HAL
open science

# Étude descriptive des raisons du choix de l'allaitement artificiel

Emmanuelle Charpentier

## To cite this version:

Emmanuelle Charpentier. Étude descriptive des raisons du choix de l'allaitement artificiel. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743608

**HAL Id: dumas-00743608**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743608**

Submitted on 19 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.

# AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n’a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l’utilisation de ce document.

D’autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

# LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

---

# ÉTUDE DESCRIPTIVE DES RAISONS DU CHOIX DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Mémoire soutenu le 29.05.2012

Par Mlle CHARPENTIER Emmanuelle
née le 1er Août 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de SAGE-FEMME
2012

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

**DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

---

# ÉTUDE DESCRIPTIVE DES RAISONS DU CHOIX DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Mémoire soutenu le 29.05.2012

Par Mlle CHARPENTIER Emmanuelle
née le 1er Août 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de SAGE-FEMME
2012

# REMERCIEMENTS AU JURY

Je remercie les membres du Jury :

Mme le Professeur Pascale HOFFMANN, MCU-PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Présidente du jury ;

M le Professeur Patrice BARO, PH en psychiatrie au CHU de Grenoble, médecin membre invité ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine VASSORT, sage-femme enseignante cadre supérieure ;

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sage-Femme de Grenoble ;

Mme Delphine LAURENT, Sage-Femme au CHU, invitée à participer au Jury ;

# REMERCIEMENTS

Je remercie plus particulièrement,

Mme Catherine CADOT-ENGELBRECHT, Médecin Généraliste à Saint-Nazaire-Les-Eymes
*pour sa disponibilité, son aide et son soutien* ;

Mme Claire BAUDON, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sage-Femme de Grenoble ;
*Pour son investissement et ses conseils avisés ;*

Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sage-Femme de Grenoble
*Pour son enthousiasme* ;

Mme Annie MARSALEIX, Professeur de français en région Parisienne
*Pour ses connaissances et ses reformulations ;*

Mes amis et ma famille
*Pour leur patience, leur compréhension, et leur aide précieuse* ;

# TABLE DES MATIERES

*ABREVIATIONS* 1

*I. INTRODUCTION* 2

*II. MATERIEL ET METHODE* 4

**II.1 Type d'étude** 4

**II.2 Critères de jugement** 4

**II.3 Population étudiée** 4

**II.4 Recueil de données** 4

**II.5 Données recueillies** 5

**II.6 Plan d'analyse statistique** 5

II.5.1 Calcul du nombre de sujets nécessaires 5

II.5.2 Analyse des données 6

*III. RESULTATS* 7

**III.1 Description de la population** 7

**III.2 Les raisons du choix de l'allaitement artificiel** 9

**III.3 Etude de la satisfaction de la prise en charge** 13

*IV. DISCUSSION* 15

**IV.1 Limites de l'étude** 15

IV.2.1 Sélection de la population 15

IV.2.2 Biais relatifs à la méthode 15

**IV.2 Résultats** 17

IV.2.1 Population 17

IV.2.2 Les raisons du choix de l'A.A. 17

IV.2.3 Satisfaction de la prise en charge 22

*V. CONCLUSION* 24

*VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES* 26

*VII. ANNEXES* 34

*RÉSUMÉ*

# ABREVIATIONS

A.A. : Allaitement Artificiel

A.M. : Allaitement Maternel

I.H.A.B. : Initiative Hôpitaux Amis des Bébés

S.A. : Semaine (s) d'Aménorrhée

C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire

H.C.E. : Hôpital Couple Enfant

H.A.S. : Haute Autorité de Santé

U.M.E. : Unité Mère Enfant

D.R.E.S.S. : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

O.M.S. : Organisation Mondiale de la santé

# I. INTRODUCTION

Il a été démontré qu'allaiter son enfant permettait de réduire l'incidence de nombreuses maladies [1, 2]. L'allaitement permettrait la prévention des infections pour un allaitement exclusif supérieur à 3 mois, la prévention de l'allergie [3, 4, 5, 6], de l'obésité [7], la prévention contre les facteurs de risques cardiovasculaires [8], des diminutions du risque de diabète [9] et de maladies cœliaques chez l'enfant [10]. Pour la mère il permet une perte de poids et une diminution des graisse plus rapide en post-partum, une diminution de l'incidence du cancer du sein, du cancer de l'ovaire et des dépressions du post-partum et enfin, une baisse du risque de pathologies métaboliques ou cardiovasculaires [11].

C'est pourquoi, depuis 2002, les recommandations nationales et internationales préconisent l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel pendant les 6 premiers mois du post-partum exclusivement puis jusqu'aux 3 ans de l'enfant **[**12, 13**]**. Les initiatives locales portant sur les pratiques professionnelles en maternité ont montré leur efficacité pour accroître le taux d'allaitement maternel. Une étude a montré que le taux d'allaitement maternel était supérieur de 1, 54% à deux mois et de 1,11% à six mois grâce à " l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) " [Cf. annexe 1] [14].

Néanmoins, depuis toujours, on recherche des alternatives à l'allaitement maternel. Dans l'Antiquité, les enfants étaient allaités directement au pis de l'animal [15]. Au fil des siècles, l'alimentation s'est adaptée ; le choix de l'animal se faisant selon l'âge et les capacités digestives de l'enfant (ânesse, brebis, chèvre, vache…) [16, 17] [Cf. Annexe 2].

Mais il faut savoir qu'avant les découvertes de Pasteur, la mortalité infantile très élevée était en partie due à l'allaitement artificiel du fait d'une mauvaise hygiène des biberons et d'une mauvaise conservation du lait [18, 19].

De nos jours, bien que l'allaitement artificiel ne présente plus de risques si l'on respecte certaines règles d'hygiène, c'est tout de même l'allaitement maternel qui est généralement conseillé eu égard aux profits qu'en tirent les mères et leurs enfants.

Or, actuellement, plus d'1/3 des femmes ont recours à l'allaitement artificiel, les chiffres variant selon les auteurs de 43,8% à 63% [20, 21].
Dans certains cas, le choix de ce type d'alimentation peut être personnel, lié à une volonté de ne pas allaiter son enfant. Dans d'autres, il y a un souhait du couple à investir le père dans l'alimentation du nouveau-né. Enfin, ce choix peut être imposé à la patiente par des impératifs médicaux liés à la mère ou à l'enfant [22, 23].

Parfois, dans notre pratique professionnelle, le discours que nous adoptons tend à faire culpabiliser, consciemment ou non, les mères qui choisissent l'allaitement artificiel. Cela peut venir fragiliser une femme qui se trouve à ce moment dans une période psychique complexe. Ainsi, la question " Allez-vous allaiter votre enfant ? " que la plupart des femmes se voient poser en salle d'accouchement ne semble pas adaptée puisque la future mère se doit de répondre par la négative dans le cas ou elle choisit l'A.A. et se sent souvent obligée de se justifier [24, 25, 26].

Très peu d'études se sont intéressées à l'allaitement artificiel. On en compte un grand nombre au sujet de l'allaitement maternel et c'est souvent à partir de ces études que l'on trouve des chiffres concernant l'allaitement artificiel. L'intérêt de notre étude se trouve donc dans l'observation monocentrique de l'allaitement artificiel et ce, sans comparaison à l'allaitement maternel, puisque nous traiterons plus particulièrement de la construction du choix de l'A.A. pour l'enfant et de la prise en charge de ces patientes.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer pourquoi certaines femmes font le choix de l'allaitement artificiel.

L'objectif secondaire est de savoir si ces femmes sont soutenues, ou non, dans cette décision d'allaitement artificiel par l'équipe soignante en maternité.

# II. MATERIEL ET METHODE

## II.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle qualitative à visée descriptive, monocentrique et prospective.

## II.2 Critères de jugement

Le critère de jugement principal concerne donc les facteurs de choix de l'allaitement artificiel.

Le critère de jugement secondaire est donc la satisfaction de la prise en charge de l'allaitement artificiel par l'équipe soignante dans le service.

## II.3 Population étudiée

L'étude a été réalisée sur une population de femmes ayant séjourné dans le service des suites de couches de l'Hôpital Couple Enfant du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble entre le 15 mai 2011 et le 31 juillet 2011.

Ont été incluses toutes les mères ayant choisi un allaitement artificiel, par un lait 1er âge ou un lait hypoallergénique, dès la naissance.

Ont été exclues de l'étude :

- Les mères de nouveaux-nés allaités au sein ou de façon mixte,
- Les mères d'enfant décédé,
- Les mères refusant de participer à l'étude,
- Les mères qui auront été transférées dans une unité de réanimation,
- Les mères ne comprenant pas la langue française,
- Les mères ayant donné une seule tétée en salle de naissance (don de colostrum).

## II.4 Recueil de données

Pour le recueil de données, nous avons pris en référence la durée du séjour moyen à la maternité du CHU de Grenoble indiquée par la plateforme d'information des établissements de santé qui était, le 8 février 2011, de 4,4 jours pour un accouchement voie basse [27].

Au regard de cette moyenne de séjour, et du fait de l'augmentation du nombre de sorties précoces [28, 29], il paraissait peu approprié de choisir un jour particulier après l'accouchement pour le recueil de données puisqu'il aurait fallu mettre à contribution le personnel soignant quotidiennement. Pour être le plus exhaustif possible, il a donc été décidé que je passerai personnellement dans le service tous les deux jours pour voir les patientes ayant fait le choix de l'A.A. et ayant accouché dans les 48 heures. Le recueil de données s'est fait à l'aide d'un questionnaire qui était complété le jour même, par un entretien individuel, après récupération du questionnaire [Cf. Annexe 3].

## II.5 Données recueillies

Le questionnaire comportait principalement des questions à choix multiple nous permettant d'obtenir des données sur l'accouchement et le nouveau-né, la période de décision du choix d'A.A., les personnes ayant pu influencer la patiente dans son choix d'allaitement artificiel, les avantages d'un A.A. et les caractéristiques sociodémographiques. Il a ensuite été complété par un entretien permettant de déterminer la raison principale du choix de l'A.A., de savoir si les patientes avaient reçu des informations écrites et/ou orales concernant l'A.A. Mais on a aussi cherché à étudier le temps dispensé par l'équipe à donner des conseils pour cet A.A. et si celui-ci était suffisant à leurs yeux ou non. Enfin, une dernière question concernant la satisfaction de cette prise en charge avec une échelle à 4 modalités de réponses (Très Satisfaite / Satisfaite / Peu Satisfaite / Pas du Tout Satisfaite) leur a été posée.

Pour garantir l'anonymat des patients, aucun nom ne leur a été demandé, seul était indiqué un numéro de questionnaire.

## II.6 Plan d'analyse statistique

### II.5.1 Calcul du nombre de sujets nécessaires

En 2010, le CHU de Grenoble montrait un taux d'A.A. de 14,2%. Le recrutement potentiel est de 380 femmes par an pour 2683 accouchements selon les chiffres relevés en 2010 (31). La précision souhaitée de l'Intervalle de Confiance (IC) 95% étant de +/- 5% (étendue à 10%), le nombre de sujets nécessaires minimal (si le pourcentage observé approxime 50%) est de 97 femmes (calcul NQuery 6.01). Il fallait donc compter une période d'au moins 3 mois pour le recueil de données.

### II.5.2 Analyse des données

Le logiciel StatView a été utilisé pour l'analyse statistique. Les variables quantitatives normales sont décrites pour la moyenne et l'écart-type, les variables qualitatives sont décrites en pourcentage assorti d'un IC à 95%.

# III. RESULTATS

## III.1 Description de la population

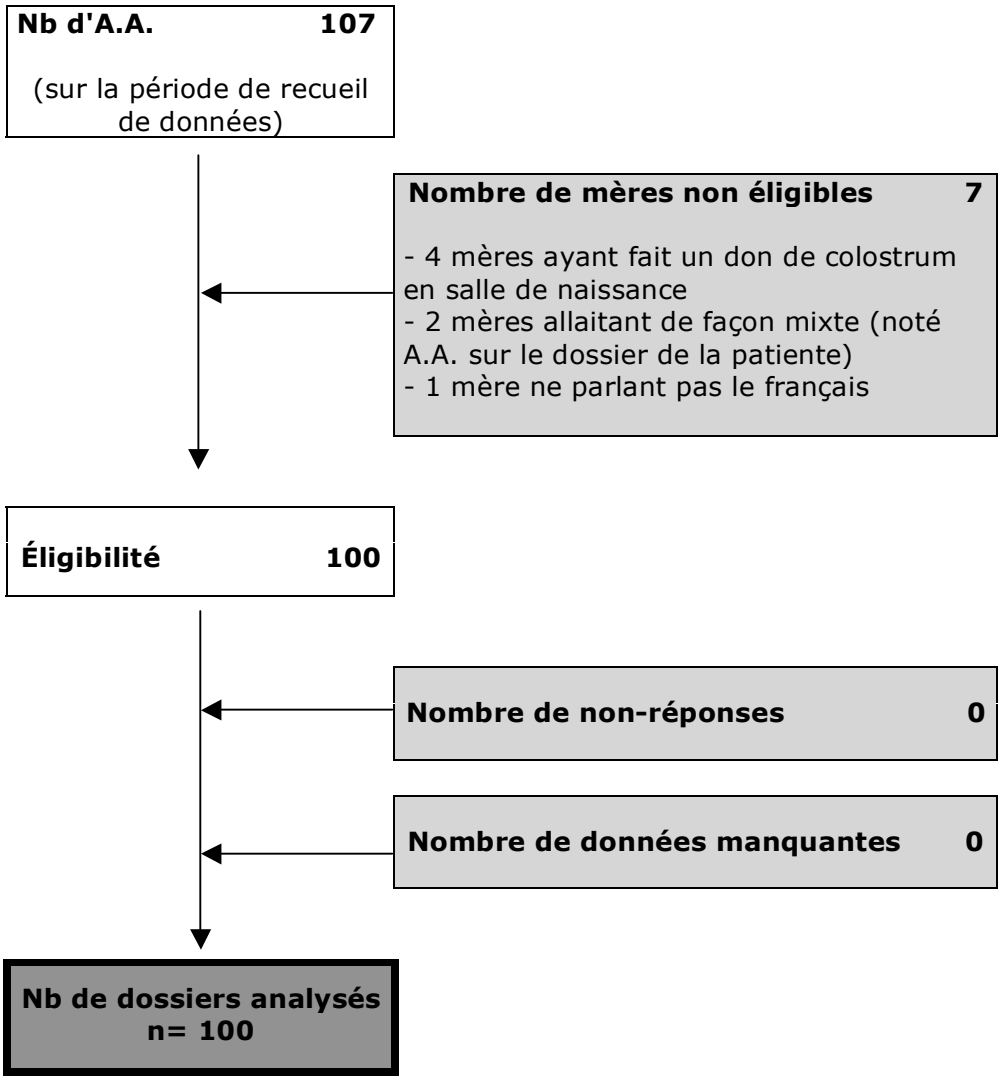



*Figure 1 : Organigramme de la population*

Pendant la période du 15 mai au 31 juillet 2011, la maternité du CHU de Grenoble a compté 614 naissances. Parmi celles-ci, on retrouve 101 mères ayant choisi l'allaitement artificiel en première intention ce qui nous donne un taux d'allaitement artificiel de 16,5%. Un seul questionnaire distribué à toutes ces mères n'a pu être rempli, la personne en question ne comprenant pas le français.
L'âge moyen des femmes interrogées était de 29,3 ans (extrémités : 17 à 41 ans).

Sur 100 femmes interrogées :
- 53% étaient en concubinage
- 43% étaient mariées ou pacsées
- 3% étaient célibataires
- 1% était divorcée

Concernant les revenus :
- 46% avaient un revenu compris entre 2000 et 5000 euros
- 26% avaient un revenu entre le SMIC et 2000 euros
- 17% avaient un revenu inférieur au SMIC
- 9% avaient un revenu supérieur à 5000 euros

L'âge à l'accouchement de leur nouveau-né était de 38,3 semaines d'aménorrhées (SA) (extrémités : 36 à 41 SA). Parmi eux :
- 91% étaient eutrophes
- 7 % étaient macrosomes
- 2% étaient hypotrophes

Notons aussi que 64% de ces femmes avaient elles-mêmes été allaitées artificiellement par leur mère.

### III.2 Les raisons du choix de l'allaitement artificiel

| | NOMBRE (en % ou nb .entier car pop = 100) |
|---|---|
| **RAISONS D'ORDRE MEDICAL** | **35** |
| Contre-indication à l'A.M. | **7** |
| Echec d'un A.M. antérieur | **27** |
| Transfert de l'enfant en Néonatologie | **6** |
| **RAISONS D'ORDRE ORGANISATIONNEL** | **85** |
| Naissance de jumeaux | **4** |
| Reprise du travail rapidement | **25** |
| Vérifier les quantités de lait absorbées | **48** |
| Praticité de l'A.A. | **61** |
| **RAISONS D'ORDRE PERSONNEL** | **90** |
| _ Préserver son intimité | **38** |
| _ Préserver l'esthétique de la poitrine | **12** |
| _ Pouvoir se reposer | **44** |
| _ Se sentir plus libre | **40** |
| _ Participation du père aux repas | **72** |

*Tableau I : Les différentes raisons du choix de l'allaitement artificiel*

Trente-cinq p. cent des patientes ont répondu qu'elles avaient été touchées par des problèmes d'ordre médical. En revanche 85% des femmes ont choisi l'A.A. pour une question d'organisation et 90% pour des raisons plus personnelles.

On remarque alors, dans les raisons d'ordre médical, que sept p. cent des femmes avaient une réelle contre-indication à l'allaitement maternel suite à une chirurgie des seins ou à un traitement incompatible avec l'A.M. Un échec d'un antécédent d'A.M. intervient dans 27% des cas et la plupart de ces échecs avaient pour cause et/ou conséquences : des crevasses, des engorgements, des abcès, des amaigrissements importants de l'enfant.

Du point de vue organisationnel, 61% des femmes interrogées pensent que l'A.A. est plus pratique que l'A.M. et 48% sont soucieuses de vérifier les quantités ingérées par l'enfant.

Enfin, au niveau personnel, 72% des femmes ont choisi l'A.A. pour que le père puisse participer aux repas de l'enfant (notamment la nuit).

L'entretien complémentaire du questionnaire permettait de préciser La raison principale qui les avait amenée à choisir l'A.A. :

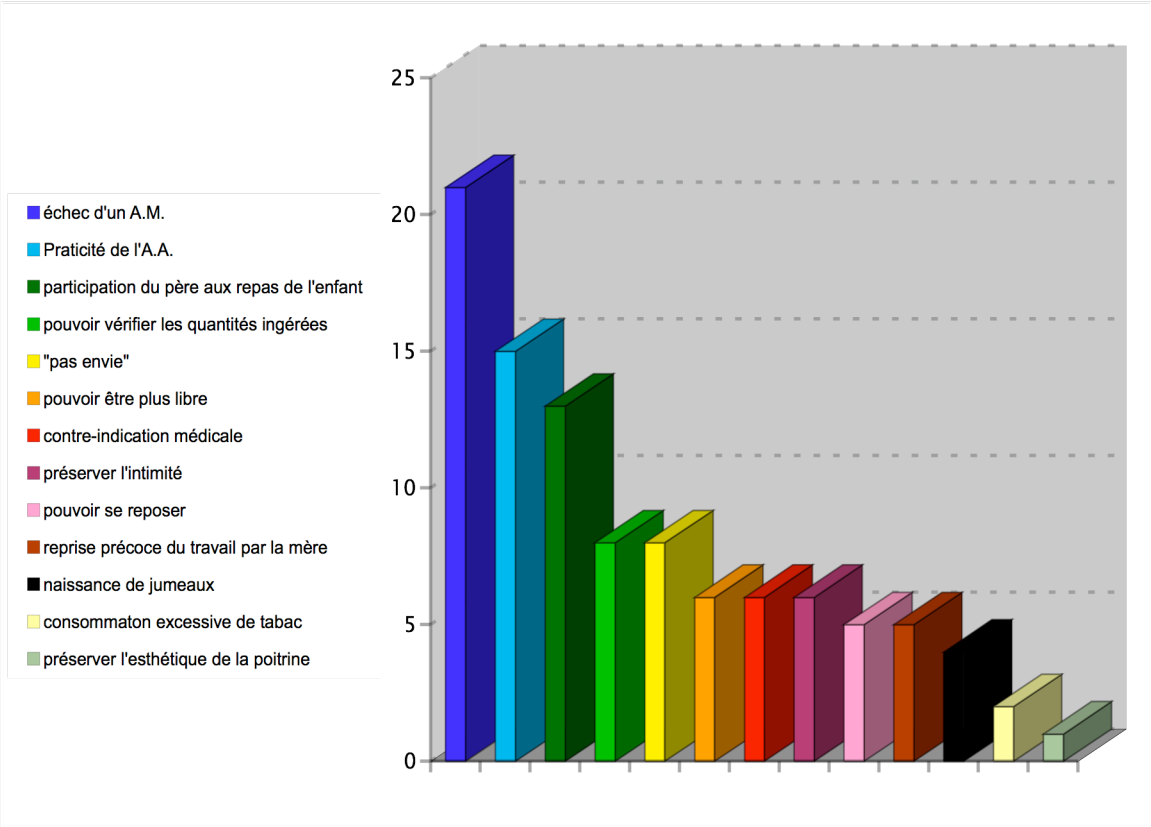



*Figure 2 : La raison principale du choix d'A.A.*

Les cinq grandes raisons principales du choix d'allaitement artificiel sont :

- L'échec d'un A.M. chez un aîné (21%),
- La praticité de l'A.A. par rapport à l'A.M. (15%),
- La possibilité pour le papa de participer aux repas de l'enfant (13%),
- La volonté de quantifier les rations de lait ingéré par l'enfant (8%),
- Huit p. cent des mères ont déclaré qu'elles n'avaient tout simplement « pas envie » d'allaiter leur enfant.

Précisons ensuite que :

- 38% se sont donné le temps de la grossesse en cours pour se décider
- 30% des femmes ont fait ce choix d'A.A. avant même leur première grossesse (dans le cas des multipares)
- 26% ont fait ce choix avant le début de la grossesse
- 6% se sont décidées à l'issue de l'accouchement

Pendant leur grossesse, 46% des femmes estiment ne pas avoir étés influencées dans leur choix d'allaitement. En ce qui concerne les autres, on peut observer que les femmes ont été principalement orientées vers un choix d'A.M. par leur gynécologue ou les sages-femmes alors que le mari, les amis et la mère des patientes les fortement incitée à donner le biberon.

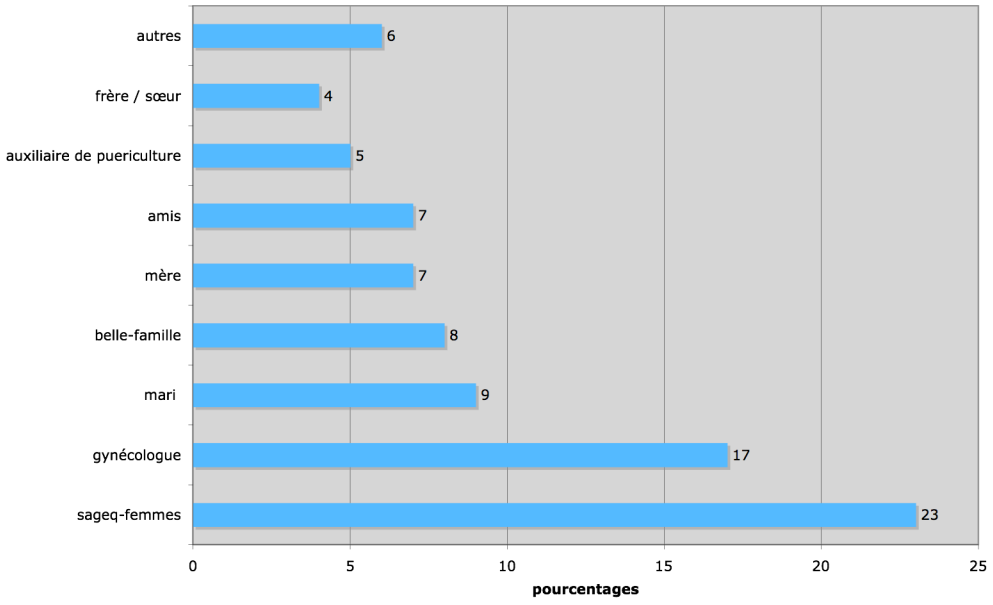



*Figure 3 : Répartition des personnes ayant incité les femmes à l'A.M.*

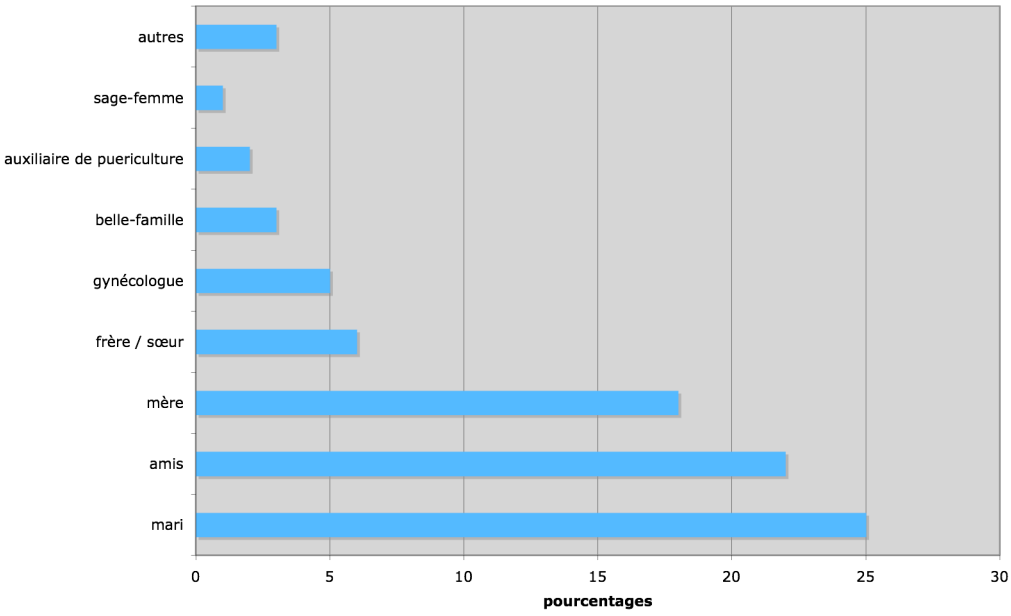



*Figure 4 : Répartition des personnes ayant incité les femmes à l'A.A.*

### III.3 Etude de la satisfaction de la prise en charge

| | < 10 min | 10 à 30 min | 30 min à 1h | > 1h | TOTAUX |
|---|---|---|---|---|---|
| Trop important | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Suffisant | 35 | 18 | 5 | 0 | 58 |
| Pas vraiment suffisant | 23 | 0 | 0 | 0 | 23 |
| Pas du tout suffisant | 16 | 1 | 0 | 0 | 17 |
| TOTAUX | 76 | 19 | 5 | 0 | 100 |

*Tableau II : Tableau de contingence de la satisfaction parentale par rapport au temps d'explications*

*Rq : Les résultats de ce tableau sont exprimés en pourcentage et en nombre n de réponses, le test du Chi 2 ayant retrouvé un $p < 0,005$.*

Soixante-neuf p. cent des patientes ont déclaré n'avoir eu aucun document d'information concernant la réalisation des biberons [Cf. Annexe 4] et 85% disent n'avoir eu aucune information concernant les différents types de laits existants (lait hypoallergénique, laits épaissis pour éviter les régurgitations, laits thérapeutiques contre les diarrhées).

Néanmoins, 58% des patientes estimaient être satisfaites (S) de la prise en charge de leur A.A. le temps de leur hospitalisation, 18% étaient très satisfaites (TS), 22% peu satisfaites (PS) et 2% seulement n'étaient pas du tout satisfaites (PdT S).

Quatre-vingt-trois p. cent des femmes pensaient qu'une fois leur choix d'A.A. défini, celui-ci était respecté par tous.

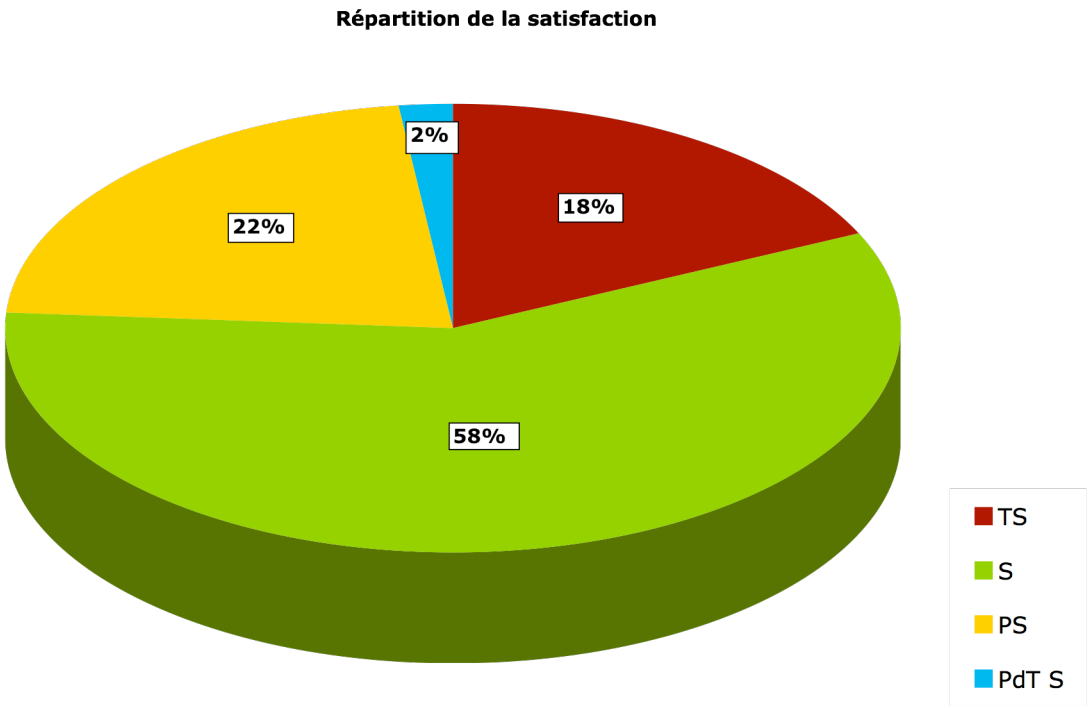



*Figure 3 : Répartition de la satisfaction globale*

# IV. DISCUSSION

## IV.1 Limites de l'étude

### IV.2.1 Sélection de la population

Au vu de l'augmentation des sorties précoces de la maternité, il avait été décidé, afin d'être le plus exhaustif possible, de passer tous les 2 jours dans le service pour distribuer un questionnaire à chaque nouvelle accouchée allaitant artificiellement. Grâce à cette mesure, nous avons réussi à interroger toutes les patientes allaitant artificiellement durant la période de recueil. Le taux de réponse était de 100%.

On peut noter un biais de recrutement puisque l'étude n'a été effectuée qu'à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble qui est un C.H.U. public de niveau 3. La qualification de niveau 3 pourrait être à l'origine d'un nombre plus important de pathologies imposant une contre-indication médicale à l'A.M. De plus, de nombreux étudiants y sont formés et de ce fait, les patientes pourraient être mieux informées du fait d'une meilleure disponibilité du personnel.

Néanmoins, quel que soit l'âge ou la profession, la population étudiée au sein du service est représentative de la population générale puisque nos résultats suivent la loi dite normale ou gaussienne.

### IV.2.2 Biais relatifs à la méthode

Nous avons recueilli les questionnaires des patientes ayant débuté un allaitement artificiel (dès la naissance) en excluant les mères ayant sevré leur enfant en cours de séjour parce qu'elles recevaient une quantité importante d'informations à la fois sur l'arrêt de la lactation et sur l'introduction du biberon dans l'alimentation. L'A.A. n'étant pas le choix initial de ces patientes, nos résultats concernant la question de la raison de ce choix aurait été différents.

De plus, les femmes acceptant de donner une tétée en salle de naissance avaient aussi fait le choix de l'A.A. mais probablement pour des raisons différentes de celles qui sont exprimées par les femmes ayant fait ce choix d'emblée. Il serait donc intéressant de comparer les choix de ces deux populations.

L'étude comporte aussi un biais de confusion puisqu'il leur a été demandé si des explications sur la préparation du biberon leur avaient été données pendant le séjour. Or les mères avec un antécédent d'A.A. ont pu confondre ce qu'elles savaient déjà d'un précédent accouchement.

De même pour la question concernant les raisons ayant motivé un A.A. Cette dernière étant libre et ouverte, il n'a cependant pas été retrouvé de réponses autres que celles proposées dans la question à choix multiples malgré la mise en place d'un entretien pour tenter de palier à ce biais.

Enfin, on peut noter une perte de l'anonymat de la patiente puisque le questionnaire était distribué et récupéré par une seule et même personne, laquelle interrogeait aussi la patiente pour l'entretien. Mais cette perte d'anonymat est relative puisque aucune mention du nom n'a été portée sur les questionnaires afin de préserver l'anonymat dans les traitements des données.

## IV.2 Résultats

### IV.2.1 Population

Notre taux d'A.A. est très représentatif de l'H.C.E. puisque nos chiffres se calquent sur ceux qui ont été édités en 2010. Le taux d'A.A. défini par notre étude est de 16,5% ce qui est comparable à l'étude menée en 2010 au C.H.U. de Grenoble qui montrait un taux d'A.A. de 16,6% à la sortie de la maternité [30]. Ces chiffres sont plus faibles que les données nationales puisque le taux d'allaitement artificiel était compris entre 33,7% et 45,5% en 2007 [31, 32, 33]. Notre population semble donc moins représentative de la population générale, mais il était tout de même intéressant de mener cette étude à l'H.C.E., du fait que cet établissement s'inscrit dans une démarche de promotion de l'A.M.

La population est représentative de l'ensemble de la population générale en ce qui concerne l'âge de la patiente et le poids de naissance de l'enfant.

En 2002, une étude menée par l'H.A.S. démontrait que la mise en place d'un A.A. était plus répandue chez les femmes ayant fait des études plus poussées [34] or en 2010 l'enquête de périnatalité menée par le ministère chargé de la santé dément cette information [35]. Dans notre population, les femmes avec un fort revenu mensuel (de plus de 5000 €) sont peu représentées. Le revenu n'apparaît donc pas comme un facteur déterminant dans le choix du type d'allaitement. N'avoir mené cette étude que dans un établissement public de niveau 3 pourrait en être la cause.

### IV.2.2 Les raisons du choix de l'A.A.

• Étude des raisons du choix de l'A.A.

On remarque tout de suite que selon les mères les aspects organisationnels (85%) et personnels (90%) sont des avantages essentiels de l'A.A. En effet, il existe peu de contre-indications réelles à l'allaitement maternel [22, 23] donc il paraît logique que le côté médical interfère peu dans leur décision.

On notera que l'un des avantages principaux de l'A.A. est la volonté d'impliquer le père dans les repas de l'enfant pour 72%. L'autre grand avantage est aussi sa commodité selon 61% des femmes. Ces résultats concordent avec les données de la littérature puisque l'aspect pratique du biberon est le principal motif donné pour le choix de l'allaitement artificiel dans de nombreuses études [36, 37, 38, 39]. Malgré le fait que l'A.A. demande de la préparation, des manipulations et du matériel, le côté pratique du biberon invoqué par les femmes ne repose donc pas que sur les aspects matériel mais surtout organisationnel.

La volonté de faire participer le mari comme motif principal du choix de l'A.A. est aussi retrouvé dans certaines études [40, 41]. Les raisons sont multiples : évidemment le père peut dans ce cas se lever la nuit pour aller nourrir l'enfant, la mère dispose ainsi de plus de temps pour elle. Certaines femmes affirment par ailleurs que l'A.M. interfère avec la vie sexuelle car pour certains couples, le sein est associé à la sexualité uniquement et ils ne supportent pas l'idée qu'il devienne nourricier. Dans d'autres cas, c'est simplement une volonté du père de créer une meilleure relation père-enfant [21, 41, 42]. Ce dernier argument est en adéquation avec l'évolution de notre société où l'on constate de plus en plus souvent un partage des tâches au sein du ménage : la dyade mère enfant se transforme un peu plus chaque jour en une triade incluant le père.

Les motifs d'A.A. qui suivent ensuite sont :

- Pouvoir vérifier les quantités de lait ingérées par l'enfant (48%). On retrouve dans la littérature des cas similaires dits de stress liés au fait que lors d'un A.M. on ne peut visuellement pas quantifier les rations de l'enfant [41].
- Pouvoir reprendre le travail rapidement (25%). Le travail est la deuxième source d'arrêt d'allaitement maternel après le manque de lait dans la littérature [43, 44]. Néanmoins la reprise du travail ne peut pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Mais pour cela il faut d'abord informer les mères des différentes modalités de poursuite de l'A.M. et notamment l'intérêt de l'allaitement à la demande pendant les jours de congés et les temps de repos de fin de semaine, cela afin de stimuler la lactation [45]. Ensuite il faut une réelle application du code du travail : des lieux appropriés pour tirer son lait doivent être prévus, ce qui peut être facilité par une promotion de l'allaitement auprès des employeurs [46, 47].

- Naissance de jumeaux (4%) : on comprendra aisément ce choix pour les mères ayant mis au monde des jumeaux, même si l'A.M. reste possible, car il faut une réelle motivation et de la patience pour allaiter deux enfants qui peuvent réclamer chacun à tour de rôle [48]. De plus si la majorité des femmes évoquent des problèmes d'organisation pour choisir l'A.A., cet argument s'applique d'autant plus lorsqu'il y a deux enfants.

Enfin, 35% des femmes ont choisi l'A.A. pour des raisons d'ordre médical. Néanmoins, seulement 7% de ces femmes avaient une contre-indication vraie à l'A.M. [22, 23] et 6% ont été perturbées par le transfert de leur enfant en néonatologie ce qui a motivé la mise en place de l'A.A. dès la naissance (surtout lorsque l'enfant avait un faible poids de naissance par anxiété de la mère dans sa capacité à fournir assez de lait).
Mais dans cette catégorie, le plus grand nombre de réponses porte sur l'échec d'un antécédent d'A.M. (27%). Cette réponse ne pouvant être donnée que par des multipares, rend compte de certaines peurs relatives à l'A.M. La littérature exprime que bien que chaque enfant réagisse différemment face à l'A.M., les mères ne veulent en aucun cas réitérer cette expérience et préfèrent mettre en place un A.A. d'emblée à la venue d'un nouvel enfant [36, 37, 38, 39, 49]. Il paraît donc important d'accompagner avec attention l'allaitement d'une primipare.

À la question de savoir quelle était la raison principale du choix d'allaitement, la plus grosse proportion concerne **l'échec de l'A.M. chez un aîné (27%)**. Pourtant les femmes n'étaient que 35% à avoir évoqué des raisons médicales et elle ne concerne que les multipares. On peut alors se demander si ce ne sont pas les désagréments de l'A.M. plutôt que les avantages de l'A.A. qui attirent ces femmes. L'échec d'un allaitement antérieur est donc d'une plus grande importance aux yeux des patientes. Il faudrait alors mettre en place une discussion voire une séance permettant à la mère de reprendre confiance en sa capacité à allaiter. Une étude démontre par ailleurs qu'il y a plus de femmes qui allaitent si un allaitement antérieur a existé [49], néanmoins, si celui-ci s'est mal déroulé, la femme ne retentera pas l'expérience.

Pour d'autres, c'est la **praticité de l'A.A**. qui prime (15%). Mais cela traduit plutôt un concept dans son ensemble puisque cela permet la mise à contribution du conjoint pour l'alimentation donc plus de liberté pour la mère, il permet aux mères de reprendre le travail plus facilement puisqu'il n'y a pas de période de sevrage. Bien que du point de vue des mères allaitantes l'A.M. demande moins d'organisation selon une étude [21]. Ce motif est retrouvé en première place dans de nombreuses études [36, 37, 38, 39] ce qui conforte donc la vraisemblance de nos résultats.

Il faut souligner que le côté pratique du contrôle des quantités n'est évoqué que par huit p. cent des femmes alors qu'on pourrait penser que cette angoisse attenante à l'A.M. aurait représenté un nombre plus important de femmes. De même, les mères qui ont répondu qu'elles n'avaient « pas envie » ne représentent aussi que huit p. cent des femmes. Le fait est que ces femmes choisissant l'A.A. se sentent toujours dans l'obligation de se justifier ou parce que comme certains auteurs l'évoquent, il peut y avoir un problème de pudeur, de contact, de manque d'assurance face à l'A.M. [36, 49]. D'où la nécessité pour les professionnels de santé de s'intéresser au projet d'allaitement pendant la grossesse afin de dépister les angoisses et les peurs des patientes et de travailler sur ces points si besoin.

• Moment du choix et incitation

La décision du mode d'alimentation du nourrisson a souvent été prise par les femmes interrogées avant la grossesse (54% dont 30% avant la première grossesse et 26% au début de la grossesse actuelle). Dans la littérature, les avis divergent entre les auteurs. Certaines études mettent en évidence que plus le désir d'allaiter est précoce, plus l'allaitement sera choisi et poursuivi et inversement [50, 51, 52, 53]. Cela suggérait que les femmes qui choisissent de ne pas allaiter avant même le début de la grossesse ou en début de grossesse ne changeront probablement pas d'avis.

Dans notre étude, 64% des femmes à avoir choisi l'A.A. avaient elles-mêmes été allaitées artificiellement par leur mère. Et inversement dans les données de la littérature, on peut observer que les femmes qui ont été allaitées choisissent

plus souvent d'allaiter [41, 53, 54, 55]. On peut donc penser que le schéma familial a une influence sur les choix maternels.

Dans de nombreuses études, on retrouve aussi l'influence de l'entourage comme un des facteurs majeurs du choix d'allaitement : ainsi si la femme perçoit que la famille, et en particulier le conjoint, a une attitude négative vis-à-vis de l'allaitement maternel, elle n'allaitera probablement pas car elle sait qu'elle ne se sentira pas soutenue [56]. Ainsi dans notre étude, on remarque que les femmes disent que 25% des maris, 18% des mères, 6% des frères et sœurs et 3% de la belle-famille ont incité la femme à choisir l'A.A ce qui concorde là encore avec la littérature. En revanche, lorsqu'une femme a fait le choix de l'allaitement artificiel, moins de dix p. cent, pour chaque personne de l'entourage, n'a incité la femme vers une décision d'A.M.. Donc l'entourage a une certaine influence lorsqu'il s'agit d'orienter le choix vers l'A.A. contrairement au personnel soignant qui ne recommande pas ce type d'allaitement. Inversement, peu d'entre eux tentent d'orienter la femme vers un choix d'A.M. alors qu'elle a choisi l'A.A.

En contrepartie, on peut noter que les médecins gynécologues obstétriciens et les sages-femmes réalisent leur mission de promotion de l'A.M. à hauteur de 17% et 23% respectivement. Ce qui va dans le sens des recommandations, notamment celles de l'O.M.S. [12, 13, 22]. Néanmoins ces résultats ne sont pas très élevés, il faut rappeler aux professionnels qu'ils se doivent de donner une information claire aux patientes.

IV.2.3 La satisfaction de la prise en charge

• Étude de la satisfaction par rapport au temps d'explication

Le *Tableau II* de contingence est très révélateur. On peut voir que dans 76% des cas, l'équipe soignante passe en moyenne moins de 10 minutes à expliquer les modalités de la réussite d'un A.A. Vingt-trois p. cent des femmes interrogées pensent que ce temps d'explications n'est pas suffisant et 16% le qualifie de vraiment insuffisant.

Le fait que des patientes aient répondu que ce temps était suffisant (35%) voire trop important (2%) est à corréler à la parité. En effet, les femmes ayant déjà eu un enfant, voire plusieurs, peuvent s'abstenir de ces informations puisqu'elles ont déjà l'expérience un A.A. Cependant pour des primipares, il paraît important de fournir des explications claires car la préparation d'un biberon ne doit pas être classifié comme un geste anodin, elle demande une méthode précise et des conditions clairement établies [Cf. annexe 4]. On peut alors se demander si le temps passé auprès de ces patientes est suffisant pour délivrer une information exhaustive. La preuve est que 39% des patientes estiment le temps insuffisant.

Dans 19% des cas, l'équipe soignante a donné des explications pendant 10 à 30 min. Une seule personne a notifié que ce temps n'était pas assez important, sinon ce laps de temps semble convenir aux patientes.

Il est important d'éduquer les patientes et de répondre à leurs questions tant qu'elles séjournent encore dans le service d'U.M.E., surtout dans le cas d'un premier enfant. Un temps de 10 à 30 minutes semble convenir à ces explications d'après notre étude. Une démonstration en chambre de la préparation d'un biberon pourrait être proposée systématiquement aux femmes choisissant l'A.A. Le fait que les femmes ne soient pas unanimement satisfaites est confirmé dans une étude menée par la D.R.E.S.S. puisque 9% sont « plutôt pas satisfaites » et 5,5% sont « pas du tout satisfaites » des conseils fournis en maternité concernant l'A.A. [57] contre 22% et 2% dans notre étude. Nos chiffres sont plus élevés, mais traduisent l'intérêt de développer des réunions d'informations autour de l'A.A. comme il en existe déjà beaucoup autour de l'A.M.

• Étude des informations reçues

Soixante-neuf p. cent des patientes disent ne pas avoir reçu de document informatif concernant l'A.A. et 85% n'ont eu aucune information concernant les différents types de laits. Cela paraît surprenant, surtout qu'une feuille d'information leur est normalement dédiée [Cf. Annexe 4].

Si cette fiche n'a pas été remise lors de la grossesse, elle le sera le jour de la sortie, ce qui explique ce fort taux de « non » des femmes ayant été vu la plupart du temps avant leur sortie. Nos résultats ne sont donc pas interprétables et l'on ne peut donc pas dire que ces chiffres sont inquiétants puisqu'il y a manifestement ici un biais de méthodologie. Pour autant, on peut se poser la question de savoir quel sera le message retenu concernant l'A.A. si celui-ci est noyé dans la masse des papiers et informations délivrés le jour de la sortie.

• Étude de la satisfaction générale

On peut remarquer le fort taux de satisfaction globale des patientes (18% très satisfaites et 58% satisfaites) concernant la prise en charge de leur A.A. dans le service, ce qui est rassurant pour le personnel soignant. Vingt-deux p. cent se déclarent peu satisfaites. Ce résultat est difficile à comparé avec la littérature puisqu'en 2006 une étude de la D.R.E.S.S. retrouve 14,5% de mères peu ou pas satisfaites des informations et conseils donnés sur l'A.A., alors que le mémoire de Mme CLAUDOT intitulé "Seul l'amour surpasse le lait… L'allaitement au biberon, un accompagnement à ne pas négliger" montre qu'en 2007, 48% des patientes n'étaient pas satisfaites des informations délivrées [57, 58].

On peut remarquer que les résultats relatifs à la satisfaction globale des mères sont quasi identiques aux résultats concernant la satisfaction des mères en fonction du temps d'explications par un professionnel. L'accompagnement d'un A.A. est donc un élément primordial dans le jugement de la satisfaction par les patientes.

Quatre-vingt-trois p. cent des femmes pensent qu'une fois leur choix d'A.A. défini, celui-ci a été respecté par tous. C'est-à-dire que 17% des femmes restent encore sujettes à des remarques, des mots, des regards qui blessent. Tout comme le confirme un article du journal des professionnels de la petite enfance [26]. Il est nécessaire que ces conduites disparaissent au sein d'un personnel soignant qui n'est pas là pour juger mais pour accompagner.

# V. CONCLUSION

Notre étude a montré que les chiffres étaient représentatifs de l'H.C.E. mais ce taux d'allaitement artificiel est inférieur au taux national. Il paraissait tout de même intéressant de mener cette étude dans cet établissement qui participe à la promotion de l'allaitement maternel. Interroger les mères dans tous les types d'établissements publics ou privés, de niveaux différents et de régions différentes aurait permis d'obtenir une population plus représentative de la population générale.

Dans notre méthodologie, nous avons choisi d'exclure les patientes qui avaient fait un don de colostrum, néanmoins, il serait intéressant de compléter cette étude pour connaître les raisons qui amènent ces femmes à ne vouloir donner le sein qu'une fois en salle de naissance.

L'objectif principal de notre étude était de décrire les raisons qui poussent les mères à faire le choix de l'allaitement artificiel. Nous avons donc montré que la majorité des patientes estiment que les avantages de ce type d'allaitement sont d'ordre plutôt personnel et organisationnel. Pour les multipares, la raison principale qui a mené à ce choix est d'ordre médical, cependant peu de femmes présentaient de réelles contre-indications à l'allaitement maternel. Étudier les raisons de l'échec d'un allaitement maternel antérieur pourrait peut-être permettre au personnel soignant d'agir sur certaines causes.

On retrouve comme raison principale de ce choix la praticité de ce type d'allaitement puis l'envie d'intégrer le père aux repas de l'enfant, la volonté de connaître les quantités de lait absorbées par l'enfant et enfin, certaines mères ont répondu n'avoir tout simplement « pas envie » d'allaiter. Il paraît donc primordial de connaître la raison de ce choix pour pouvoir agir en conséquence avec chaque patiente. Il est important d'informer la patiente tout en l'accompagnant dans son choix.

Nous avons aussi pu mettre en évidence le fait que le mari (en majorité), la mère de la patiente ainsi que les amis pouvaient avoir une certaine influence sur la décision du type d'allaitement. Le fait que le schéma familial oriente le choix du type d'allaitement est d'ailleurs retrouvé dans de nombreuses études.

L'objectif secondaire de notre étude était d'évaluer la qualité de la prise en charge dans le service d'hospitalisation. L'étude rapporte que la satisfaction globale des mères est bonne puisque 58% sont satisfaites et 18% sont très satisfaites. Cependant, il faut noter que peu de temps est accordé aux explications de l'A.A. En effet, les professionnels de santé passent le plus souvent moins de dix minutes pendant toute la durée du séjour à donner des conseils par rapport à ce type d'allaitement et les femmes interrogées pensent que ce temps d'explications n'est pas suffisant et vont jusqu'à dire qu'il est vraiment insuffisant. Mais nous avons vu que les avis diffèrent selon la parité. Donc nous pensons qu'il serait préférable de donner des explications aux femmes qui le voudraient, et éventuellement de proposer une démonstration en chambre ou une réunion d'information collective.

Notre étude révélait aussi qu'un nombre important de patientes n'avaient reçu aucun document informatif concernant l'allaitement artificiel ou les différents types de laits. Mais ces résultats ne pouvaient pas être interprétés puisqu'il y avait là un biais de méthodologie : les femmes recevaient le questionnaire avant qu'elles n'aient reçu les papiers distribués par le pédiatre le jour de la sortie. En revanche, même si les documents sont souvent distribués le jour de la sortie de la maternité, on peut se poser de savoir ce qu'il restera des informations données alors qu'elles sont noyées dans tous les papiers et conseils de sortie. Les patientes n'ont pas le temps pour pouvoir prendre du recul ce qui ne leur permet pas de pouvoir poser les bonnes questions avant le retour à domicile.

Enfin, 17% des femmes restent encore confrontées à des attitudes inappropriées et blessantes. N'oublions pas que tout professionnel de santé se doit de s'occuper de chaque patient sans aucun jugement quel qu'il soit.
Nous finirons donc par cette phrase écrite par Marie THIRION qui décrit parfaitement l'état d'esprit dans lequel a été réalisé ce mémoire :

**« Le bébé sera beaucoup plus heureux**
**d'un biberon donné avec amour et tendresse**
**que d'un sein présenté avec gêne et réticence ».**

# VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO),
Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
Conférence internationale sur la nutrition : Déclaration mondiale et plan d'action pour la nutrition ; Rome 1992

[2] TURCK D.
Les bénéfices santé de l'allaitement.
La Santé de l'homme n° 408 ; 2010 ; p. 21 à 23

[3] SEARS M.R., GREENE J.M., WILLAN A.R. et al.
A longitudinal population-based cohort study ofchildhood asthma followed to adulthood.
N. Engl. J. Med. n° 349 ; 2003 ; p.1414 à 1422

[4] CHOURAQUI J.P.
Laits infantiles, quels progrès en dix ans ?
10ème Journée Interactive de Réalité Pédiatrique (JIRP) ; Mars 2009

[5] Symposium de l'Institut Français pour la Nutrition (IFN)
Présentation du Dr GHISOLFI J.
Nutrition de la conception à l'enfance : certitudes et perspectives ; Février 2009

[6] CORTINOVIS C.
Du lait maternisé aux préparations lactées.
Nutrition / Le quotidien du médecin ; Mars 2011 ; p.11

[7] GRUMMER L.M., MEI Z.
Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centre for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System.
Pediatrics n° 113 ; 2004 ; p.81 à 86

[8] SINGHAL A., COLE T.J., FEWTRELL M., LUCAS A.
Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study.
Lancet n° 363 ; 2004; p. 1571 à 1578

[9] PARONEN J., KNIP M., SAVILATHTI E., et al.
Effect of cow's milk exposure and maternal type 1 diabetes on cellular and humoral immunization to dietary insulin in infants at a genetic risk for type 1 diabetes.
Diabetes n° 49 ; 2000 ; p. 1657 à 1665

[10] DAVIS M.K.
Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence.
Pediatr Clin North Am n° 48 ; 2001 ; p. 125 à141

[11] THIRION M.
L'allaitement.
Paris : Albin Michel ; 1999

[12] Recommandations de la Haute Autorité de Santé
Allaitement Maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant – Recommandations.
Edité par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, mai 2002

[13] Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)
Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Durée optimale de l'allaitement au sein exclusivement ; 2001 ; Genève
Disponible sur : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/fa54id4.pdf

[14] ABRAHAMS S.W., LABBOK M.H.
Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding.
International Breastfeeding journal n°4 ; 2009 ; p.11
Disponible sur : http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/11

[15] DELAHAYE M.C.
Tétons et tétines, histoire de l'allaitement ; 1990

[16] ESTIENNE A. épouse BRETON
L'allaitement artificiel : rappels historiques, évolution technologique et nutritionnelle.
Université Aix-Marseille 2, Marseille, France ; 1984

[17] GAVEAU-AUJAY K.
Alternatives à l'allaitement maternel à travers les âges.
Université Paris V, Paris, France ; 1990 (92 p.)

[18] ROCLET C.
L'allaitement artificiel des nourrissons avant Pasteur.
Annales de démographies historiques de Paris ; 1993

[19] LABEY R.
Contribution de deux anciens internes en pharmacie au progrès de l'allaitement artificiel.
Revue d'Histoire de la pharmacie ; 1991

[20] PILIOT M.
La situation de l'allaitement maternel en France.
La Santé de l'homme ; 2010 ; n°408 ; p. 19 à 20

[21] BADINTER E.
Le conflit la femme et la mère.
Édition Flammarion ; Paris ; 2010

[22] Programme National Nutrition Santé
Allaitement maternel : Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.
Édité par le directeur général de la santé ; sept. 2010 ; p. 27 à 47

[23] BONNET P.
Allaitement maternel, entre plaisir et devoir.
Maternité

[24] ROQUES N.
Allaitement Maternel et Culpabilité.
Les Dossiers de l'Obstétrique ; Août Septembre 2000

[25] TOURNE C.
La dimension psychoaffective de l'allaitement.
Les dossiers de l'obstétrique n° 238 ; Avril 1996

[26] Maternité épanouie ?
Le journal des professionnels de la petite enfance ; septembre 2011 ; p.11

[27] VIOTTI E.
Pratique autour de l'allaitement artificiel à l'Hôpital Couple Enfant au CHU de Grenoble.
Mémoire de Sage-femme ; Université Joseph Fourier Grenoble ; 2010

[28] Recommandations de la Haute Autorité de Santé
Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile.
Communiqué de Presse ; 14 septembre 2004
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240504/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile

[29] Sortie précoce de maternité avec bébé
Disponible sur : http://www.pediatre-online.fr/grossesse/sortie-precoce-de-maternite-avec-bebe/
Article publié ou modifié le 24 décembre 2008 par admin

[30] Allaitement
Rapport 2010 au C.H.U. de Grenoble
Février 2011 ; version finale

[31] Site internet de La Leche Ligue : Taux d'allaitement maternel en hausse.
Disponible sur : http://www.lllfrance.org/Actualite-scientifique/Taux-d-allaitement-maternel-2006-et-2007-en-hausse.html

[32] Site internet de l'INPES : taux d'allaitement maternel.
Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2011/024.asp

[33] Site internet Santé et allaitement maternel : épidémiologie.
Disponible sur : http://www.santeallaitementmaternel.com

[34] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)
Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant ; Mai 2002.
Disponible sur http://anaes.fr

[35] Ministère chargé de la santé
Enquête de périnatalité ; 2010

[36] SENECAL J., ROUSSEY M., DEFAWE G., LOZAC'H P.
L'allaitement maternel : ses avantages, les facteurs du choix ou refus en Bretagne.
Ouest Médical ; 1978

[37] DUSSAUZE C.
Facteurs influençant le choix du mode d'alimentation et aspects pratiques de l'allaitement maternel du nouveau-né hospitalisé.
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ; 2001

[38] SHEPHERD CK., POWER KG., CARTER H.
Examining the correspondence of breast-feeding and bottle-feeding couples' infantfeeding attitudes.
Adv Nurs ; 2000

[39] GUERRERO ML, MORROW RC, CALVA JJ, ORTEGA-GALLEGOS et Al.
Rapid etnographic assessement of breast-feeding practices in periurban Mexico City.
Bull World Health Organ ; 1999

[40] LACUISSE, VERDIER EM.
Les déterminants du choix et de la poursuite du mode d'allaitement maternel.
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ; 2006

[41] TRIAA BENHAMMADI I.
Les déterminants du choix du mode d'allaitement ; etude prospective auprès de 111 femmes à la maternité de Max Fourestier de Nanterre.
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine ; 2009

[42] FREED GL., FRAKLEY JK., SCHANLER RJ.
Attitude of expectant fathers regarding breast-feeding.
Pediatrics ; 1992

[43] DE FLAMESNIL F., KOHLER J., BAROT D., BERGER F.
Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme.
Journal de Pédiatrie et de puériculture n°1 ; 1997

[44] MARTIN C.
Allaitement maternel et reprise du travail ; Le point de vue des femmes
Thèse pour le diplôme d'État de sage-femme ; Paris ; 2010

[45] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant.
Paris, ANAES ; mai 2002

[46] FEIN SB., ROE B.
The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding.
Am J Public Health ; Juillet 1998

[47] COHEN R., MRTEK MB.
The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breast-feeding by employed mothers.
Am J Health Promot. ; Juillet-Août 1994

[48] Site internet de La Leche Ligue : http://www.lllfrance.org/Allaiter-Aujourd-hui/AA-78-Allaiter-des-jumeaux-quel-defi.html

[49] VENDITTELLI F., LABARCHE-MANCIET C., GRANDJEAN MH.
Allaitement et motivations maternelles.
J Gynecol Obstet Biol Reprod ; 1994

[50] BRANGER B., LESTIEN R., CRINE F., PICHEROT G., GERARD C.
Les motivations psychosociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né.
Ann Pédiatr ; 1988

[51] AHLUWALIA IB., MORROW B., HSIA J.
Why do women stop breastfeeding ? Findings from the Pregnancy risk Assessment end Monitoring System.
Pediatrics ; Décembre 2005

[52] LOSCH M., DUNGY CL., RUSSEL D., DUSDIEKER LB.
Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding.
J Pediatr ; 1995

[53] BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G., DE CORNULIER M.
Facteurs influençant la durée de l'allaitement chez 150 femmes.
Arch Pédiatr ; 1998

[54] LABARERE J., DALIA-LANA C., et al.
Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry.
Arch Pédiatr ; 2001

[55] FANELLO S., MOREAU-GOUT I., COTINAT JP., DESCAMPS P.
Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes.
Arch Pédiatr ; 2003

[56] FREED GL., FRAKLEY JK., SCHANLER RJ.
Accuracy of expectant mother'sperceptions of father'sattitudes regarding breast-feeding.
JFamPract ; 1993

[57] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (D.R.E.S.S.)
Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement ; n° 660 ; Septembre 2008

[58] CLAUDOT M.
Seul l'amour surpasse le lait… L'allaitement au biberon, un accompagnement à ne pas négliger
Mémoire de sage-femme ; Université Poincaré Nancy ; 2007

# VII. ANNEXES

## ANNEXE 1 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

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

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

Tiré de *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel – Le rôle spécial des services liés à la maternité, Déclaration conjointe de l'O.M.S. et de l'U.N.I.C.E.F.* ; Genève ; 1989 et de *The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative* ; U.N.I.C.E.F. ; 1992.

**ANNEXE 2 : Historique des biberons**

http://www.histoire-du-biberon.com/biberons/sommairebib.htm

Les biberons de l'Antiquité :

- Les biberons en terre :

- Les biberons médiévaux :

La corne à allaiter

Biberon en bois tourné

Les biberons du XVII$^{ème}$ siècle au XIX$^{ème}$ siècle :

Poteries régionales à bec

Tasse à nourrisson dite « scrole »

Biberon balustre en étain

Biberon en fer blanc

Les biberons en verre ou cristal du XVIII$^{ème}$ jusqu'à la fin du XIX$^{ème}$ siècle :

Biberon sabot

Biberon dit « français »

Biberon méplat à pans

Biberon gourde

Les biberons en verre industriel du XIX$^{ème}$ au début du XX$^{ème}$ siècle :

Biberon nourricier

Biberon droit en verre moulé

Biberons en verre sérigraphiés symbole de l'après Seconde Guerre :

Biberon « shaker » en verre

Les biberons modernes en plastiques des années 1960 à 1980 :

Les biberons d'aujourd'hui :

N°

**ANNEXE 3 : Le questionnaire distribué**

# Questionnaire

Bonjour, je m'appelle Emmanuelle CHARPENTIER, je suis étudiante à l'école de sage-femme de Grenoble.

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, je réalise un mémoire. Pour ce mémoire j'ai choisi d'en savoir un peu plus sur l'allaitement artificiel et les femmes qui font ce choix. L'objectif de cette étude est de vous demander les raisons qui conduisent à ce choix et aussi de savoir si votre choix à été respecté par l'équipe soignante.

Ce questionnaire ne vous prendra que 5 minutes, merci d'être la plus honnête possible dans vos réponses Je me porte garante de l'anonymat de toutes vos réponses, celles-ci feront uniquement l'objet de statistiques internes à l'hôpital.

## *VOTRE ACCOUCHEMENT ACTUEL :*

Terme =

**1) Quand avez-vous accouché ?** le …. / …. / 2011 à …. H ….

**2) Votre accouchement s'est-il déroulé normalement ?**

☐ Oui
☐ Non :
- ☐ Par ventouse
- ☐ Par forceps
- ☐ Par césarienne
- ☐ Aucun des précédents choix

**3) Y a-t-il eu des complications pendant ou juste après votre accouchement ?**

☐ Non
☐ Oui, lesquelles ? ……..
……..

**4) Quel était le poids de votre enfant à sa naissance :**

☐ Moins de 2kg
☐ Entre 2 et 3kg
☐ Entre 3 et 3,5 kg
☐ Entre 3,5 et 4 kg
☐ Plus de 4 kg

**5) Vous avez choisi l'allaitement artificiel (par biberon) :**

**a_** Depuis quand avez-vous fait ce choix ?

☐ Avant votre 1ère grossesse (si vous avez eu d'autres enfants)
☐ Avant cette grossesse
☐ Pendant cette grossesse
☐ Au moment de l'accouchement
☐ Dans le service de suites de couches
☐ Autres : …….....

**b_** Votre conjoint a-t-il exprimé un choix ?

☐ Non
☐ Oui si oui, lequel : ☐ Allaitement Maternel
☐ Allaitement Artificiel

**c_** Quelqu'un vous a-t-il fortement incité à allaiter au sein votre enfant ? (plusieurs réponses possibles)

- Dans votre entourage :

☐ Votre mère
☐ Votre (vos) sœur(s)
☐ Votre grand-mère paternelle/maternelle
☐ Votre mari
☐ Votre belle famille
☐ Vos ami(e)s
☐ Autres : …….....

- Le personnel soignant :

☐ Sages-femmes
☐ Auxiliaires puéricultrices
☐ Gynéco-obstétricien
☐ Autre(s) : …….

**d_** Quelqu'un vous a-t-il fortement incité à allaiter votre enfant au biberon ? (plusieurs réponses possibles)

- Dans votre entourage :

☐ Votre mère
☐ Votre (vos) sœur(s)
☐ Votre grand-mère paternelle/maternelle
☐ Votre mari
☐ Votre belle famille
☐ Vos ami(e)s
☐ Autres : ……

- Le personnel soignant :

☐ Sages-femmes
☐ Auxiliaires puéricultrices
☐ Gynéco-obstétricien
☐ Autre(s) : …….

**e_** Pensez-vous que votre choix a été respecté par tous ?
☐ Oui
☐ Non
Si votre réponse est non, pouvez-vous précisez :……
……

**6) Pourquoi avez-vous choisi l'allaitement artificiel ? (Plusieurs réponses possibles)**

• **Pour des raisons médicales :**
☐ Un médecin ou une sage-femme vous a contre-indiqué l'allaitement maternel ?
Si oui, pour quelle(s) raison(s) : ……...
☐ Vous avez eu un échec d'allaitement maternel ☐ Pour cet enfant
☐ Pour un aîné
☐ Votre enfant a dû être transféré dans un service de néonatalogie
☐ Autre(s) : …….
……...

• **Pour une question d'organisation :**
☐ Vous avez eu des jumeaux
☐ Vous comptez reprendre le travail rapidement
☐ Vous pouvez vérifier les quantités de lait que votre bébé boit
☐ Vous trouvez cela tout simplement plus pratique
☐ Autre(s) : …….....
……..

• **Pour des raisons personnelles :**
☐ Le respect de votre intimité
☐ Préserver l'esthétique de votre poitrine
☐ Pouvoir se reposer
☐ Se sentir plus libre
☐ Le papa peut participer
☐ Quelqu'un peut le faire à votre place si vous êtes occupée
☐ Autre(s) :……...
……

## ***CARACTERISTIQUES PERSONNELLES :***

1) **Quel âge avez vous ?** …… ans

2) **Etes-vous** ☐ Mariée ou Pacsée ☐ Célibataire
☐ Divorcée ☐ En concubinage

3) **Ressources mensuelles totales de votre foyer :**

☐ Inférieur à 1344 euros
☐ Entre 1344 et 2000 euros
☐ Entre 2000 et 5000 euros
☐ Plus de 5000 euros

4) **Combien d'enfants avez-vous ?** ….. enfants

Votre 1er enfant a été allaité :

☐ au sein
☐ au biberon

Votre 2ème enfant a été allaité :

☐ au sein
☐ au biberon

Votre 3ème enfant à été allaité :

☐ au sein
☐ au biberon

Vos autres enfants ont été allaités :

☐ au sein
☐ au biberon

N°

## ***ENTRETIEN AVEC LA PATIENTE :***

**1) Pour vous, quelle est LA raison principale qui vous a décidée à allaiter artificiellement ? Pourquoi ?**

……
……

2**) L'équipe médicale vous a-t-elle remis des documents informatifs ou donné des conseils sur**

- la préparation des biberons : ☐ Oui ☐ Non
- les différents laits proposés : ☐ Oui ☐ Non

**3) A combien de temps estimez-vous le temps que la sage-femme a passé à vous donner des informations/conseils par rapport a l'allaitement artificiel :**

☐ Moins de 10 min ☐ 10 à 30 min
☐ 30 min à 1 heure ☐ Plus d'1heure

4**) Estimez-vous que ce temps qui vous a été consacré est…?**

☐ Trop important ☐ Suffisant
☐ Pas vraiment suffisant ☐ Pas du tout suffisant

5**) Etes-vous satisfaite de l'accompagnement dont vous avez bénéficié lors de votre séjour en suites de couche concernant votre choix d'allaitement artificiel ?**

☐ Très satisfaite ☐ Satisfaite
☐ Peu satisfaite ☐ Pas du tout satisfaite

Pourquoi ? ……
……..

**6) Vous rappelez-vous avoir été allaitée par votre mère :**
☐ Au sein
☐ Au biberon
☐ Ne sait pas

**ANNEXE 4 : Le document informatif remis par le C.H.U. de Grenoble concernant la préparation des biberons**

# ALLAITEMENT ARTIFICIEL

## DEFINITION

C'est l'alimentation du nourrisson avec des préparations à base de protéines de lait de vache ou de soja dont la composition répond aux normes européennes.

On trouve ces préparations sous 2 formes :

- **Liquide** : elles sont alors stériles et prêtes à l'emploi (à conserver au réfrigérateur 48h maximum après ouverture).
- **En poudre** : non stériles, à mélanger à de l'eau pour reconstituer du lait, au moment de le donner.

## MATERIEL

Doit être nettoyé dans de bonnes conditions pour éviter les contaminations microbiennes.

Les mains sont propres ainsi que le plan de travail.

Le biberon a été rincé à l'eau froide **de suite après l'utilisation précédente** puis lavé à la main avec du produit vaisselle ou au lave vaisselle à 65°. Il a séché tête en bas sur un égouttoir à l'air libre (pas d'utilisation de torchon).

La stérilisation est inutile car, à domicile, le risque infectieux est de bas niveau.

## QUELLE EAU ?

►Eau du robinet

Elle est adaptée. Froide, après l'avoir laissée couler quelques secondes, les robinets étant nettoyés et détartrés régulièrement. On n'utilisera pas d'eau filtrée ou adoucie.

En cas de doute sur la qualité de l'eau s'adresser à la mairie.

►Eau en bouteille

De source ou minérale, portant la mention « convient à l'alimentation des nourrissons ».

Conserver la bouteille au frais après ouverture et ne l'utiliser pas pour les biberons si elle est ouverte depuis plus de 24h.

## PREPARATION DU BIBERON

On peut donner un biberon à température ambiante si l'on dispose de préparation liquide.

Pour les préparations en poudre,

Il est plus facile de diluer la poudre dans l'eau chauffée à 37°. Pour cela on utilisera un bain-marie ou chauffe biberon, **pas de micro-ondes.**

Après avoir chauffé la quantité d'eau indiquée

***AJOUTER UNE MESURETTE DE POUDRE POUR 30 ML d'EAU.***

Puis agiter le biberon, et contrôler sa température en versant quelques gouttes de lait sur la face interne du poignet.

Le délai maximal de consommation après préparation est d'une heure.

En promenade on emmènera séparément l'eau et la poudre, qu'on mélangera au dernier moment.

## COMMENT DONNER LE BIBERON ?

Vous vous installerez confortablement, Bébé en position demi assise, la tête dans le creux du coude, le biberon incliné de telle sorte qu'il n'y ait pas d'air dans la tétine.

A la fin de la tétée on gardera bébé en position verticale pour le rot.

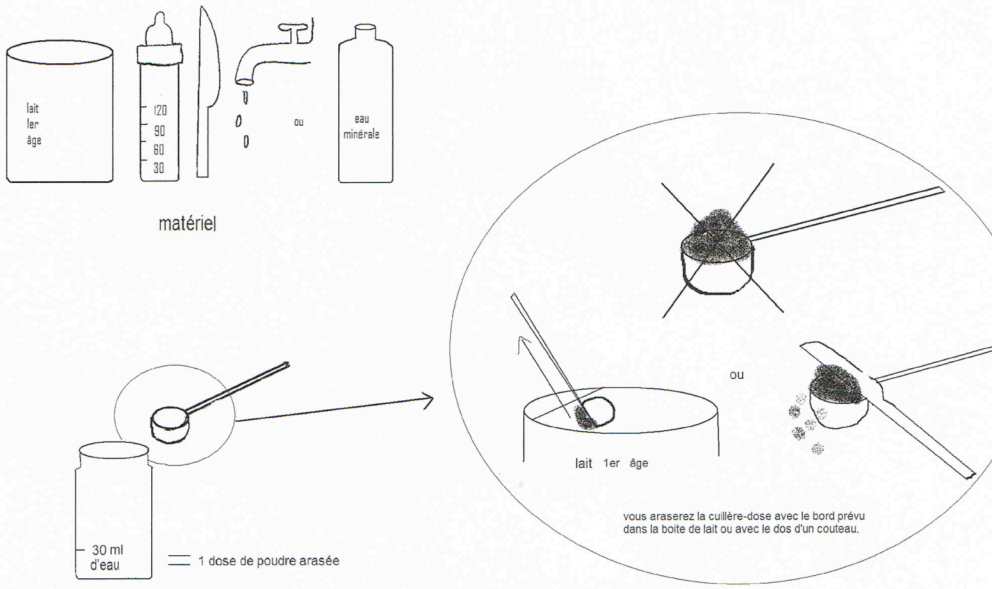
***Il est fortement déconseillé d'installer le bébé de telle sorte qu'il puisse boire tout seul son biberon.***

## QUELLE QUANTITE ?

Les rations sont théoriques et seront définies avec l'aide de votre médecin.

Jusqu'à 6-8 semaines on pourra donner 6 biberons par 24h.

On peut donner à la demande, mais il est conseillé de respecter un intervalle minimum de 2h30 à 3h entre 2 biberons.


lait
1er
âge
120
90
60
30
ou
eau
minérale
matériel
ou
lait 1er âge
vous araserez la cuillère-dose avec le bord prévu
dans la boite de lait ou avec le dos d'un couteau.
30 ml
d'eau
1 dose de poudre arasée

# RÉSUMÉ

**INTRODUCTION :** De nos jours, plus d'un tiers des femmes choisissent l'allaitement artificiel alors que les bénéfices de l'allaitement maternel ont été démontrés. Ces mères ne sont pas toujours comprises et leur choix n'est pas toujours respecté par les personnes les entourant tout au long de la grossesse.

**OBJECTIFS :** L'objectif principal était de décrire les raisons conduisant les femmes à faire le choix de l'A.A. L'objectif secondaire était d'étudier la prise en charge de ces femmes en Unité Mère Enfant afin de connaître leur degré de satisfaction.

**MATÉRIEL ET MÉTHODES :** Il s'agissait d'une étude observationnelle qualitative à visée descriptive, monocentrique et prospective, réalisée dans l'Unité Mère Enfant de l'Hôpital Couple Enfant du C.H.U. de Grenoble pendant la période du 15 mai 2011 au 31 juillet 2011.

**RÉSULTATS :** La majorité des femmes ont répondu que les avantages de l'A.A. les plus appréciés étaient d'ordre personnel et organisationnel. Pourtant, les raisons principales de ce choix étaient les échecs d'un allaitement au sein chez un aîné chez les multipares (21%) et sa commodité (15%). Globalement la satisfaction des mères était bonne (58% satisfaites) mais 40% perçoivent le temps d'explications comme insuffisant.

**CONCLUSION :** Les professionnels se doivent d'informer les patientes sur les bienfaits de l'A.M., mais la décision finale est personnelle. Cependant les professionnels doivent rester attentifs et informer la patiente même lors d'un A.A. La préparation d'un biberon n'étant pas un geste anodin, il ne faut pas négliger l'accompagnement d'un A.A.

**MOTS-CLÉS :** allaitement artificiel et maternel, recommandations, choix, respect.