allaitement maternel est d' « encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant » (64). Ainsi, 95% des mères n'ont pas eu de consigne en terme de délai minimum entre deux tétées. Ego montre que cette pratique est significativement associée à un sevrage prématuré (16). De plus, dans notre étude, elle est significativement associée à une perte de poids pathologique ($p=0,008$). Nous voyons donc l'intérêt d'encourager les soignants à continuer cette pratique. En revanche, pour 54% des femmes, il a été préconisé un nombre de tétées inférieur à 8-12 par 24 heures. Nous regrettons la formulation des choix possibles dans le questionnaire, pouvant entraîner un biais dans les réponses de par leurs chevauchements. Cependant, en regardant les réponses concernant la connaissance des signes d'un allaitement efficace, seulement 12% des mères à qui ces signes ont été expliqués savent que le fait que leur enfant demande à téter plus de huit fois par jour est normal. Dans son étude sur un groupe de mères allaitantes et non allaitantes, Zakrzewski montre que la majorité des femmes pensent qu'un nouveau-né mange six à huit fois par jour (49). 48% des mères de notre population ont eu ce même nombre de tétées préconisées par jour. Enfin, il paraît important que ces mères soient informées des signes d'éveils du nouveau-né (51). Nous nous apercevons que 56% des

femmes n'ont pas eu d'explications concernant ces signes. De plus, 50% de celles qui ont une explication, associent aux signes d'éveils les pleurs, alors qu'il est dans ce cas déjà trop tard pour proposer une tétée de façon sereine.

Nous retrouvons 50% des enfants complémentés durant le séjour. Ce taux semble élevé comparé à ceux retrouvés dans d'autres études et mentionnant 19 à 20% de compléments (27, 45). Plusieurs études montrent que le recours à des compléments entraîne une diminution de la durée de l'allaitement et serait également à l'origine d'une perte de confiance de la mère en sa capacité à allaiter (29, 57). Dans notre enquête, le fait de donner un complément n'a pas d'influence dans 58% des cas sur la confiance en la capacité à allaiter de la mère. En revanche, nous retrouvons une liaison significative entre le nombre de compléments donnés et la confiance de la mère en sa capacité à allaiter ($p=0,030$). Nous avons cherché à savoir quelles pouvaient être les raisons de ces compléments, en se rappelant que notre population n'est composée que de nourrissons nés à terme, eutrophes et sans pathologie néonatale entraînant un frein à l'allaitement. Nous avons comparé les mères dont les enfants n'ont pas reçus de compléments à celles dont les enfants en ont reçu au moins un. Nous retrouvons significativement plus de dons de compléments lorsque le travail a été déclenché ($p=0,036$), ainsi que lorsqu'il y a eu une extraction instrumentale ($p=0,047$). Parallèlement, Dewey montre qu'un retard de la montée de lait est significativement associé à un accouchement instrumental ou à une césarienne en urgence (13). Elle trouve également une association entre un retard de montée de lait et une direction médicamenteuse du travail, de même qu'un travail long (13). Un retard de la montée de lait a tendance à aggraver la perte de poids, justifiant alors le recours à des compléments d'indication médicale (57). Néanmoins, nous ne trouvons pas de différence significative entre une perte de poids pathologique et un déclenchement ou le mode d'accouchement. Nous pouvons supposer que l'indication de complément est alors posée dans ces deux cas devant le diagnostic par le personnel soignant d'un retard de montée de lait, évitant une perte de poids supérieure à 10%. En revanche, alors qu'un IMC supérieur à 27 est significativement associé à un retard de montée de lait et à une perte de poids supérieure à 10% dans cette même étude réalisée par Dewey (13), nous ne retrouvons pas de lien significatif dans notre population entre perte de poids pathologique et classes d'IMC, ni entre don de complément et classes d'IMC. Il existe cependant une tendance : 17% des compléments sont donnés à un enfant dont la mère est en surpoids, alors que les femmes en surpoids ne représentent que 8% de la population sans compléments. Ensuite, nous retrouvons significativement

moins d'engorgements mammaires dans le groupe des enfants complémentés ($p=0,031$). L'utilisation de compléments pouvant entraîner des engorgements, mais n'étant surtout pas le traitement d'un engorgement, ce lien peut nous amener à émettre deux hypothèses : la prise en charge d'un engorgement durant le séjour semble être cohérente avec le fait de ne pas apporter de compléments dans ce cas et le don de complément ne semble pas iatrogène sur ce point, à l'inverse de ce que suggèrent certaines études (51, 57). Contrairement à ce que nous imaginions, nous ne retrouvons pas de lien significatif entre la perte de poids initiale de l'enfant et le don de compléments. Pourtant Michel a mis en évidence une association significative entre une perte de poids supérieure à 10% et l'administration de compléments (27). L'Academy of Breastfeeding Medicine donne d'ailleurs comme indication possible à des compléments une perte de poids supérieure à 8-10% associée un retard de montée de lait (50). La perte de poids supérieure à 10% avec des signes de déshydratation et/ou un ictère est aussi généralement admise comme indication (57). Ainsi, nous pouvons supposer que les soignants se basent sur d'autres critères que la perte de poids pour le don de compléments. Il serait donc intéressant de connaître ces critères, afin de trouver des pistes permettant la diminution du nombre d'enfants complémentés en maternité. Un dernier lien significatif avec le don de complément, est l'utilisation d'une tétine pour l'enfant ($p=0,018$). Ce lien peut s'expliquer par le fait que l'utilisation d'une tétine serait à l'origine de tétées moins fréquentes et plus courtes (37). L'introduction précoce d'une tétine est aussi associée à un sevrage plus précoce, comme l'ont démontré plusieurs études (16, 21, 37).

C'est pour cela que la neuvième condition pour le succès de l'allaitement maternel indique de « ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette » (64). 33% des enfants dans notre population ont une tétine pendant le séjour. Bien sûr, le souhait de donner une tétine ou non à son enfant est un choix parental. Cependant, ce taux pourrait peut-être être réduit si tous les parents pouvaient bénéficier d'une information éclairée quant à cette pratique. En revanche, 25% des compléments sont donnés au biberon. Dans ce cas, ce taux pourrait être fortement diminué en encourageant l'utilisation d'autres techniques pour le don de compléments. Surtout que dans notre population, le don de complément par biberon entraîne significativement plus de douleurs ($p=0,015$) et de crevasses ($p=0,003$) lors des tétées. Cela peut être lié à l'interférence existant entre l'usage d'un biberon et l'apprentissage de la succion au sein (51). Notons malgré tout une utilisation de la paille au sein dans 16% des dons de compléments. Cette technique semble la plus physiologique quand l'introduction de

compléments est médicalement nécessaire. Il paraît donc important de souligner l'effort fait dans ce sens de la part des soignants, et de les encourager à augmenter cette pratique.

Ainsi, le Centre Hospitalier du Belvédère s'efforce d'adopter une politique favorable à l'allaitement. Il propose des consultations d'aide à l'allaitement et met à disposition des patientes sortantes de la maternité une adresse mail dédiée à l'allaitement. A travers cette enquête, nous constatons que le personnel soignant semble adhérer à cette politique et s'efforce de mettre en place, au long du séjour, des pratiques inspirées des dix conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS. Cela s'en ressent auprès de la satisfaction des patientes, vu qu'elles sont 98% à trouver que les soignants sont suffisamment présents auprès d'elles, 97% qu'ils leur apportent une aide adaptée et enfin 91% qu'ils les informent suffisamment.

95% de notre population affirme avoir reçu des informations pendant leur séjour, complètement ou dans l'ensemble, adaptées à leur situation et à leurs désirs concernant l'allaitement maternel. Il semble donc que notre première hypothèse, suggérant que les femmes allaitantes reçoivent des informations peu adaptées à leur profil, lors de leur séjour en maternité, pour concrétiser leur projet d'allaitement dans la durée, soit infirmée. Cependant, nous pouvons pondérer ce fait en observant que si ces femmes sont effectivement bien informées sur certains points (positionnement de l'enfant au sein, positions d'allaitement, pas de tétées programmées...), il existe une lacune dans l'information sur d'autres thèmes : signes d'éveils, nombre de tétées par vingt-quatre heures, « jours de pointe », par exemple. Le niveau de connaissance des mères est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue (29). Par conséquent, même si ces informations ne semblent pas manquer aux mères dans l'immédiat à la sortie de la maternité, elles paraissent importantes à connaître pour la suite de l'allaitement. D'ailleurs les motifs les plus fréquents de contact auprès des associations de soutien à l'allaitement, que sont un sentiment de manque de lait ou un problème de prise de poids (pour 84% des bénévoles interrogées), suivi de questions sur les pleurs ou le rythme de l'enfant (pour 68% des bénévoles interrogées), correspondent à ces thèmes. Il est retrouvé ces mêmes motifs de contact dans les mails envoyés à l'adresse dédiée de l'hôpital (46).

Notre seconde hypothèse qui était : plus les femmes possèdent de facteurs de risque d'arrêt précoce de l'allaitement, moins les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel sont appliquées, est aussi infirmée. En effet, il n'existe pas de relation significative entre possession de facteurs de risque d'allaitement écourté et application des conditions pour le succès de l'allaitement maternel ($p=0,444$).

Nous souhaitons également approcher la prise en charge de ces femmes à leur sortie de maternité. Nous avons donc voulu connaître quel recours allaient préférentiellement utiliser ces mères en cas de difficultés d'allaitement à leur retour à domicile. Ce sont les services de PMI et le médecin traitant qui reviennent le plus fréquemment parmi les propositions (respectivement 57% et 51%). Notons que l'adresse mail de soutien à l'allaitement semble être appréciée des femmes, car 37% des patientes pensent l'utiliser en cas de difficultés. Alors que la dernière condition pour le succès de l'allaitement maternel stipule d'adresser les mères aux associations de soutien à l'allaitement à la sortie de la maternité, cette alternative n'arrive qu'en cinquième position dans notre population (64). En effet, seulement 21% des femmes l'ont choisi comme recours en cas de difficultés. Nous remarquons également que c'est la seule proposition ayant une relation significative avec la durée souhaitée de l'allaitement ($p=0,014$) : les mères ayant choisi ce recours souhaitent allaiter significativement plus longtemps que les autres. Nous nous sommes finalement demandé si les recours choisis étaient adaptés lorsqu'une femme rencontre une difficulté dans son allaitement.

Concernant le médecin traitant, une thèse sur les compétences des médecins généralistes en matière d'allaitement, révèle que plus d'un tiers des médecins interrogés préconisent d'emblée une introduction de compléments face à une insuffisance de lait (48), qui est rappelons-le, le motif le plus fréquent de contact des femmes que ce soit auprès des associations que de l'adresse mail (46). Plus de la moitié d'entre eux ne connaissent pas les règles de conservation du lait de mère, information pouvant être utile à délivrer au moment de la reprise d'une activité professionnelle (48). Surtout que les questions concernant la reprise d'une activité professionnelle sont choisies par 47% des bénévoles interrogées, comme motif de contact auprès de leurs associations. Ainsi, il semble que le médecin traitant, en l'absence de formation complémentaire sur l'allaitement, ne soit peut-être pas le plus à même de répondre aux interrogations des femmes allaitantes ou aux difficultés d'allaitement.

En ce qui concerne l'accompagnement de l'allaitement maternel en PMI, la pesée hebdomadaire du premier mois peut permettre de créer une relation de confiance entre les mères et la puéricultrice. Celle-ci peut alors, lors des consultations, évaluer le déroulement de l'allaitement, repérer certaines difficultés et informer les femmes selon leurs besoins. De plus certaines PMI proposent maintenant des consultations d'allaitement. Dans un article sur le soutien de l'allaitement en PMI, M. Courdent précise que « à côté du soutien que peuvent apporter les professionnels de santé, les mères pourront tirer un grand profit à se plonger dans des mini-sociétés où l'allaitement est la norme ... » (12).

Ainsi, nous pouvons nous demander pourquoi moins d'un quart de notre population choisi les associations de soutien à l'allaitement comme recours en cas de difficultés d'allaitement, et majoritairement des femmes avec un projet d'allaitement plus long que les autres ? Une piste peut être amenée par G. Sandre-Pereira, concernant l'historique de la Leche League, la plus importante association de soutien à l'allaitement. En effet, selon elle, la philosophie de cette association se base sur une approche naturaliste de la maternité (36). Il apparaît que les bénévoles des associations de soutien à l'allaitement ont des expériences d'allaitement longues, et surtout bien plus élevées que le souhait de durée d'allaitement des mères en maternité. De plus, si l'on analyse le profil de notre population de primipares, celles-ci entrent volontiers dans un modèle d'allaitement « savant ». Nous rencontrons ce modèle plus fréquemment chez les femmes ayant un niveau socio-économique plutôt élevé, et ayant réalisé des études supérieures, population retrouvée en grande majorité au sein du Centre Hospitalier du Belvédère (46). Les mères, dans ce modèle, basent leur choix d'allaitement sur des critères scientifiques relevant de la santé de l'enfant mais aussi de la construction du lien mère-enfant (17), ce qui est le cas de notre population : 97% citent les bénéfices nutritionnels pour l'enfant comme motivation à leur choix d'allaitement, 89% choisissent le lien affectif avec l'enfant. Ainsi, elles sont à l'opposé du modèle dit « populaire », qui lui est caractérisé par un allaitement de longue durée, où l'allaitement est vécu comme un acte naturel (17). Finalement, même si ces groupes de mères paraissent utiles, notamment comme lieu d'écoute, comme le soulignent de nombreuses bénévoles (Annexe V), seulement un faible pourcentage de notre population y recourra, a priori.

D'ailleurs, les bénévoles déclarent à 70% que la majorité des femmes faisant appel à une association de soutien ne possèdent pas de facteurs de risque d'allaitement

écourté. Cependant, la notion de facteurs de risque d'arrêt précoce de l'allaitement semble subjective pour ces bénévoles. En effet, parmi la liste de facteurs de risque proposée, nous ne retrouvons aucune unanimité quant au niveau d'influence sur l'allaitement de ceux-ci. Nous ne pouvons cependant pas conclure sur notre troisième et dernière hypothèse : les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, ainsi que les facteurs de risque d'un arrêt précoce de l'allaitement, ne sont pas forcément bien connus des bénévoles des associations de soutien à l'allaitement. En effet, a posteriori, le questionnaire destiné aux bénévoles ne nous permet pas de répondre à cette question. Il nous a malgré tout renseigné sur d'autres sujets et permis de mieux connaître ces mères bénévoles : ce sont pour 65% d'entre elles des mères ayant elles-mêmes eu un manque d'information et/ou des difficultés pendant leur premier allaitement et sont devenues bénévoles pour cette raison. D'ailleurs, alors que les mères en maternité se trouvent bien informées sur l'allaitement, le manque d'information est un problème beaucoup évoqué par les bénévoles, que ce soit dans les commentaires (Annexe IV) ou dans les différents résultats du questionnaire. Nous remarquons également qu'elles se sont pour la majorité (77%) formées dans le soutien à l'allaitement et que pour 24 d'entre elles, sur les 27 interrogées, elles adressent les femmes à un professionnel (conseillère en lactation ou pédiatre) ou bien se renseignent auprès d'eux, si elles se trouvent en difficulté pour répondre directement à une mère.

Finalement, pour répondre à notre question initiale, nous avons pu mettre en évidence certains obstacles empêchant les mères de concrétiser leur projet d'allaitement dans la durée, idéalement de six mois selon les recommandations de l'OMS. L'information d'une part, qui bien que déjà développée durant le séjour au sein du Centre Hospitalier du Belvédère, reste sur quelques points incomplète. Cependant, nous nous adressons à des primipares, sur une période de quatre à six jours environ. Pendant ce séjour, d'autres informations, notamment de puériculture, vont être données, dans une période d'importants bouleversements psychologiques chez la mère, avec la nécessité de réajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs. Ainsi, nous pouvons nous demander si l'adjonction de nouvelles informations supplémentaires durant le séjour pourrait être bénéfique à la durée de l'allaitement. Dans une étude de Razurel sur la façon dont les mères primipares font face aux événements de la naissance dans le post-partum, les mères interrogées souhaitent être accompagnées et guidées au moment où elles en ont besoin. Celles-ci désireraient des cours en post-natal pour renforcer leurs

connaissances sur l'allaitement et le rythme de leur bébé (34). C'est là où les associations de soutien à l'allaitement pourraient trouver leur place. Finalement, nous supposons que le plus gros obstacle à la durée de l'allaitement mis en exergue par cette enquête est la culture. En effet, nous sommes toujours en France dans une culture de non-allaitement, comme le prouvent les pourcentages d'utilisation de biberons et de tétines, dans une maternité où il existe pourtant une forte motivation pour l'allaitement maternel, avec un taux de 62% d'allaitement exclusif en maternité en 2010 (47). Un autre constat peut appuyer cette hypothèse : alors 45% des mères ont été elles-mêmes allaitées et 48% des pères, la dernière raison invoquée comme motivation au choix de l'allaitement maternel est la tradition familiale. Seulement 6% de notre population ont choisi cette proposition. Les mères pourtant elles-mêmes allaitées ne considèrent donc pas cela comme une tradition familiale. Enfin, nous avons vu que la majorité des primipares ne souhaite pas une durée d'allaitement de six mois. En parallèle, 72% des patientes qui reprendront un emploi le feront entre 1 à 4 mois après leur accouchement. Nous retrouvons aussi que seulement 27% des femmes qui connaissent leur date de reprise d'activité et expriment un souhait précis de durée d'allaitement, souhaitent poursuivre leur allaitement à la reprise du travail. Alors que nous pouvions penser que cela était dû à une mauvaise connaissance en matière de droit au travail, nous constatons qu'il n'existe pas de différence significative entre le souhait de continuer à allaiter en travaillant et le niveau de connaissance des droits en matière d'allaitement ($p=0,77$). Ainsi, le fait d'arrêter d'allaiter pour la reprise du travail semble être une habitude pour ces femmes. Cependant, cette habitude pourrait évoluer si ces droits au travail étaient davantage mis en place, afin de faciliter la poursuite de l'allaitement aux femmes qui le souhaitent. Dans son rapport, le professeur Turck rapporte que les lois en vigueur à ce sujet sont mal respectées par les entreprises (66). Ainsi, certaines femmes sont peut-être, par avance, découragées de tenter l'expérience. En l'absence d'augmentation de la durée du congé post-natal, une piste pour favoriser la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail serait donc de faire respecter ces droits par les employeurs, afin qu'allaiter en travaillant puisse devenir une habitude pour la plupart des mères.

La promotion de l'allaitement maternel reste ainsi un sujet d'actualité. Nous ne pouvons qu'encourager les professionnels et les bénévoles à poursuivre leurs efforts dans l'accompagnement des mères et le soutien de l'allaitement.

CONCLUSION

Nous souhaitons, à travers cette étude, mettre en évidence certains obstacles à la durée de l'allaitement chez les mères primipares. En effet, une durée de six mois est conseillée par plusieurs instances. Pourtant peu de femmes suivront cette recommandation.

Nous avons constaté à travers notre étude que les femmes sont généralement bien informées lors de leur séjour en maternité. Elles sont d'ailleurs pour la grande majorité satisfaites de l'information reçue durant leur hospitalisation. Cependant, certains points pourraient être encore améliorés, comme l'information sur les signes d'éveil, le nombre de tétées par vingt-quatre heures, ou encore sur la notion des « jours de pointe ».

Le personnel soignant semble adhérer à la politique favorable à l'allaitement menée par le Centre Hospitalier du Belvédère. En effet, leurs pratiques sont, en majorité, en accord avec les dix conditions pour le succès de l'allaitement, et cela quel que soit le nombre de facteurs de risque d'allaitement écourté possédés par la femme. Nous avons toutefois remarqué un nombre élevé de compléments durant le séjour. Une évaluation des pratiques professionnelles sur ce point pourrait aider à trouver des pistes permettant la diminution du nombre d'enfants complémentés.

Les bénévoles dans les associations de soutien à l'allaitement sont en majorité des mères ayant elles-mêmes rencontré des difficultés lors de leur premier allaitement ou ayant manqué d'information. La plupart de ces bénévoles se sont formées dans le soutien à l'allaitement et ont recours à un professionnel en cas de difficultés pour répondre à une mère. Ainsi, ces associations paraissent avoir leur place comme soutien possible pour les patientes à la sortie de la maternité. Pourtant, un faible nombre des primipares interrogées souhaiteraient y recourir.

Nous avons donc montré que la prise en charge de l'allaitement en maternité, auprès des mères primipares, paraît correspondre aux recommandations. Nous avons également constaté que ces mères bénéficient de plusieurs recours possibles à leur retour à domicile. Finalement, nous avons supposé que le plus gros obstacle à la durée de l'allaitement est la culture. D'ailleurs, la majorité des primipares ne souhaitent pas allaiter six mois ou plus. Il serait alors intéressant de rechercher des leviers à cet obstacle, mais aussi d'en mettre d'autres en évidence, afin que la durée de l'allaitement en France puisse se rapprocher des recommandations.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

1. DIDIERJEAN-JOUVEAU CS. – La voie lactée – L'allaitement maternel – Paris – Editions Jouvence – 1999 – 96 pages.
2. ROQUES N. – Au sein du monde – Une observation critique de la conception moderne de l'allaitement maternel en France – 2003 – Paris – Editions L'Harmattan – 2003 – 234 pages.
3. ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES – Pour un allaitement réussi – physiologie de la lactation et soutien aux mères – 1998 – Editions Masson – 99 pages.
4. THIRION M. - L'allaitement – de la naissance au sevrage – Paris – Editions Albin Michel – 1999 – 276 pages.

Articles

5. BARTICK M., REINHOLD A - The burden of suboptimal breastfeeding in the United States : a pediatric cost analysis. « Pediatrics » -2010 – vol 125 – p 1048 à 1056.
6. BELOMO DE SOUZA C – Droit d'allaitement sur le lieu de travail : peu adapté, peu pratiqué. « La santé de l'Homme » –2010 – vol 408 - p 30 à 31.
7. BIDAT E – L'allaitement protège le nourrisson de l'allergie : contre. « Revue française d'allergologie » – 2010 – vol 50- p 292 à 294.
8. BONET M., FOIX L'HELIAS L., BLONDEL B. – Allaitement exclusif et partiel en maternité : la situation en France en 2003. « Arch Pédiatr » –2008 - vol 15- p 1407 à 1415.
9. BOURMDAIRE-MIGNOT C. – La responsabilité des consultantes en lactation certifiées IBCLC. « Les dossiers de l'obstétrique » - 2009- vol 36 n°382- p 6 à 10.
10. BRUEL H., DOUVILLE S., TESSIER A., LAURENT C. – Enquête auprès des soignants des maternités du Havre sur l'utilisation des compléments au lait maternel ? « Revue de médecine périnatale » –2011 – vol 3 n°1 - p 45 à 51.

11. COCHEREAU A.- Allaitement et éthique. « Soins pédiatrie-puériculture » - 2009 n°248 - p7.
12. COURDENT M. – L’accompagnement de l’allaitement en PMI. « Spirale » - 2003 – n°27 – p 71 à 77.
13. DEWEY K., NOMMSEN-RIVERS L., HEINIG M., COHEN R. – Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. « Pediatrics » - 2003 – vol 112 – p607 à 619.
14. DIDIERJEAN JOUVEAU CS. – Histoire de l’allaitement, histoires d’allaitement. « Allaiter aujourd’hui » – 2003 - vol 54.
15. DUCHET-BANCEL R. – Sos allaitement : le rôle des groupes de mères. « Spirale » - 2003 – n°27 - p 95 à 98.
16. EGO.A, DUBOS JP., DJAVADZADEH-ANIMI M., DEPINOY MP., LOUVOT J., CODACCIONI X. – Les arrêts prématurés d’allaitement maternel. « Arch Pédiatr » -2003 – vol 10 – p 11 à 18.
17. GOJARD S. – L’allaitement, une norme sociale. « Spirale » - 2003 – n°27 – p133 à 137.
18. GRANGE G., BORGNE A., OUAZANA A., L’HUILIER JP., VALENSI P., PEIFFER G., AUBIN HJ., THOMAS D., LEBARGY F., EL HASNAOUI A. – Taux de sevrage tabagique chez la femme enceinte en fonction des trimestres. « Gynécologie Obstétrique & Fertilité » - 2006 – vol 34 – p 1126 à 1130.
19. GREMMO-FREGER G. – Allaitement maternel, l’insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. « Spirale » – 2003- n° 27-p 45 à 59.
20. HANKARD R – Obésité maternelle et allaitement. « Archives de Pédiatrie » - 2009 – vol 16 – p 565-567.
21. LABARERE J., DALLA-LANA C., SCHELSRAETE C., CALLEC M., POLVERELLI JF., FRANCOIS P. – Initiation et durée de l’allaitement maternel dans les établissements d’Aix et Chambéry. « Arch Pédiatr » – 2001 – vol 8 - p 807 à 815.

22. LUI J., ROSENBERG KD., SANDOVAL AP., Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort. « American Journal of Public Health » - 2006 – vol 96 – p 306 à 314.
23. MARCHAND-LUCAS L. – Chirurgie et allaitement. « Les Dossiers de l'allaitement » - 2004- n°60.
24. MARCHAND MC., LAURENT C., LOFGREN K. – « Initiative hôpitaux amis des bébés » : pour la qualité des soins en maternité. « La Santé de l'Homme » - 2010 – vol 408 - p 32 à 33
25. MELLIEZ H., BOELLE PY., BARON S., MOUTON Y., YAZDANPANA Y. - Mortalité, morbidité et coût des infections à rotavirus en France. « Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire » - 2005 – n°35 - p 175 à 176.
26. MEZZACAPA ES., KATKIN ES. – Breastfeeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. « Health Psychol » - 2000 – vol 21 – p 187 à 193.
27. MICHEL MP., GREMMO-FREGER G., OGER E., SIZUN J. – Etude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité : incidence et facteurs de risque. « Archives de Pédiatrie » - 2007 – vol 14 – p 454 à 460.
28. MORINAUX MF. – Allaitement exclusif : quand la connaissance des rythmes peut lever des obstacles. « Dossiers de l'allaitement » - 2009 – n° 80.
29. 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 – vol 22 - p 112 à 120.
30. PETERS E., WEHKAMP KH., FELBERBAUM R., KRUGER D., LINDER R. – Breastfeeding duration is determined by only few factors. « European Journal of Public Health » - 2005 – vol 16 n°2 – p 162 à 167.
31. PICAUD JC. – Allaitement maternel et lait maternel : quels bénéfices pour la santé de l'enfant. « Nutrition clinique et métabolisme » – 2008 – vol 22 - p 71 à 74.
32. PILLIOT M. – Le rôle des associations de soutien à l'allaitement maternel. « La Santé de l'Homme » – vol 408 - p 20.

33. PILLIOT M. – La situation de l'allaitement maternel en France. « La Santé de l'Homme » - 2010 – n°408 – p 19 à 20.
34. RAZUREL C., BENCHOUK M., BONNET J., EL ALAMA S., JARABO G., PIERRET B. – Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative. « La Revue Sage-Femme » - 2010 – vol 9 – p 240 à 249.
35. ROUSSEY M., DAGORNE M., DEFAWE G., HERVE T., BALENCON M., VENISSE A. – Actualités sur les facteurs de risque et de protection de la mort subite du nourrisson. « Archives de Pédiatrie » - 2007 – vol 14 – p 627 à 629.
36. SANDRE-PEREIRA G. – La Leche League : des femmes pour l'allaitement maternel (1956-2004). « CLIO. Histoire, femmes et sociétés » - 2005 – n°21 – p 174 à 187.
37. SCOOT J., BINNS C., ODDY W., GRAHAM K.- Predictors of breastfeeding duration : evidence from a cohort study. « Pediatrics » - 2006 - vol 117 n°4 – p 646 à 655.
38. SIRET V., CASTEL C., BOILEAU P., FOIX L'HELIAS L. – Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à six mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. « Arch Pédiatr » – 2008 – vol 15 - p 1167 à 1173.
39. TURCK D., BOCQUET A., BRESSON JL., BRIEND A. – Comité de nutrition de la Société Française de pédiatrie – Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. « Arch Pédiatr » – 2005 – vol. 12 - p 145 à 165.
40. WALBURG V., CONQUET M., CALLAHAN S., CHABROL H., SCHOLMERICH A. – Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares. « Journal de pédiatrie et de puériculture » – 2007 – vol 20 - p 114 à 117.

Documents officiels

41. Code du Travail – Partie législative nouvelle, Livre II, Titre II, Chapitre V, Section 1, Sous- section 5 : dispositions particulières à l'allaitement, Articles L 1225-30 à L 1225- 33 - version consolidée au 4 février 2011.

42. Convention relative aux droits de l'enfant – Assemblée générale des Nations Unies -
Résolution 44/25 –Article 24 – 20 novembre 1989.
43. Décret n°98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du code
de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour
nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant – 30
juillet 1998.
44. Directive 2006/141/CE de la Commission du 22 décembre 2006 concernant les
préparations pour nourrissons et les préparations de suite.- L. 401/1-33. - Journal
officiel de l'Union européenne du 30.12.2006.

Documents non publiés

Mémoires

45. LEMOINE N. – Durée de l'allaitement jusqu'à six mois dans quinze maternités des
pays de la Loire – Mémoire – école de sage-femme de Nantes – 2009.
46. VATINEL G.- Soutien à l'allaitement maternel par Internet : bilan d'une activité de
pédiatre en maternité –Mémoire pour le DIU Lactation Humaine Allaitement
Maternel – 2010.

Thèses

47. CORDIER-VATIN B. – La consultation allaitement du centre hospitalier du
Belvédère : évaluation des motifs de consultation et des prises en charge proposées à
partir d'une étude prospective prenant en compte 45 consultations. - Thèse pour
l'obtention du doctorat en médecine – Faculté mixte de médecine et de pharmacie
de Rouen. – 2011.
48. SERRE H. – Allaitement maternel et médecine générale : évaluation des
connaissances globales d'un groupe de généralistes de la région rouennaise et
impact d'une formation médicale continue – Thèse pour l'obtention du doctorat en
médecine – Université de Rouen – 2011.

49. ZAKRZEWSKI A. –Evaluation des connaissances des mères en post-partum sur le rythme veille-sommeil et l'alimentation de leurs enfants de 0 à 1 an, à propos d'une étude descriptive sur 211 questionnaires au Centre Hospitalier du Belvédère –Thèse pour l'obtention du doctorat en Médecine – Université de Rouen – 2011.

Autres sources

50. ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE PROTOCOL COMMITTEE - ABM Clinical Protocol #3: Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised. « Breastfeeding medicine » - 2009 – vol 4, n°3.
51. ANAES - Recommandations pour la pratique clinique - Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. - Mai 2002
52. CATTANEO A, MACALUSO A, DI MARIO S, RONFANI L, MATERASSI P, QUNITERO S – Protection promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action –Juin 2004
53. COFAM - « Initiative hôpitaux amis des bébés » : pour la qualité des soins en maternité. – CoFAM – disponible sur :
http://coordinationallaitement.org/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=8 – consulté en septembre 2011.
54. COLLET M, VILAIN A, sur la base des travaux de Baudet M-P. et Delaunay D. (LINCOLN) – Document de travail – Série sources et méthodes - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Juin 2010 - Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour (CS8) - Validités 2006 et 2007.
55. CO-NAITRE® - Présentation – disponible sur :
<http://www.co-naitre.net/fpresent.htm> - consulté en novembre 2011.
56. DIDIERJEAN-JOUVEAU CS. – Intervention aux 5° Entretiens de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille- 13 juin 2003 – disponible sur :
<http://www.lllfrance.org/Autres-textes-LLL/Epidemiologie-de-l-allaitement-Allaitement-et-contraception.html> - consulté en septembre 2011.

57. GREMMO-FREGER G. – A propos des données médicales de l’IHAB : Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ? – Conférence du 28 Novembre 2007 Première Journée Nationale sur l’Initiative Hôpital amis des bébés. Paris- 2007 –disponible sur :
<http://www.co-naitre.net/articles/complementsIHABGGFNov07.pdf> - consulté en janvier 2012.
58. HAS. - Favoriser l’allaitement maternel : processus - évaluation. - Juin 2006.
59. INPES - Le guide de l’allaitement maternel – Octobre 2009.
60. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE - Deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010 – Actions et Mesures – Septembre 2006.
61. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L’EMPLOI ET DE LA SANTE – Programme National Nutrition Santé 2011-2015 – Juillet 2011.
62. OMS - Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – 1981
63. OMS - Déclaration conjointe de l’OMS et de l’UNICEF d’Innocenti sur la protection, l’encouragement et le soutien à l’allaitement maternel. -1990
64. OMS - Déclaration conjointe de l’OMS et du FISE - Protection, encouragement et soutien de l’allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité– 1989
65. OMS – Stratégie mondiale pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant – 2003
66. TURCK D. - Propositions d’actions pour la promotion de l’allaitement maternel Plan d’action : Allaitement maternel. – Juin 2010

ANNEXES

Annexes

- Annexe I : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel d'après la déclaration conjointe de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNICEF (1989).
- Annexe II : Le questionnaire destiné aux primipares allaitantes.
- Annexe III : Le questionnaire destiné aux bénévoles.
- Annexe IV : La première partie des commentaires des bénévoles.
- Annexe V : La deuxième partie des commentaires des bénévoles.

- Annexe I: Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel d'après la déclaration conjointe de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNICEF (1989).

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

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

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les 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. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein 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 II : Le questionnaire destiné aux primipares allaitantes.

Enquête sur l'allaitement maternel

Madame,

Etudiante sage-femme, je réalise actuellement, dans le cadre de mes études, un mémoire sur l'allaitement maternel.

L'objectif de cette étude est de mieux connaître les mamans allaitant leur premier enfant, afin de leur proposer une information adaptée, autour de leur allaitement.

Son but sera, au final, de trouver quels sont les conseils à donner aux mamans pendant leur séjour à la maternité, pour les aider au mieux à poursuivre leur allaitement à leur retour à la maison.

C'est ainsi que je vous sollicite pour répondre à ce questionnaire, qui sera traité de façon anonyme.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Marie Dupont,
Etudiante Sage-femme 4^e année.

VOUS CONCERNANT

- 1 - **Bébé, avez-vous, vous-même, été allaitée ?** Oui Non
- 2 - **Bébé, votre conjoint a-t-il été lui-même allaité ?** Oui Non
- 3 - **Fumez-vous actuellement ?** Oui Non
→ Si oui, quelle est votre consommation quotidienne ?
 1-5 cigarettes/jour 6-10 11-15
 16-20 Plus de 20
- 4 - **Avez-vous eu une chirurgie mammaire ?** Oui Non
→ Si oui, quelle est-elle ? Chirurgie esthétique (augmentation mammaire)
 Réduction mammaire
 Autre, précisez : _____
- 5 - **Quelle est votre taille ?** _____ cm
Quel était votre poids avant la grossesse ? _____ kg

CONCERNANT VOTRE GROSSESSE ET VOTRE ACCOUCHEMENT

- 6 - **Comment qualifieriez-vous le vécu de votre grossesse ?**
 Très bon
 Bon
 Assez bon
 Mauvais
- 7 - **Comment qualifieriez-vous le vécu de votre accouchement ?**
 Très bon
 Bon
 Assez bon
 Mauvais
- 8 - **Votre accouchement a-t-il été déclenché ?** Oui Non
- 9 - **Comment avez-vous accouché ?**
 Par voie basse.
 Par voie basse avec une aide instrumentale (forceps, ventouse)
 Par césarienne.
- 10 - **Avez-vous fait une hémorragie après votre accouchement ?**
 Oui Non

CONCERNANT VOTRE ALLAITEMENT

11 - Pourquoi avez-vous choisi d'allaiter votre enfant ? *Plusieurs réponses possibles*

- Pour les bénéfices nutritionnels pour votre enfant
- Pour les bénéfices pour votre santé
- Pour le lien affectif avec votre enfant
- Pour le plaisir
- Par tradition familiale
- Pour des raisons économiques
- Pour des raisons de facilité

12 - Quelle est la position du papa sur le fait que vous allaitiez votre enfant ?

- Tout à fait favorable
- Favorable
- Peu favorable
- Défavorable

13 - Quelle est la position de votre entourage (famille, amis) sur le fait que vous allaitiez votre enfant ?

- Tout à fait favorable
- Favorable
- Peu favorable
- Défavorable

14 - Combien de temps souhaiteriez-vous allaiter votre enfant ?

- Moins d'un mois
- De 1 à 2 mois
- De 3 à 4 mois
- De 5 à 6 mois
- Plus de 6 mois
- Ne sait pas

15 - Allez-vous reprendre une activité professionnelle ?

- Oui
- Non

→ Si oui, dans combien de temps ?

- moins d'un mois
- Entre 1 et 2 mois
- Entre 3 et 4 mois
- Entre 5 et 6 mois
- Dans plus de 6 mois

16 - Concernant les droits au travail lors de l'allaitement :

Pensez-vous qu'il est autorisé d'allaiter sur son lieu de travail ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pensez-vous que vous pouvez prendre du temps sur votre temps de travail pour allaiter votre enfant ou tirer votre lait ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pensez-vous que l'employeur doit mettre une salle à disposition des employées allaitantes lorsque l'entreprise comporte plus de 100 salariées ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

CONCERNANT VOTRE SEJOUR A LA MATERNITE

17 - Votre enfant a-t-il tété, pour la première fois, en salle d'accouchement ?

Oui Non

→ Si oui, y avez-vous reçu de l'aide ? Oui Non

→ Si non, vous a-t-on aidé pour la première tétée dans votre chambre ?
 Oui Non

18 - Votre enfant a-t-il une tétine (sucette) ? Oui Non

19 - Utilisez-vous des bouts de seins ? Oui Non

20 - Quel est le poids de naissance de votre bébé ? _____g.

Quel a été son poids le plus bas ? _____g.

21 - Votre enfant a-t-il reçu des compléments de lait artificiel, en plus de votre lait ?

Oui Non

→ Si oui, combien en a-t-il reçu ? indiquez le nombre : _____

→ Si oui, comment a-t-il reçu le lait artificiel ?

Au biberon A la paille au doigt
 A la tasse A la paille au sein

→ Si oui, cela a-t-il eu une influence sur votre confiance en votre allaitement ?

Aucune Cela vous a rassuré
 Cela vous a inquiété Autre, précisez : _____

→ Si oui, cela a-t-il eu une influence par rapport à votre bébé ?

Aucune Cela vous a rassuré
 Cela vous a inquiété Autre, précisez : _____

22 - Pendant votre séjour, votre allaitement a-t-il été marqué par : Plusieurs réponses possibles

- Aucun problème
- Douleurs pendant les tétées
- Crevasses
- Engorgement mammaire

23 - Pendant votre séjour en maternité, vous a-t-on expliqué le positionnement de votre bébé au sein et sa prise du sein ? Oui Non

→ Si oui, cochez les réponses qui vous semblent correctes, plusieurs réponses possibles :

- Votre bébé doit ouvrir grand la bouche
- Le ventre de votre bébé est contre vous
- Votre bébé doit tourner la tête pour prendre le sein
- L'oreille de votre bébé doit toucher son épaule
- La tête de votre bébé doit être légèrement penchée en arrière

24 - Vous a-t-on montré plusieurs positions d'allaitement pendant votre séjour ?
 Oui Non

25 - Quel nombre de tétées vous a-t-on préconisé par 24 heures ?

- 4 à 6 tétées par 24h
- 6 à 8 tétées par 24h
- 8 à 12 tétées par 24h

26 - Vous a-t-on préconisé un délai minimum entre deux tétées ?

- Oui Non

27 - Vous a-t-on expliqué les signes d'éveil de votre bébé ?

- Oui Non

→ Si oui, cochez les réponses qui vous semblent correctes, plusieurs réponses possibles :

- Votre bébé fait des mouvements des yeux
- Votre bébé fait des mouvements des lèvres
- Votre bébé pleure
- Votre bébé fait des mouvements de la tête
- Votre bébé s'agite
- Votre bébé met sa main à la bouche

28 - Vous a-t-on expliqué les signes d'un allaitement efficace pour votre retour à la maison ? Oui Non

→ Si oui, cochez les réponses qui vous semblent correctes, plusieurs réponses possibles :

- Le rythme de succion est ample et régulier
- Votre bébé doit beaucoup dormir
- Vous pouvez entendre déglutir fréquemment votre bébé
- Vous voyez des mouvements de la tempe et des oreilles de votre bébé pendant la tétée
- Votre bébé se réveille et tète fréquemment
- Votre bébé demande à téter plus de 8 fois par jour
- Les joues de votre bébé doivent se creuser pendant la tétée
- Les couches de votre bébé sont mouillées au moins 5 fois par jour
- Votre bébé doit grossir de plus de 150g par semaine.

29 - Vous a-t-on informé des « jours de pointe » où votre bébé tétera plus que d'habitude ? Oui Non

30 - Pendant votre séjour à la maternité, vous avez trouvé que les soignants, pour votre allaitement :

- Vous ont aidé de façon adaptée Oui Non
- Vous ont suffisamment informé Oui Non
- Ont été assez présents Oui Non

31 - A votre retour chez vous, où dormira bébé ?

- Dans votre chambre, les premiers temps
- Dans sa chambre, à proximité de la vôtre
- Dans sa chambre, à distance de la vôtre (étage différent, par exemple)

32 - En cas de difficultés à la maison, que ou qui consulterez-vous ? 3 réponses au maximum

- un pédiatre
- des livres spécialisés
- internet
- votre mère
- vos amies
- un pédiatre du Belvédère via l'adresse mail
- une association de soutien à l'allaitement
- une PMI
- votre médecin traitant
- autre, précisez : _____

33 - D'une façon générale, quel terme qualifierait le mieux ce début d'expérience d'allaitement ? Une seule réponse possible.

- Simple Difficile Plaisant Déplaisant
- Gratifiant Angoissant Agréable Douloureux

34 - En ce moment, comment vous trouvez-vous ?

- Très confiante Confiante Peu confiante Pas confiante

35 - De façon générale, avez-vous l'impression d'avoir reçu des informations adaptées à votre situation et à vos désirs concernant l'allaitement maternel ?

Pendant votre grossesse :

- Complètement Oui, dans l'ensemble
- Pas vraiment Pas du tout

Pendant votre séjour à la maternité :

- Complètement Oui, dans l'ensemble
- Pas vraiment Pas du tout

Je vous remercie de votre participation.

- Annexe III : Le questionnaire destiné aux bénévoles.

Enquête auprès des bénévoles au sein d'une association de soutien à l'allaitement maternel

Madame,

Etudiante sage-femme, je réalise actuellement, dans le cadre de mes études, un mémoire sur l'allaitement maternel.

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence certains obstacles, empêchant les femmes de concrétiser leur projet d'allaitement dans la durée. Je m'intéresse aussi particulièrement aux associations de soutien à l'allaitement maternel. En effet, il est démontré que celles-ci ont un rôle important dans la durée de l'allaitement et sont un interlocuteur privilégié des femmes allaitantes après leur sortie de maternité.

Pour ce travail, j'ai donc besoin de votre participation.

C'est ainsi que je vous sollicite pour répondre à ce questionnaire, en tant que maman bénévole. Vous trouverez, suite à certaines questions, des espaces pour, si vous le souhaitez, apporter des précisions ou bien faire un commentaire.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Marie Dupont

Etudiante sage-femme 4^e année.

Vous concernant :

1- Quel est votre âge ?

- Moins de 20 ans
- 20-29 ans
- 30-39 ans
- 40 ans et plus

2- Lors de votre premier allaitement, avez-vous l'impression d'avoir reçu des informations adaptées à votre situation et à vos désirs concernant l'allaitement maternel ?

- Complètement
- Pas vraiment
- Oui, dans l'ensemble
- Pas du tout

Commentaire libre : _____

3- D'une façon générale, quel terme qualifierait le mieux votre première expérience d'allaitement ? Une seule réponse possible

- Simple
- Gratifiant
- Difficile
- Angoissant

4- Quelle a été la durée totale de votre (vos) allaitements ? (Y compris après l'introduction de solides. Si vous avez allaité plus de 4 quatre enfants, ajoutez-les à la suite.)

1^{er} enfant : _____ (*combien de temps*)

2^e enfant : _____

3^e enfant : _____

4^e enfant : _____

8- En général, vous sentez-vous suffisamment formée sur l'allaitement lorsque vous animez des réunions ou répondez à des appels téléphoniques ?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Complètement | <input type="checkbox"/> Oui, dans l'ensemble |
| <input type="checkbox"/> Pas vraiment | <input type="checkbox"/> Pas du tout |

Commentaire libre : _____

Concernant les femmes allaitantes faisant appel à l'association.

9- Selon vous, parmi ces points des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et l'UNICEF, quels sont ceux dont les femmes allaitantes bénéficient le plus ? Indiquez par ordre de fréquence, 1 : le plus fréquent, 7 : le moins fréquent.

- Informer les femmes pendant la grossesse des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- Apporter une aide pour allaiter l'enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24heures par jour.
- Encourager l'allaitement à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- Encourager la constitution d'association de soutien à l'allaitement et leur adresser les mères dès leur sortie de maternité.

Commentaire libre : _____

12 – Selon vous, la majorité des femmes qui font appel à l'association possèdent-elles des facteurs de risques d'arrêt précoce de l'allaitement ?

- Oui Non

Commentaire libre : _____

13– Pouvez-vous indiquer les motifs les plus fréquents de contact des femmes auprès de l'association ? *Trois réponses maximum.*

- Questions concernant le rythme de leur bébé
 Questions concernant les pleurs de leur bébé
 Questions concernant le relai de l'allaitement par des biberons
 Questions concernant la reprise d'une activité professionnelle
 Questions sur la prise de médicaments (par elle-même ou leur enfant)
 Sentiment de manque de lait
 Enfant ne prenant pas suffisamment de poids
 Problèmes de crevasses
 Problèmes de mastite
 Femme anxieuse autour de l'allaitement
 Questions concernant les positions d'allaitement
 Questions sur l'introduction d'une alimentation diversifiée
 Autre : _____

14- En cas de difficultés avec une femme, que faites-vous généralement ? *Une seule réponse.*

- Vous lui demandez de revenir vers vous plus tard, le temps de vous renseigner de votre côté auprès d'autres mères bénévoles.
 Vous lui demandez de revenir vers vous plus tard, le temps de vous renseigner de votre côté auprès de professionnels.
 Vous lui conseillez de consulter son médecin généraliste.
 Vous lui conseillez de consulter un pédiatre.
 Vous lui conseillez de contacter la maternité où elle a accouché.
 Vous lui conseillez de consulter une conseillère en lactation.
 Autre : _____

Commentaire libre : _____

Je vous remercie de votre participation.

Annexe IV : La première partie des commentaires des bénévoles.

Les cinq commentaires concernant le manque d'information pour le premier allaitement :

« J'ai participé à une réunion faite par une sage-femme bénévole pour une association de soutien à l'allaitement et cela avait bien "démystifié" la chose. »

« Peu d'informations sur l'après-maternité. »

« Je suis allée chercher des infos au sein d'une association qui m'a conseillé des lectures. »

« Bon soutien mais manque d'informations précises. »

« J'ai contacté l'association pour de plus amples informations. »

Les trois commentaires sur le besoin de contact entre mères allaitantes :

« Il me manquait l'information sur les pics de croissance et des contacts avec d'autres mamans allaitantes. »

« L'une des difficultés d'allaiter en France est qu'on est souvent la seule de son entourage à le faire ou l'avoir fait ... D'où un isolement rapide quand des questions se posent. »

« Je trouve extraordinaire de pouvoir "fédérer" les femmes autour de l'allaitement... »

Les deux commentaires sur la contradiction des conseils donnés :

« Beaucoup de lectures. Beaucoup de "conseils" contradictoires. »

« Informations contradictoires et zéro écoute »

- Annexe V : La deuxième partie des commentaires des bénévoles.

Les sept commentaires sur la motivation des femmes ayant recours à une association de soutien à l'allaitement :

« Ce sont les plus décidées qui nous contactent, et ce sont les plus décidées qui franchissent les éventuels obstacles... »

« La plupart des femmes qui nous contactent souhaitent réussir à allaiter, ce qui est déjà un facteur positif. »

« Moins de facteurs de risque que la population globale car les femmes qui appellent sont déjà informées en partie, elles cherchent un complément d'information ou ont reçu une info contradictoire par un professionnel de santé (pédiatre, puéricultrice, sage-femme). »

« Celles qui font appel à une association sont souvent très motivés pour poursuivre leur allaitement. »

« Si elles font appel à nous c'est qu'elles ont envie de trouver des solutions »

« La démarche de chercher de l'aide est un premier pas pour relancer la démarche d'allaiter. »

« Les femmes viennent pour partager une expérience positive d'allaitement. »

Les cinq commentaires concernant la recherche d'écoute :

« L'essentiel est d'écouter, d'entendre les angoisses, en matière d'allaitement c'est une bonne partie du travail. »

« C'est vraiment le complément d'information et l'écoute qu'elles viennent chercher pour ne justement pas arrêter l'allaitement. »

« Souvent la demande d'aide cache un désir d'arrêt, qui n'est pas dit clairement, mais par expérience et l'écoute des mamans, elles attendent qu'on les "autorise " à changer de mode d'alimentation, elles ont souvent une grande culpabilité (pour tout un tas de raisons) à dire " je ne veux plus allaiter" et je crois que notre rôle alors, et aussi de les aider aussi à passer à autre chose et ne pas renforcer ce sentiment de culpabilité, nous accompagnons, encourageons, en aucun cas nous ne devons contraindre »

« Souvent besoin d'écoute et de réassurance. »

« Manque de soutien, de confiance en soi. »

L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ LA MÈRE PRIMIPARE : LA PRISE EN CHARGE EN MATERNITÉ... ET APRÈS ?

A propos de 124 questionnaires au sein du Centre Hospitalier du Belvédère (76) et de 27 au sein d'associations de soutien à l'allaitement maternel haut-normandes.

RESUME :

L'objectif de ce mémoire était de mettre en évidence certains obstacles empêchant les femmes de concrétiser leur projet d'allaitement sur la durée. Nous souhaitions savoir si les femmes allaitantes étaient informées de façon personnalisée et si l'application des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel en maternité était influencée par la possession de facteurs de risque d'allaitement écourté. Nous voulions également faire le point sur les connaissances des bénévoles dans les associations de soutien à l'allaitement. Au total les patientes sont généralement bien informées durant leur séjour, mais des améliorations sont possibles sur certains points. Nous avons noté une adhésion du personnel soignant dans la mise en application des conditions pour le succès de l'allaitement, quel que soit le nombre de facteurs de risque d'arrêt prématuré de l'allaitement que présente la femme. Enfin, bien que les associations de soutien semblent être un recours utile aux femmes allaitantes à leur retour à domicile, un faible pourcentage de notre population y recourra a priori.

Mots-clés : Allaitement maternel, durée d'allaitement, association de soutien à l'allaitement, conditions pour le succès de l'allaitement maternel.