

**Les raisons du refus de l'allaitement maternel : recueil
du point de vue de femmes primipares par une étude
qualitative**

Klara Kekus

► **To cite this version:**

Klara Kekus. Les raisons du refus de l'allaitement maternel : recueil du point de vue de femmes primipares par une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01063087

HAL Id: dumas-01063087

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01063087>

Submitted on 11 Sep 2014

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014

**THESE POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

KEKUS Klara

NEE LE 19/12/1985 A LES LILAS (93)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 JUIN 2014

**LES RAISONS DU REFUS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :
RECUEIL DU POINT DE VUE DE FEMMES PRIMIPARES
PAR UNE ETUDE QUALITATIVE**

PRESIDENTE DU JURY : Pr Nathalie RIVES

DIRECTRICE DE THESE : Dr Sylvie RAPP

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014

U.F.R DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET**
H.PIGUET - C.THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-**
GUITRANCOURT -
M. BENOZIO - J.BORDE – Ph. BRASSEUR- R.
COLIN -E. COMOY – J. DALION - P.DESHAYES -
C.FESSARD J.P FILLASTRE - P. FRIGOT - J.
GARNIER - J.HEMET- B. HILLEMAND –
G.HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER –
Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P.LEMERCIER - J.P
LEMOINE - Mlle MAGARD –MM. B. MAITROT - M.
MAISONNET - F.MATRAY – P. MITROFANOFF-
Mme A.M. ORECCHIONI - P.PASQUIS - H.PIGUET -
M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS -
J.C.SCHRUB-R.SOYER – B.TARDIF - TESTART -
J.M.THOMINE – C.THUILLEZ-P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (<i>Surnombre</i>)	HCN	Chirurgie Pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOUS	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>)	CPMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine Interne - Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique – Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato – vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL

M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie – obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUsETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie-Gastrologie
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion

M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Jeremy BELLIEU	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
M Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique

Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
-------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaelle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Madame le Professeur Nathalie Rives

Vous m'honorez de votre confiance en acceptant la présidence de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Pascale Schneider

Auprès de qui j'ai trouvé un accueil bienveillant et qui a bien voulu participer au jury de cette thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre Fainsilber

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury. Merci de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Sylvie

Je te remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci de ton soutien dans la réalisation de ce travail.

A mes parents, mon beau-père

Merci d'être présents au quotidien et de m'avoir soutenue dans ces longues études. C'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui !

A mon frère, Filip

Merci de m'avoir soutenu depuis le tout début et sache que je suis fière de mon grand frère.

A mon Clément

Merci d'être à mes côtés tous les jours. Merci de ton soutien et de ton aide au quotidien, j'ai beaucoup de chance. Je suis très fière de devenir ta femme d'ici quelques semaines.

A mes beaux-parents, Odile et François

Merci pour votre soutien. Merci de votre gentillesse et de l'accueil que vous m'avez fait dans votre famille.

A Lamia

J'ai adoré ces années d'externat passées sur Paris avec toi. Merci pour ton soutien depuis le début. Tu es une fille géniale et je suis fière de t'avoir comme amie.

A mes amies d'enfance, Alice et Julie

Merci d'avoir toujours été présentes que ce soient dans les moments heureux ou dans les périodes difficiles de ma vie.

Sommaire

Sommaire	15
1 Introduction.....	18
2 Etat des lieux de l’allaitement maternel en 2013	19
2.1 Définitions	19
2.2 La composition du lait maternel	19
2.3 Les principaux avantages de l’allaitement maternel	20
2.3.1 Pour le nouveau-né.....	20
2.3.2 Pour la mère	21
2.3.3 Le lien mère-enfant.....	22
2.4 Les contre-indications à l’allaitement maternel	22
2.4.1 L’infection par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH).....	22
2.4.2 Les médicaments	23
2.4.3 Le tabagisme.....	23
2.4.4 L’alcool	23
2.4.5 Les autres toxiques	23
2.5 Principaux guides internationaux pour la promotion de l’allaitement	24
2.5.1 Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)	24
2.5.2 Déclaration conjointe de l’OMS/UNICEF (1989)	24
2.5.3 L’Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB)	25
2.5.4 Les autres recommandations	25
2.6 Statistiques d’allaitement maternel.....	26
2.6.1 En France.....	26
2.6.2 En Europe.....	27
2.6.3 Dans le monde.....	28
3 L’allaitement artificiel	29
3.1 L’équipement.....	29
3.1.1 Les biberons.....	29
3.1.2 Les tétines	29
3.1.3 Le reste du matériel.....	30

3.2	Les laits infantiles.....	30
3.2.1	Préparation et conservation du biberon au domicile.....	30
3.2.2	Les différentes sortes de préparations pour nourrissons.....	31
3.3	Le coût de l’allaitement artificiel.....	33
4	Matériels et méthodes	34
4.1	Question	34
4.2	Objectif	34
4.3	Type d’étude.....	34
4.3.1	Choix de la méthodologie	34
4.3.2	Choix de l’entretien semi-dirigé	34
4.3.3	La population étudiée	35
4.3.4	Composition de l’échantillon	35
4.3.5	Le mode de recrutement	35
4.3.6	Elaboration du guide d’entretien	35
4.3.7	Les entretiens	36
4.3.8	La retranscription du verbatim.....	36
4.3.9	Le codage.....	36
5	Résultats	37
5.1	Nombre d’entretiens	37
5.2	Caractéristiques de la population	37
5.3	Les raisons du non-allaitement	37
5.3.1	Les raisons personnelles	38
5.3.2	La place du père.....	43
5.3.3	L’influence de l’extérieur	44
5.3.4	Les connaissances des femmes sur l’allaitement maternel.....	46
6	Discussion	48
6.1	Points forts, points faibles et biais	48
6.1.1	Méthodologie	48
6.1.2	Résultats.....	49
6.2	Principaux résultats, analyse et implications pratiques.....	50
6.2.1	La pudeur	50
6.2.2	Facilité et praticité du biberon	50
6.2.3	La place du père.....	52
6.2.4	Informations sur l’allaitement maternel.....	52

7 Conclusion	55
8 Bibliographie	56
9 Liste des abréviations	59
10 Annexes	60
10.1 Annexe 1 : Guide d'entretien	60
10.2 Annexe 2 : Caractéristiques de la population	62

1 Introduction

Pour le nourrisson, l'allaitement maternel est l'idéal. « Breast is best » comme le disent si bien les Anglo-Saxons (1).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire au-delà en fonction des desiderata des mères (2). La Haute Autorité de Santé (HAS) a recommandé en 2006, elle aussi, de favoriser l'allaitement maternel de différentes manières pendant la grossesse et en post-partum (3).

Malgré ces recommandations et la promotion de l'allaitement maternel par les professionnels de la santé, le taux d'allaitement maternel exclusif en France en 2010 n'était que de 60,2% d'après l'enquête nationale périnatale (4). En 2003, il était de 56,3%. 61,2% des primipares ont allaité en 2003 contre 52% des multipares (5).

Les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant et la mère n'étant plus à démontrer, il est intéressant de s'interroger sur les raisons de la persistance du choix de ne pas allaiter alors que tout est mis en œuvre pour promouvoir les bénéfices du lait maternel pour l'enfant et la mère.

Nous avons choisi de nous intéresser uniquement aux primipares au cours de leur grossesse pour connaître leur a priori sur l'allaitement mais aussi pour exclure les séquelles d'une expérience antérieure négative.

L'objectif de cette étude qualitative est de permettre aux femmes de s'exprimer sur leur choix de ne pas allaiter, d'en connaître les raisons. Le plus souvent lors des consultations prénatales, lorsque les femmes choisissent le biberon, nous essayons de convaincre les femmes que l'allaitement maternel est meilleur sans connaître les vrais raisons de ce refus. Certaines femmes peuvent alors se sentir culpabiliser.

Il est vrai que ce sujet est un sujet intime et la réponse est propre à chaque personne. Connaître les réelles motivations de ces femmes permet de mieux les accompagner dans cette toute nouvelle expérience.

Ce document se compose de deux parties.

La première partie fait la synthèse sur les connaissances actuelles sur l'allaitement maternel et sur l'allaitement artificiel.

La deuxième partie présente les résultats de notre étude.

2 Etat des lieux de l'allaitement maternel en 2013

2.1 Définitions

L'allaitement est le mode d'alimentation d'un nourrisson ou d'un enfant soit par le lait de femme, que l'on appelle l'allaitement maternel, soit par le lait d'origine animale (vache) naturel ou préparé industriellement, que l'on appelle l'allaitement artificiel, et qui est administré au biberon.

L'allaitement peut être exclusif. Le nourrisson ne reçoit alors aucun autre aliment ni boisson (y compris de l'eau), à l'exception, de médicaments et gouttes de vitamines ou de sels minéraux lorsqu'ils sont nécessaires. Le lait maternel exprimé (provenant de la mère ou d'une banque de lait) ou celui d'une nourrice est également accepté (6).

L'allaitement peut être mixte. Le nourrisson est alors alternativement nourri au lait maternel et au lait issu de préparations commerciales pour nourrissons.

L'allaitement est artificiel lorsque le nourrisson reçoit des préparations commerciales pour nourrissons ou tout autre substitut du lait maternel.

Le lait artificiel, ou *lait infantile*, ou *substitut de lait maternel*, désigne « tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage » (7).

La majeure partie des laits industriels sont aujourd'hui à base de lait de vache ou lait de soja.

2.2 La composition du lait maternel

Le lait maternel est composé principalement d'eau à 87 %, de lactose à 9 %, de lipides à 3 % et à 1% de protéines. La quantité très faible de protéines est adaptée à l'immaturité rénale du nourrisson.

Il existe deux types de protéines : les caséines (40%) et les protéines solubles (60%) [alphalactalbumine, albumine, lactoferrine, lysosyme, immunoglobulines (IgA sécrétoires, IgG, IgM)]. Ces protéines, contrairement à celles du lait de vache, ne contiennent pas de bêta-lactoglobuline qui est à l'origine des allergies aux protéines de lait de vache. La plus faible quantité de caséine par rapport aux protéines permet au lait maternel d'être mieux digéré et plus rapidement.

Les glucides sont composés de lactose qui va participer au développement des structures cérébrales et d'oligosaccharides qui sont non digestibles et participent à la défense de l'organisme contre les agressions infectieuses gastro-intestinales.

Les lipides sont composés d'acides gras polyinsaturés à longue chaîne et de cholestérol. Ces deux éléments contribuent au bon développement des structures cérébrales chez le nourrisson (8).

Il y a plusieurs éléments qui différencient le lait maternel du lait de vache qui sert de base à la fabrication de préparations pour nourrissons.

Tout d'abord, la composition du lait maternel varie dans le temps ce qui correspond aux besoins évolutifs du nourrisson. Au cours de la tétée, la composition varie également, avec quatre fois plus de lipides en fin de tétée ce qui contribue à la sensation de satiété de l'enfant. Les cinq premiers jours de vie, le lait contient plus de protéines et donc d'anticorps, c'est ce qu'on appelle le colostrum.

Le lait maternel protège aussi contre les infections du fait de sa composition mais aussi par une moindre exposition aux germes pathogènes de l'environnement.

Il existe des différences significatives entre le lait de femme, les préparations pour nourrissons et le lait de vache (tableau 1).

Par 100 ml	Lait maternel	Préparations pour nourrissons	Lait de vache
Energie (Kcal)	67	66-73	65
Protéines (g)	1	1.5-1.9	3.7
Caséine (%)	40	60-80	80
Béta-lactoglobuline	-	+	+
Glucides (g)	7.5	6.7-9.5	4.5
Lactose (%)	85	47-100	100
Lipides (g)	3.5	2.6-3.8	3.5
Acide linoléique (mg)	350	350-740	90
A. α -linoléique (mg)	37	30-100	traces
Sels minéraux (mg)	210	250-500	900
Sodium (mg)	17	15-30	48
Calcium (mg)	34	41-82	125
Phosphore (mg)	14	21-56	91

Tableau 1

Composition du lait maternel comparée à celle des préparations pour nourrissons et du lait de vache (8) (9).

2.3 Les principaux avantages de l'allaitement maternel

2.3.1 Pour le nouveau-né

a) Prévention des infections

Le lait maternel compense partiellement l'immaturation physiologique immunitaire du nouveau-né grâce à ses composants. Certaines de ses substances (hormones, facteurs de

croissance, cytokines, lactoferrines...) ayant une action immunomodulatrice, participent au développement du système immunitaire de l'enfant. Les IgA sécrétées véhiculent des anticorps antibactériens, antiviraux et anti-*Candida* produits par l'organisme maternel ce qui empêche le développement de bactéries, virus et organismes fongiques. Les lactoferrines, le lysozyme et la lactoperoxydase ont une action bactéricide. D'autres facteurs renforcent les défenses épithéliales intestinales et respiratoires.

La flore bactérienne intestinale du nourrisson contient moins de bactéries pathogènes et plus de lactobacilles et de bifidobactéries, ce qui réduit le nombre d'épisodes de diarrhée aiguë.

L'allaitement permet également le transfert des anticorps maternels.

Tous ces éléments permettent à l'enfant allaité de faire moins d'infections bactériennes et virales (ORL, respiratoires et intestinales). Cette protection a surtout été étudiée lors de diarrhées aiguës infectieuses chez le nourrisson. On note une diminution de l'incidence des diarrhées aiguës et, quand elles surviennent, une diminution de leur gravité (9).

Cependant, pour que l'effet préventif soit optimal, l'allaitement maternel doit être exclusif et durer plus de trois mois (9). Il tend à diminuer à l'arrêt de l'allaitement et est encore plus faible après six mois.

b) Prévention de l'allergie et de l'obésité

Une majorité d'études met en évidence le rôle préventif de l'allaitement maternel vis-à-vis de l'asthme et des allergies alimentaires (10).

On prête également à l'allaitement maternel un effet préventif probable dans la protection de l'obésité dans l'enfance et dans l'adolescence. Par contre, ce bénéfice ne semble pas être retrouvé à l'âge adulte (11).

2.3.2 Pour la mère

a) Les suites de couche

La perte de poids est plus rapide dans les 6 premiers mois suivant l'accouchement.

Les sécrétions hormonales provoquées par la mise au sein diminuent le risque d'infections du post-partum et aident l'utérus à reprendre au plus vite sa taille, sa forme et sa tonicité.

b) Prévention des cancers du sein et des ovaires

L'allaitement maternel diminue l'incidence des cancers du sein avant la ménopause. Le risque de cancer invasif du sein est diminué de 4.5% pour une année d'allaitement et une femme non allaitante a 1,4 fois plus de risque de développer un cancer en préménopause (12).

Le risque de développer un cancer de l'ovaire est multiplié par 1,3 chez les femmes n'ayant pas allaité par rapport à celle ayant allaité 18 mois ou plus (12).

c) Prévention des risques cardio-vasculaires

Si une femme allaite plus de 2 ans, le risque qu'elle développe une complication cardiovasculaire est diminué d'un facteur 1.3. Le risque est, par exemple, augmenté de 28 % dans un groupe de femmes n'ayant pas allaité par rapport à celui de femmes ayant allaité sept à 12 mois (12).

La mobilisation des réserves dans le post-partum mais aussi un meilleur équilibre des métabolismes lipidiques et glucidiques participeraient à cette prévention.

2.3.3 Le lien mère-enfant

L'allaitement constitue un élément majeur de la relation mère-enfant. Il favoriserait le processus d'attachement de même qu'un sentiment de bien-être et d'estime de soi.

Le processus d'attachement débute précocement dès la naissance avec le premier contact entre la mère et l'enfant. Ce processus est renforcé par l'allaitement et les comportements qui l'accompagnent (prendre le bébé, le toucher, le regarder). Chaque tétée est en effet l'occasion de multiples échanges visuels et verbaux et de plusieurs minutes de contact peau à peau.

L'allaitement apporte un sentiment de bien-être et d'estime de soi. La mère par le biais de l'allaitement, a du plaisir de voir grandir son bébé grâce à son lait, par la tétée, l'enfant est réconforté. Ce sentiment de « savoir-faire » et de « savoir ce qu'il faut faire » engendre une estime de soi rehaussée.

Bien entendu, le fait de ne pas allaiter ne compromet pas le lien mère-enfant, mais il peut parfois demander plus de temps et surtout il faut prendre conscience que le lien ne se résume pas qu'à l'aspect nutritif mais aussi à du réconfort, une sécurité, une communication.

2.4 Les contre-indications à l'allaitement maternel

2.4.1 L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

La transmission du VIH par le lait maternel est possible. En effet, le risque se situe entre 4 et 22 %. Parmi les enfants infectés par le VIH à travers le monde, 30 à 35 % ont été contaminés par le lait maternel (9). Plus la virémie est élevée, plus le risque est élevé.

L'OMS recommande de ne pas allaiter dans le cas où il existe une alternative acceptable, faisable, accessible et sûre. Dans les pays riches, l'infection par le VIH constitue donc une contre-indication absolue à l'allaitement maternel. Malheureusement dans certains pays en voie de développement, cela n'est pas toujours possible, l'alimentation par des préparations lactées n'étant pas toujours réalisables dans des conditions satisfaisantes.

2.4.2 Les médicaments

La concentration plasmatique du médicament est l'un des éléments essentiels pour savoir si un médicament est à risque pour l'enfant allaité. Tous les médicaments ne passent pas facilement du plasma vers le lait. Le passage est maximal pour les molécules très liposolubles, peu liées aux protéines plasmatiques, à demi-vie longue et/ou possédant des métabolites actifs. Un certain nombre de médicaments sont détruits par les enzymes du tube digestif du nouveau-né et ne comportent aucun risque.

Très peu de médicaments sont incompatibles avec l'allaitement maternel (iode, lithium, anticoagulants oraux, antithyroïdiens de synthèse...). Malheureusement, il y a encore beaucoup de patientes peu informées et qui préfèrent de ne pas allaiter, craignant un risque pour l'enfant.

Il existe depuis plusieurs années le Centre de Référence sur les Agents Pathogènes (le CRAT) sur internet et à l'hôpital Armand Trousseau à Paris, qui permet de recenser les divers risques d'exposition au cours de l'allaitement (médicaments, vaccins). Le CRAT est pour beaucoup de professionnels de santé un outil indispensable (13) (14).

2.4.3 Le tabagisme

Le tabac n'est pas une contre-indication à l'allaitement contrairement à beaucoup d'idées reçues même si la nicotine et ses dérivés passent dans le lait maternel. Il est préférable d'éviter une imprégnation tabagique du nourrisson à l'aide de plusieurs mesures (allaiter au moins deux heures et demie après la dernière cigarette, aménager un espace sans tabac dans l'habitation). Une femme fumeuse qui allaite aura tendance à diminuer spontanément son tabagisme. C'est un moment opportun pour encourager la diminution voire l'arrêt du tabac, la patiente ayant une motivation supplémentaire : la bonne santé de son enfant.

2.4.4 L'alcool

Tout comme pendant la grossesse, il est préférable de ne pas consommer d'alcool si on allaite. En effet, la concentration d'alcool dans le lait est équivalente à celle du sérum maternel. La quantité d'alcool ingéré par un enfant allaité représente environ 10% de la quantité maternelle rapportée au poids. Des retards psychomoteurs ont été notés chez les enfants allaités par des mères buvant régulièrement deux verres par jour (13).

2.4.5 Les autres toxiques

La consommation de stupéfiants telles que la cocaïne, l'héroïne et le cannabis est contre-indiquée pendant l'allaitement.

Par exemple, le THC contenu dans le cannabis passe dans le lait maternel et peut s'y concentrer. En cas de consommation régulière, on peut en trouver jusqu'à huit fois plus que dans le sérum maternel (13).

Par contre, les traitements substitutifs aux opiacés (méthadone et buprénorphine) passent dans le lait en faibles quantités et peuvent donc être pris au cours de l'allaitement.

2.5 Principaux guides internationaux pour la promotion de l'allaitement

La diminution du taux d'allaitement maternel dans le monde au début du XXe siècle est liée à la commercialisation de substituts de lait maternel ainsi qu'à l'arrivée en force des femmes sur le marché du travail notamment pendant la période de la Seconde Guerre Mondiale. Par la suite, l'alimentation au biberon a été associée à la modernité et au progrès scientifique. Vers la fin des années 1960, la proportion de bébés allaités atteint son plus bas niveau dans la plupart des sociétés industrialisées. Dès cette époque, plusieurs groupes internationaux comme l'OMS et l'UNICEF vont intensifier leur travail pour faire de la promotion et de la protection de l'allaitement un de leurs principaux objectifs.

2.5.1 Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)

Ce code fut la première norme internationale dans ce domaine. Il a été adopté en 1981 par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS), organe décisionnel suprême de l'OMS. Son but est de :

[...] contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées (article 1).

L'article 5 précise également qu'« il ne devrait y avoir ni publicité, ni aucune promotion auprès du grand public pour les substituts du lait maternel » (7). Les substituts de lait maternel sont les seuls aliments faisant l'objet d'un tel code.

2.5.2 Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989)

La déclaration énonce les dix conditions pour favoriser le succès de l'allaitement avec l'aide des services de maternité. Ces conditions doivent permettre la promotion, l'encouragement et le soutien de l'allaitement.

Ces dix conditions sont les suivantes :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant 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 sucre.
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 (15).

2.5.3 *L'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB)*

En 1992, l'IHAB est créée par l'OMS et l'UNICEF pour que toutes les maternités deviennent des centres de soutien à l'allaitement maternel. L'IHAB est fondée sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement de la Déclaration conjointe OMS/UNICEF de 1989 et sur le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Les données internationales ont été réactualisées en 2006.

En France, entre 2000 et 2012, dix-huit établissements ont été labellisés.

2.5.4 *Les autres recommandations*

De nombreuses recommandations ont été publiées depuis les années 1990 pour promouvoir et favoriser l'allaitement maternel. Nous pouvons citer :

- La déclaration d'Innocenti (1990, réactualisée en 2005),
- La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS en 2002),
- Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant (ANAES en 2002),
- Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère (comité de nutrition de la société française de pédiatrie en 2005),
- Favoriser l'allaitement maternel. Processus – Evaluation. (HAS en 2006).

Les textes législatifs français vont dans le même sens que les recommandations internationales. L'arrêté du 11 avril 2008 (*Journal officiel de la République Française* du 23 avril 2008), adoptant la Directive européenne 2006/141/CE du 22 décembre 2006, oblige les sociétés industrielles à participer à la promotion de l'allaitement maternel et vise clairement par une série de mesures à interdire toute communication tendant à mettre sur le même plan allaitement maternel et alimentation par une préparation pour nourrissons.

Cet arrêté indique en effet que :

- « L'étiquetage des préparations pour nourrissons doit comporter une mention relative à la supériorité de l'allaitement maternel »,
- « Il doit être conçu de manière à ne pas décourager l'allaitement au sein » (article 15),

- « les publicités en faveur des préparations pour nourrissons ne doivent pas laisser entendre ou accréditer l'idée que l'utilisation du biberon est égale ou supérieure à l'allaitement au sein » (*article 19*).

La communication sur les préparations pour nourrissons est par ailleurs très encadrée. L'étiquetage « ne peut comporter aucune représentation ou texte de nature à idéaliser les préparations pour nourrissons » (article 16) et « la publicité en faveur des préparations pour nourrissons n'est autorisée que dans la presse écrite destinée aux professionnels de santé » (Code de la consommation, article L 121-51).

2.6 Statistiques d'allaitement maternel

2.6.1 En France.

Le taux d'allaitement maternel en France est l'un des plus bas dans le monde. Pourtant ces dernières années, il y a une tendance à l'augmentation. En 1975, 30% des femmes allaitaient à la sortie de la maternité (16). En 1995, le taux d'allaitement exclusif était de 40,5%, 45% en 1998, 55,4% en 2003 et 60,2 % en 2010, d'après le rapport de l'enquête nationale périnatale de 2010 (4). Le taux a doublé en quarante ans ce qui montre que la promotion de l'allaitement maternel par les différents organismes a été efficace.

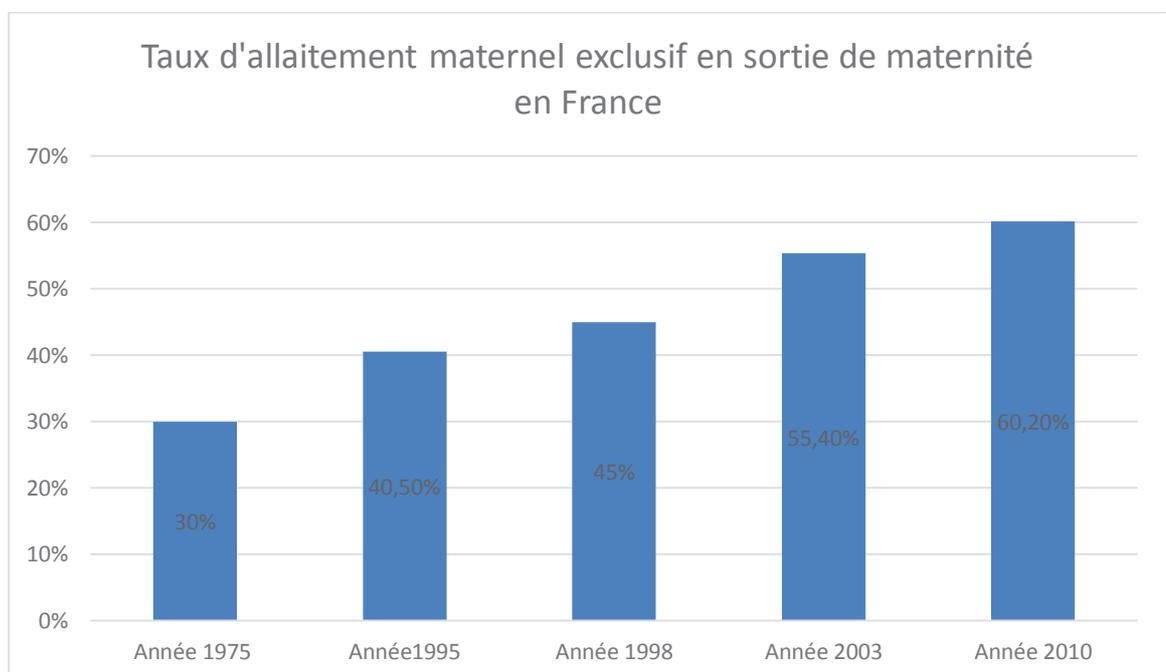


Figure 1 : Taux d'allaitement maternel exclusif en France

2.6.2 En Europe.

Le taux d'allaitement maternel en France est également l'un des plus bas en Europe. Comparativement, 99% des femmes allaitent à la naissance en Norvège, plus de 90% en Suède et au Danemark, 86% en Allemagne, 85% en Italie et 69% au Royaume-Uni en 2003. (Figure 2)

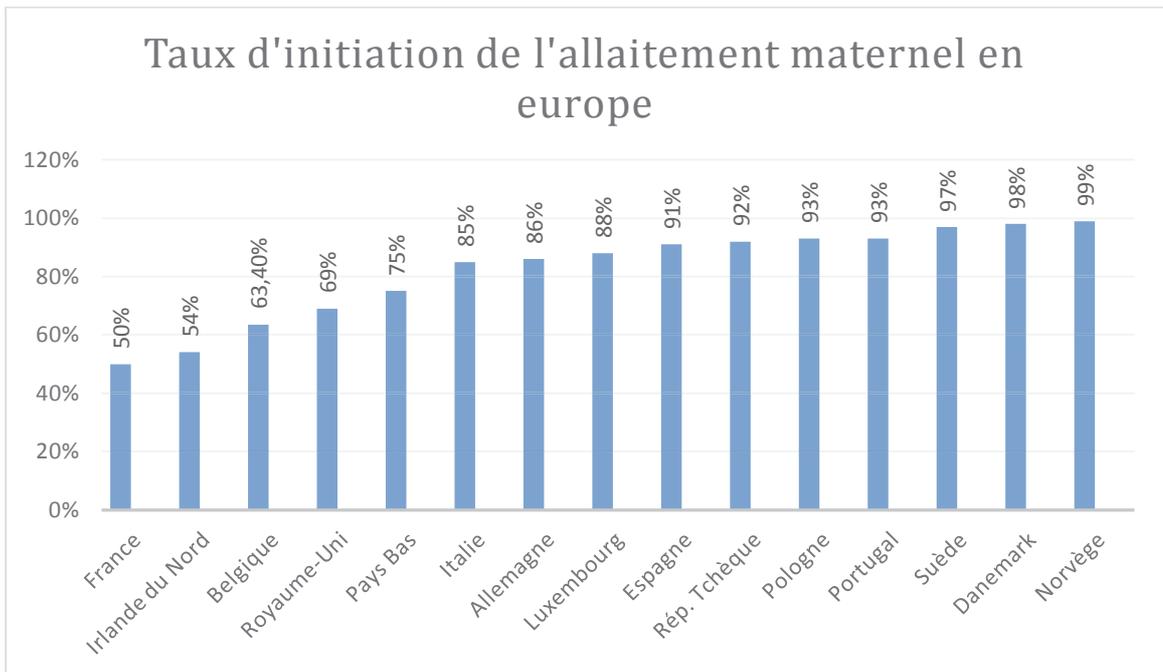


Figure 2 : taux d'allaitement maternel à la naissance en 2003 dans 15 pays européens (17)

2.6.3 Dans le monde

Le taux d'initiation de l'allaitement maternel dans le monde est très souvent supérieur à 90 %. (Figure 3).

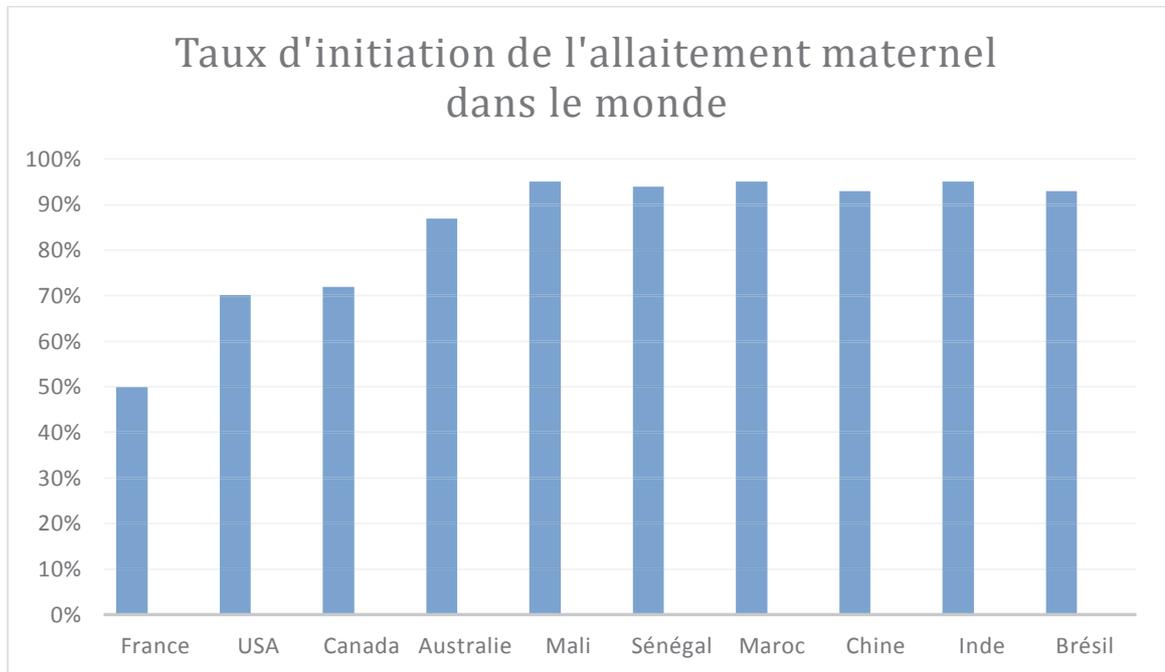


Figure 3 : taux d'initiation de l'allaitement maternel dans différents pays du monde en 2003 (17)

3 L'allaitement artificiel

Il nous a paru intéressant d'écrire un chapitre sur l'allaitement artificiel pour montrer tout l'équipement nécessaire pour réaliser un biberon ainsi que les différents laits disponibles. Nous parlerons également du coût engendré par ce choix.

3.1 L'équipement

L'allaitement artificiel nécessite un équipement complet, en plus du classique biberon, pour qu'il se déroule dans de bonnes conditions.

3.1.1 Les biberons

Il est conseillé d'avoir six biberons de taille moyenne (260 ml) soit un pour chaque repas mais aussi un ou deux biberons de plus petites tailles (150 ml) pour des biberons d'eau.

Il existe plusieurs sortes de biberons :

- en verre qui a l'avantage de se nettoyer facilement mais il se casse plus facilement aussi,
- en silicone,
- en polyéthersulfone (PES) résistant aux températures élevées
- en polypropylène (PP) quasi incassable mais qui ne peut être stérilisé à chaud.

Leurs prix varient de 6 à 10 euros environ à l'unité. Il est conseillé de les changer régulièrement par mesure d'hygiène.

3.1.2 Les tétines

Tout comme les biberons, il existe plusieurs sortes de tétine dont le prix à l'unité varie entre 1 et 3 euros. Elles sont soit en silicone soit en caoutchouc.

Elles peuvent être à débit variable ou unique. La tétine à débit variable possède une fente à son extrémité qui permet ainsi de choisir entre trois vitesses. La tétine à débit unique est percée en son extrémité de deux ou trois trous plus ou moins larges selon l'âge de l'enfant pour permettre un écoulement de lait progressif. Les tétines à débit lent peuvent convenir davantage aux jeunes bébés.

Il faut les changer régulièrement par mesure d'hygiène et au moindre signe d'usure tout comme les biberons.

3.1.3 Le reste du matériel

Le chauffe-biberon semble indispensable. Il permet de chauffer le biberon à une température de 37°C. Son prix est d'environ 40 euros.

Le stérilisateur n'est plus indispensable. Un nettoyage soigneux et un égouttage suffisent comme le Ministère de la Santé l'a préconisé en 2006 (18).

Son prix est d'environ 30 euros.

Il est également possible d'acheter un goupillon, un séchoir à biberon ainsi qu'un panier de lave-vaisselle spécifique pour biberon et tétine.

3.2 Les laits infantiles

3.2.1 Préparation et conservation du biberon au domicile

Malgré les traitements aseptisants appliqués aux laits infantiles, le risque de transmission d'agents infectieux au nourrisson n'est pas totalement écarté, car une contamination peut avoir lieu lors de la préparation du biberon par la mère. L'AFSSA a publié dans ce sens en 2005 des « Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons ».

Le biberon doit être préparé sur un plan de travail propre, après lavage des mains. Le contenant et ses accessoires (bague, tétine, capuchon) doivent être nettoyés immédiatement après le repas, au lave-vaisselle ou à l'eau chaude additionnée de liquide vaisselle, puis rincés à l'eau froide et laissés à sécher afin d'être propres pour l'utilisation suivante.

Les laits infantiles en poudre sont reconstitués à partir d'une cuillère mesure rase de produit et de 30 ml d'eau. Le volume d'eau doit être mesuré avant tout ajout de poudre. Le biberon prêt contient donc un volume de lait supérieur au volume d'eau initial, ce qui est tout à fait normal.

L'eau du robinet peut être utilisée mais sa composition en minéraux doit être compatible avec l'alimentation du nourrisson (informations disponibles en mairie) et sa teneur en plomb doit être inférieure à 10 microgrammes par litre de plomb. Si ce n'est pas le cas, elle peut être remplacée par de l'eau en bouteille répondant aux critères de qualité et de composition énoncés par l'AFSSA (19).

A température ambiante, le biberon doit être bu dans l'heure. S'il est réchauffé, il doit être consommé dans la demi-heure. Il peut être conservé jusqu'à trente heures dans le réfrigérateur.

3.2.2 Les différentes sortes de préparations pour nourrissons

La composition du lait de vache ne convient pas aux nourrissons comme nous l'avons vu précédemment. Le nourrisson ne pourra pas le digérer aussi complètement et facilement que les formules infantiles. Il contient de trop fortes concentrations en protéines et en sels minéraux, entraînant une surcharge rénale avec à terme élévation thermique, diarrhée. La composition en lipides n'est pas adaptée. Les taux en fer et vitamines ne sont pas adaptés. Il peut causer une irritation intestinale responsable d'anémie avec déficit en fer.

Toutes les préparations pour nourrisson et de suite répondent à la législation sur les laits infantiles. Les formules sont élaborées à partir de lait de vache ; celui-ci est traité par des méthodes qui permettent de rendre ses protéines mieux digestes. Le sucrage (lactose entre autres) est adapté pour rendre la concentration équivalente à celle du lait maternel. Il est écrémé et les graisses sont remplacées par des graisses végétales et des acides gras qui le rendent plus digeste et adapté à la croissance infantile. Un complément en fer et en vitamines est ajouté afin de prévenir les carences.

Les préparations pour nourrissons sont très règlementées. En effet, l'alimentation infantile est encadrée par la directive 2006/141/CE du 22 décembre 2006 sur la composition des préparations pour nourrissons et des préparations de suite, transposée en droit français par l'arrêté du 11 avril 2008. Ce texte précise qu'« aucun produit autre que les préparations pour nourrissons ne peut être commercialisé ou autrement présenté comme de nature à répondre à lui seul aux besoins nutritionnels des nourrissons normaux en bonne santé pendant les premiers mois de leur vie jusqu'à l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée ». Cet arrêté fixe les ingrédients et les teneurs minimales et maximales en vitamines et minéraux autorisés dans ces produits, ainsi que les règles d'étiquetage, de présentation et de commercialisation.

Les laits infantiles pour nourrissons et enfants en bas âge « bien portants » se déclinent en 1^{er} âge (0 à 6 mois), 2^e âge (6 à 12 mois) et laits de croissance (1 à 3 ans). Le passage du lait 1^{er} âge au lait 2^e âge se fait en général vers 6 mois. Les laits de croissance sont indiqués ensuite, jusqu'à l'âge de 3 ans. Ils apportent un complément en fer, acides gras essentiels et vitamine D.

Il existe environ 300 laits infantiles distribués par dix-huit industriels dont on peut citer Danone (Blédina et Gallia) et Nestlé (Guigoz et Nidal). Nous reparlerons ici que des laits infantiles pouvant être utilisés entre la naissance et 6 mois.

Pour une boîte de 800 grammes, le prix du lait infantile est environ de 15 euros.

a) Laits premier âge

Le lait premier âge est un lait issu du lait de vache est adapté aux besoins nutritionnels du nourrisson de la naissance jusqu'à ses 6 mois. Il est conditionné sous forme de poudre, dans des boîtes de 400g, 800g à 900g.

Pour une boîte de 800g de lait 1^{er} âge, il faut compter environ 15 euros. Une mesurette arasée pour 30 ml d'eau correspond à 4.3g. Le premier mois, le nourrisson boit environ 6 biberons de 90 ml. Une boîte de 800g est utilisée en 10 jours environ.

b) Les laits « pré »

Ils sont utilisés chez les nourrissons de moins de 3kg, prématurés ou hypotrophes. Ils sont plus caloriques et plus faciles à digérer.

c) Les laits « satiété »

Ils sont utilisés pour les nourrissons ayant un gros appétit. Ils contiennent des complexes glucidiques à libération progressive permettant une meilleure satiété.

d) Laits relais allaitement maternel

Ils contiennent soit des prés ou pro-biotiques favorisant le développement d'une flore microbienne qui se rapprochent de celle de l'intestin de l'enfant allaité. Leur prix est autour de 15 euros la boîte de 800g.

e) Laits pour les reflux gastro-œsophagiens (RGO)

Il en existe deux sortes :

- Pour les régurgitations physiologiques, les laits premium sont épaissis avec de l'amidon.
- Pour les RGO plus importants, les laits AR (anti-régurgitations) sont épaissis soit à l'amidon de maïs ou de tapioca, qui respecte le transit, soit ils sont épaissis à l'amidon de caroube, qui donne plus de coliques et des selles liquides et rend le lait plus épais.

f) Laits en cas de constipation

Les laits « transit » sont enrichis en lactose et contiennent moins de caséine. Le transit est plus rapide mais ces laits augmentent le plus souvent les ballonnements et aggravent les coliques.

g) Laits hypoallergéniques (dits HA)

Ils sont utilisés en prévention chez les nourrissons avec des antécédents familiaux d'atopie. Les protéines y sont partiellement hydrolysées et sont moins allergisantes.

h) Les hydrolysats de protéines de lait de vache (PLV)

Ils sont utilisés dans les allergies aux protéines de lait de vache où le lactose est réduit à l'état de trace par une hydrolyse poussée. Ils sont disponibles uniquement en pharmacie sur prescription médicale. Ils peuvent être pris en charge partiellement par la Sécurité Sociale, leur prix étant plus important que les laits 2^e âge (autour de 20 euros la boîte de 400g).

Leur goût est parfois mal accepté. Il est alors possible d'utiliser des hydrolysats de protéines de riz qui ont meilleur goût et qui sont moins chers. Les PLV y sont absentes.

3.3 Le coût de l'allaitement artificiel

Différentes études ont analysé le coût du non-allaitement dans la société.

2 études américaines datées respectivement de 2001 et 2009 ont calculé l'économie que pourrait faire l'Etat américain si les enfants étaient allaités jusqu'à six mois.

En 2001, J. P. Weimer montre que 3,6 milliards de dollars pourraient être économisés aux Etats-Unis si les taux d'allaitement exclusif à la maternité et à six mois (respectivement 64% et 29% en 2001) passaient aux taux recommandés par « *the Surgeon General* » (respectivement 75% et 50%). Ce chiffre comprend les dépenses médicales engendrées par trois pathologies (l'otite moyenne aiguë, la gastro-entérite et l'entérocolite ulcéro-nécrosante), tels que les consultations médicales, les hospitalisations, les analyses biologiques, les médicaments, et la perte sur le salaire des parents liée à un enfant malade (20).

En 2009, Bartick et Reinhold vont plus loin. L'étude calcule les économies que l'ensemble de la société américaine (mères, employeurs, système de santé, et l'Etat américain combinés) réaliserait si le taux d'allaitement exclusif jusqu'à six mois, actuellement de 12%, passait à 90%. Sa conclusion principale : les économies annuelles aux Etats-Unis seraient de 13 milliards de dollars (à peu près 10 milliards d'euros) (21).

Ils incluent dans cette étude toutes les pathologies pour lesquelles l'allaitement maternel apporte un bénéfice selon l'Agence de Santé Américaine (entérocolite ulcéro-nécrosante, otite moyenne aiguë, gastro-entérites, hospitalisations pour les infections respiratoires basses, dermatites atopiques, mort subite du nourrisson, asthme du nourrisson, leucémie de l'enfant, diabète de type 1 et obésité chez l'enfant).

En France, Bitoun (22) et A.M Leclercq (23), ont également analysé les économies qui pourraient être faites.

En 1995, Bitoun estime que pour un enfant allaité, l'économie annuelle pour les ménages serait de 4640 francs soit environ 710 euros par an.

Les dépenses médicales sont également réduites. L'économie en frais médicaux par an et par enfant serait de 1658 francs soit environ 250 euros. Seuls les otites, les rhinopharyngites, les gastroentérites et les frais pharmaceutiques ainsi que les visites chez le médecin sont pris en compte (22).

Les enfants allaités sont moins souvent hospitalisés et l'allaitement prolongé prévient de nombreuses autres pathologies. Les économies seraient en réalité beaucoup plus importantes.

Selon A.M. Leclercq, une élévation de 5% du taux d'allaitement maternel représenterait une économie de 2,68 millions d'euros par an pour les dépenses de santé en France (23).

Grâce à l'allaitement maternel, de nombreuses économies pourraient donc être réalisées pour la société.

4 Matériels et méthodes

4.1 Question

Le taux d'allaitement maternel en France connaît une augmentation ces dix dernières années mais il reste encore bien inférieur aux autres pays européens.

Nous nous sommes interrogés dans cette étude sur les raisons parfois intimes du refus de l'allaitement chez les primipares françaises.

4.2 Objectif

Connaitre les raisons parfois intimes du refus d'allaitement maternel chez les femmes primipares, en les interrogeant individuellement et développer ainsi un argumentaire plus percutant pour les futures primipares.

4.3 Type d'étude

4.3.1 *Choix de la méthodologie*

La méthodologie choisie est la méthode de recherche qualitative. Une étude qualitative paraissait plus appropriée pour la question de recherche. En effet, les facteurs observés font référence au vécu et sont difficiles à mesurer objectivement. Cette méthode permet à l'individu d'exprimer librement son vécu et ses représentations. La recherche qualitative permet ainsi d'explorer des données subjectives.

4.3.2 *Choix de l'entretien semi-dirigé*

Il existe plusieurs types d'entretiens dans la recherche qualitative :

- L'entretien libre est surtout utilisé lorsque qu'il existe peu d'informations sur le sujet étudié. Ici, les données de la revue de littérature ont servi de base à un entretien plus structuré, semi-directif.
- Le focus group était moins adapté ici. Confrontées les unes aux autres, les femmes se seraient senties moins libres de s'exprimer, le sujet de discussion portant sur une question intime.
- L'entretien semi-dirigé individuel paraissait donc la méthodologie la plus appropriée ici.

Ce type d'entretien a permis d'aborder un sujet intime et l'entretien a utilisé des questions fermées puis ouvertes.

4.3.3 La population étudiée

En méthodologie qualitative, ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement, mais qualitativement qui est important. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence. Ainsi, une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questions.

Le recueil des données s'arrête quand la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments. Cela correspond à la « saturation ».

Douze femmes au cours de leur première grossesse vivant dans la région havraise ont été interrogées.

4.3.4 Composition de l'échantillon

Nous avons choisi de recueillir les opinions de femmes au cours de leur première grossesse qui ne souhaitent pas allaiter.

Les critères d'inclusion étaient : les femmes enceintes de leur premier enfant, après 12 semaines d'aménorrhée (SA), ne souhaitant pas allaiter.

Les critères d'exclusion étaient : les pathologies ou traitements médicamenteux contre-indiquant l'allaitement maternel.

Ce choix a été motivé pour connaître les raisons, les a priori sur l'allaitement maternel chez ces femmes n'ayant jamais eu d'expérience positive ou négative de la maternité.

4.3.5 Le mode de recrutement

Le recrutement a été réalisé par contact téléphonique auprès de médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes de la région Havraise, tirés au sort dans les Pages Jaunes. Lorsqu'ils recevaient une patiente présentant les critères d'inclusion, il leur été demandé l'autorisation de recueillir leur témoignage.

Elles donnaient alors leur numéro de téléphone afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien.

4.3.6 Elaboration du guide d'entretien

Afin d'élaborer un guide d'entretien, il faut émettre des hypothèses de résultats.

Ce guide a été constitué après une recherche bibliographique qui nous a permis d'élaborer plusieurs hypothèses de résultats.

Il est modulable en fonction du déroulement de l'entretien. Il est possible d'orienter le sujet vers un autre thème en aiguillant le discours vers les points oubliés ou négligés.

Il est également modifiable d'un entretien à un autre, en apportant ou en éliminant certaines questions.

L'objectif de ce guide était de connaître les raisons qui pouvaient pousser ces femmes à ne pas allaiter, leurs arguments, l'influence que l'entourage pouvait exercer dans ce choix ainsi que les connaissances des patientes sur l'allaitement maternel.

4.3.7 Les entretiens

L'enregistrement par dictaphone favorise l'écoute active et permet de pouvoir reproduire le verbatim correctement.

Un accord préalable a été demandé à chaque femme.

L'entretien le plus court a été de 9 minutes et 20 secondes et le plus long a été de 26 minutes et 14 secondes. La moyenne des entretiens est de 17 minutes.

Ils ont été enregistrés dans leur intégralité sur un dictaphone numérique.

Ils ont été réalisés entre novembre 2012 et juin 2013.

4.3.8 La retranscription du verbatim

La retranscription a été faite mot à mot afin de respecter au maximum le discours du sujet. Les attitudes ont également été retranscrites.

L'anonymat a été respecté.

La retranscription de chaque entretien a été effectuée en intégralité sur le logiciel Word.

4.3.9 Le codage

Il correspond à une analyse de contenu grâce à une démarche interprétative.

La codification est une catégorisation par mots, phrases ou comportements. On met en relation des citations les unes avec les autres pour faire émerger des catégories.

Le codage a été réalisé par deux personnes, ma directrice de thèse et moi-même.

5 Résultats

5.1 Nombre d'entretiens

Douze entretiens individuels ont été réalisés.

5.2 Caractéristiques de la population

- L'âge des patientes était compris entre 18 et 35 ans. L'âge moyen était de 27,1 ans.
- Le terme de la grossesse : deux patientes étaient à leur premier trimestre de grossesse, quatre au cours de leur deuxième trimestre et six d'entre elles étaient dans leur troisième trimestre.
- La situation familiale : trois patientes étaient mariées, trois étaient pacsées et six d'entre elles vivaient maritalement avec le futur père.
- Lieu d'habitation : six patientes vivaient en milieu urbain, trois en milieu semi-rural et trois en milieu rural.
- Le niveau d'étude : une patiente avait le brevet des collèges, une avait un bac professionnel, cinq d'entre elles avaient un niveau bac et quatre d'entre elles avaient fait des études après le baccalauréat.

Les caractéristiques de l'échantillon sont détaillées dans l'annexe 2.

5.3 Les raisons du non-allaitement

Le codage a permis de regrouper les différentes raisons qui poussaient les femmes primipares à ne pas allaiter sous trois items :

- Les raisons personnelles
- La place du père
- L'influence de l'extérieur.

Nous avons également voulu savoir quelles connaissances avaient les femmes sur l'allaitement maternel.

5.3.1 Les raisons personnelles

a) Un choix personnel

➤ Une décision précoce et réfléchie

La majorité des femmes avaient pris leur décision bien avant la grossesse.

C : « Même avant d'être enceinte, je pensais que le jour où j'aurai un enfant, je n'allaiterais pas de toutes manières ! »

E : « Bien avant que je sois enceinte ! C'est une chose que j'ai toujours dite. »

L : « C'est ma décision depuis très très longtemps ! »

Pour elles, c'est une décision mûrement réfléchie et qui n'a pas été prise sur un coup de tête.

D : « J'ai quand même réfléchi et pesé le pour et le contre. [...] Ma décision est réfléchie. »

➤ Un choix déterminé

Les femmes étaient déterminées dans leur choix qui le plus souvent était catégorique.

A : « Vous pouvez me dire n'importe quoi, mon choix c'est mon choix ! »

B : « On ne me fera pas changer d'avis dessus, j'ai une idée ferme là-dessus. »

E : « Je suis tellement catégorique dans mon choix, que de toutes les façons on ne me fera pas changer d'avis. »

➤ Un choix personnel

Lors des entretiens, les femmes ont très régulièrement souligné que le choix de ne pas allaiter était avant tout personnel, même si elles en discutaient autour d'elle.

A : « C'est un choix de chaque personne. »

C : « Et puis de toutes les façons, cela reste un choix personnel. »

E : « C'est moi qui prend la décision, ça me revient vraiment, c'est mon choix. »

➤ Changement de décision

Trois femmes ont tout de même souligné qu'elles allaiteraient leur enfant si on leur disait qu'il fallait le faire pour la santé du nourrisson, notamment en cas de prématurité.

D : « Après si on accouche vraiment prématurément, il faut réfléchir à un certain nombre de choses. [...] Si le bébé n'a pas fini sa maturité au niveau digestif, etc., bon je le ferai. »

F : « Si éventuellement, il naissait avant et qu'on me dise oui pour sa santé, ça serait mieux de l'allaiter un certain temps, je le ferai. »

J : « Bon après, si on me disait qu'il fallait absolument qu'il soit allaité pour sa santé, c'est autre chose. »

➤ *La tétée d'accueil*

Les différentes réponses des femmes sur la tétée d'accueil ont montré une certaine ambivalence sur le sujet.

Bien que les femmes fussent catégoriques dans leur choix de ne pas allaiter, la question de la tétée d'accueil portait à réfléchir.

E : « C'est une question que je me pose assez souvent et je ne sais pas du tout ! [...] Je ne sais pas, je ne peux pas dire que j'ai envie ou que je n'ai pas envie, je ne sais pas. Je pense que je prendrai la décision quand j'aurai la petite sur le ventre et qu'on me posera la question. Mais pour le coup, la tétée d'accueil c'est vraiment un gros point d'interrogation pour moi. »

L : « Peut-être la première tétée mais c'est tout il n'y aura pas autre chose. Quand on voit un petit bout qui débarque, on peut s'attendrir plus facilement. »

Certaines souhaitent tout de même faire la tétée d'accueil notamment pour donner du colostrum à l'enfant.

D : « Je ne suis pas opposée à la tétée d'accueil. [...] Elle permet de donner le colostrum avec un certain nombre d'anticorps. »

G : « J'aimerais pouvoir faire la tétée d'accueil au moment de la naissance, pour avoir personnellement la sensation et pour lui, pour recevoir les meilleurs moments de l'allaitement. »

b) La pudeur

La pudeur est l'une des principales barrières à l'allaitement maternel retrouvée chez les femmes interrogées. L'appréhension de l'allaitement maternel en public en est l'un des reflets.

Nous avons retrouvé cette notion de pudeur à plusieurs reprises. Elle était exprimée de façon directe ou indirecte en parlant de gêne, d'intimité ou d'allaitement en public.

B : « Tu as l'impression d'avoir toute la journée les seins à l'air. »

C : « Au moment de la tétée, je n'ai pas envie, si jamais il y a du monde ou si je suis dans un lieu public, d'être obligée de faire cela devant tout le monde. »

F : « C'est quelque chose de plutôt intime qui ne se fait pas devant tout le monde ! »

H : « Le fait d'avoir toujours le sein sorti, ça me gêne. »

I : « C'est une question de pudeur, je ne me vois pas allaiter devant les gens, même si on se cache. [...] L'image d'avoir mon bébé au sein me gêne. [...] L'allaitement me gêne un peu. [...] Je suis vraiment pudique. »

L : « Je me mettais à l'écart quand mes sœurs donnaient le sein, j'étais un peu gênée en fait. »

c) Les raisons psychologiques

➤ Pas d'attraction

B : « C'est quelque chose qui ne m'a jamais attiré. [...] Je n'ai pas envie de le faire et pas envie de me forcer. »

E : « Je n'ai jamais eu le déclic pour effectuer l'allaitement à mon bébé. [...] Je ne me sens pas prête. »

➤ Peur et angoisse autour de l'allaitement maternel

Certaines des futures mères ont évoqué la douleur liée à l'allaitement maternel et les crevasses qui peuvent être douloureuses aussi.

D : « J'ai peur que cela me fasse mal. »

L : « Au niveau des mamelons, cela peut faire des crevasses et c'est vrai que pour cela j'étais réticente. »

Nous avons retrouvé également chez plusieurs d'entre elles la crainte de ne pas connaître la quantité de lait bu par l'enfant.

B : « Le fait de ne pas savoir quelle quantité le bébé prend. »

G : « J'ai peur qu'il ne puisse pas vraiment bien se sentir et de ne pas détecter s'il a vraiment bien mangé ou pas. »

L : « On a du mal à gérer ce qu'il boit ou ne boit pas, il est beaucoup plus à la demande. »

Elles ont parfois clairement exprimé le côté rassurant du biberon.

L : « Je préfère me dire bon voilà le biberon, s'il n'a pas tout fini ce n'est pas grave mais je vois ce qu'il a bu en fait, c'est un stress en moins à avoir. »

Nous avons pu remarquer que les femmes, en réalité, ont peur de ne pas pouvoir gérer leur allaitement aussi bien quantitativement que qualitativement avec pour conséquence la mauvaise croissance du bébé. Elles ont peur d'être de mauvaises mères et de ne pas pouvoir subvenir au besoin nutritionnel du bébé.

Nous pouvons le résumer par ce qu'une des femmes nous a expliqué.

D : « On ne sait jamais très bien quelle quantité l'enfant boit ! On ne connaît pas la qualité de son lait. Il y a des mamans qui ont un lait assez pauvre et du coup le bébé ne grossit pas et elles culpabilisent. [...] Au niveau des quantités, oui clairement, ça va me rassurer et puis je n'ai pas envie que cela ne se passe pas bien et de culpabiliser. »

➤ *Privation de leur liberté*

Nous avons régulièrement retrouvé la notion de liberté chez les futures mères. Il semble important pour elles de pouvoir par exemple confier l'enfant au père pour pouvoir s'absenter.

D : « Cela me permet de confier l'enfant à son père pour une demi-journée [...] parce que parfois on a besoin d'aller à un endroit ou à un autre. »

Elles ne souhaitent pas être dépendantes de leur enfant et de l'avoir tout le temps au sein comme lors d'un allaitement maternel à la demande.

I : « C'est une liberté, je ne me vois pas toute la journée avec l'enfant au sein. »

H : « Cela me gêne de me sentir un peu prisonnière. »

K : « Donner le sein à sa demande, ça, ça me gêne fortement ! [...] Je ne me vois pas être dépendante du bébé ! »

➤ *Un objet sexuel*

Une des femmes interrogées avait une raison toute autre de ne pas vouloir allaiter. Pour elle, les seins étaient un objet sexuel.

J : « En fait pour moi, les seins, c'est bête, mais c'est un objet sexuel. Je n'arrive pas à voir ça comme de la nourriture. [...] Je n'arrive pas à imaginer qu'ils pourront servir à autre chose qu'à mon mari. »

d) La femme moderne

➤ *Contraintes liées à la reprise du travail*

Nous avons été surprise de retrouver que certaines femmes évoquaient la reprise du travail comme raison femmes de ne pas allaiter. En général, c'était une raison secondaire. C'est plutôt un élément qui est retrouvé comme cause d'arrêt précoce de l'allaitement maternel.

Pour certaines femmes, la reprise du travail est un frein pour débiter l'allaitement maternel, même si celle-ci n'est que dix semaines après l'accouchement et que certaines

conventions collectives accordent jusqu'à un mois supplémentaire de congé pour l'allaitement. Elles ne souhaitent pas commencer l'allaitement pour l'interrompre quelques semaines plus tard.

F : « Ca va durer trois mois et je vais retravailler donc c'est vrai que je ne préfère pas commencer et puis arrêter comme ça. »

G : « Je ne me voyais pas arrêter au bout de trois mois. [...] Je préfère le faire bien, bien jusqu'au bout ou pas du tout. »

➤ *Image négative du tire-lait*

Nous avons évoqué avec ces femmes la possibilité de tirer le lait maternel lors de la reprise du travail pour pouvoir poursuivre l'allaitement maternel.

Le tire-lait était pour elles quelque chose de contraignant plutôt que de pratique et l'image de « vache à lait » ne leur convenait pas.

F : « Je ne me vois pas non plus tirer mon lait avec un tire-lait, c'est vraiment une image qui ne me convient pas. »

F : « Même garder son lait toute la journée dans le sac à main pour lui redonner le soir, je ne suis pas très convaincue. »

L : « Pour moi, c'est l'image de la vache. En gros si je tire mon lait, je suis une vache. »

➤ *L'allaitement maternel, une contrainte*

L'allaitement maternel est beaucoup plus une contrainte pour ces femmes alors que pour les pro-allaitements, au contraire, l'allaitement est pratique et simple. Il permet de nourrir son enfant à n'importe quel moment de la journée, n'importe où et à un moindre coût.

B : « Je trouve cela en fait très contraignant. »

H : « C'est déjà pour nous un gros chamboulement d'avoir un enfant et je ne veux pas ajouter une contrainte supplémentaire. »

Pour la plupart d'entre elles, le biberon est simple d'utilisation et pratique et permet de répondre facilement à leur crainte autour de l'allaitement.

L : « Je trouve cela beaucoup plus pratique de ne pas allaiter un enfant. »

I : « Et puis c'est aussi une question de facilité. On en a parlé avec le futur père [...], on pense que cela est plus simple pour nous deux. »

5.3.2 La place du père

Lors des entretiens, nous avons noté que le conjoint des futures mères tenait une place importante. Pour elles, il était essentiel que le père de l'enfant puisse trouver sa place et qu'il puisse participer.

a) Ne pas exclure le père

Certaines avaient le sentiment que leur conjoint serait mis à l'écart si elles allaitaient et qu'il serait privé d'un lien avec l'enfant.

D : « Je trouve que le papa ne peut pas avoir vraiment sa place tant que la maman allaite. [...] C'est important pour eux de trouver leur place dès la naissance, parce que nous, nous avons porté l'enfant et que le lien est déjà fait et pour eux il y a plein de choses à construire. »

b) Le partage des biberons

Il y a d'un côté la femme qui souhaite partager avec son conjoint cette charge de travail ou tout simplement faire partager avec lui ce moment privilégié.

B : « Je voudrais aussi que le papa participe à ce genre de corvée ! Donc je me dis qu'avec l'allaitement, c'est une chose en moins qu'il aurait à faire, comme cela on peut partager la tâche. »

H : « Pour moi, ça serait encore cela que les femmes font et puis après le papa, il ne change que les couches. »

F : « J'ai envie de faire partager au papa. Pendant la grossesse, c'est vrai que, lui il dit que pour lui, pour l'instant, il n'a pas trop la sensation, à part quelques mouvements qu'il va ressentir à travers le ventre. »

H : « Pour moi c'est hyper important que dès les premiers jours, le papa puisse donner le biberon. »

De l'autre côté, il y a également les futurs pères qui sont aussi demandeurs de partager ce moment avec leur enfant.

F : « Il a aussi envie de participer. »

H : « Mon mari a vraiment envie de participer au biberon. »

c) L'influence du conjoint

En interrogeant les femmes, nous avons pu remarquer que les conjoints avaient différentes attitudes face au choix du biberon :

- Soit ils étaient du même avis que leur femme,

A : « Il a toujours été avec moi, il a les mêmes choix que moi. »

H : « Il me suit à fond, il est content car il est aussi demandeur. »

I : « Le futur papa préfère aussi que je donne le biberon. »

- Soit ils restaient en retrait et n'influençaient pas leur compagne,

D : « Il me laisse prendre la décision que je veux. Il dit que c'est une décision qui me revient. »

E : « Le papa me laisse totalement faire ! [...] Il me dit : « si tu veux le faire tu le fais, si tu ne veux pas le faire tu ne le fais pas ! »[...] Il ne met pas de pression par rapport à ça. Il est totalement libre de choix. »

F : « Il m'a dit, c'est toi qui vois. »

I : « Il m'a dit que de toutes les façons que c'était moi qui voyais quand même. »

- Soit ils étaient pour que leur femme allaite, mais ils leur laissaient le libre choix,

B : « Il serait plus pour que j'allaiter mais il respecte mon choix. »

J : « Lui à la base, avant que je tombe enceinte, on en avait parlé, lui avait entendu que c'était mieux pour les anticorps, donc forcément il veut le meilleur pour son enfant [...]. Il m'a dit de toute façon, c'est toi qui décide et puis vaut mieux faire les choses comme tu sens. »

K : « Il trouve que l'allaitement c'est génial par rapport aux anticorps, mais néanmoins il ne veut pas m'influencer. C'est moi qui vois. »

Comme nous avons pu le voir, l'avis du futur père n'a que peu d'influence sur la décision finale de leur conjointe. Ils les accompagnent dans leurs choix même s'ils ne les partagent pas. Ils considèrent que la décision revient à la femme.

5.3.3 L'influence de l'extérieur

a) Culture et tradition

Nous avons remarqué dans notre étude que l'entourage peut influencer indifféremment le choix d'allaiter.

Sur douze femmes interrogées, dix n'avaient pas été allaitées, une ne le savait pas et une autre avait été allaitée par sa mère. Dans l'entourage de ces femmes, il y a également

peu de personnes qui ont allaité. Il est donc difficile pour elles de choisir de prime abord l'allaitement maternel.

B : « C'est quelque chose que je n'ai pas l'habitude de voir dans mon entourage proche, ma sœur, par exemple, n'a pas allaité elle non plus. »

I : « Je suis très proche de ma famille. Il y a beaucoup de bébés et il y a vraiment personne qui a allaité autour de moi. »

b) L'entourage

Les expériences d'allaitement de l'entourage ont une influence sur leur choix ou au moins les confortent dans leur choix en ne retenant que les aspects négatifs.

B : « Rares sont les personnes autour de moi qui ont dit que l'allaitement est magnifique, super. Donc c'est peut-être aussi cela qui m'a freiné. »

G : « J'ai juste une amie qui a allaité. [...] Quand je la vois être un peu dépassée de savoir si son fils a bien bu ou pas et comment compléter au biberon... c'est quelque chose que je n'aurai pas pu gérer. Cela m'a conforté dans mon choix de voir un peu les aléas. »

K : « Les mauvaises expériences de mes proches m'ont fait réfléchir et cela m'a complètement rebuté. »

Tout comme le conjoint, l'entourage respecte le choix des femmes.

E : « Ma mère respecte mon choix. Elle n'a pas cherché à me dissuader. »

c) Les professionnels de santé

La promotion de l'allaitement maternel est importante en France. Le rôle des professionnels de santé est d'informer et d'accompagner les femmes dans leurs choix.

Les femmes que nous avons interrogées ne semblaient pas avoir été culpabilisées par les professionnels de santé d'avoir choisi le biberon plutôt que le sein. Au contraire, leur choix a été respecté.

E : « Le docteur n'a pas cherché à me dissuader, je pense qu'elle respecte le choix des futurs parents. On ne m'a pas fait du tout culpabiliser. »

J : « On ne m'a pas du tout fait culpabiliser ! Justement, on m'a mis à l'aise et on m'a dit qu'il fallait mieux donner bien le biberon que de se forcer à donner le sein. »

Elles en avaient principalement discuté avec leur sage-femme. Le gynécologue et le médecin généraliste abordaient peu souvent le sujet.

Pour certaines d'entre elles, elles avaient peur d'être forcées à essayer d'allaiter à la maternité à une période où elles se sentiraient plus vulnérables.

J : « Ma plus grande angoisse, c'est qu'on me force le jour J. »

Au final, ces femmes se sentaient beaucoup plus jugées par les personnes de leur entourage tel que les collègues de travail que par les professionnels de santé.

D : « On a vraiment l'impression de devoir se justifier et de faire quelque chose de mal. [...] Quand je vois par exemple, le nombre de femmes qui fument enceintes, j'ai l'impression qu'on me fait plus culpabiliser moi qui ne vais pas allaiter !! »

5.3.4 Les connaissances des femmes sur l'allaitement maternel

Nous nous sommes intéressées aux connaissances des femmes interrogées sur l'allaitement maternel.

a) La qualité du lait maternel

La plupart des femmes interrogées savent que le lait maternel est meilleur pour le bébé. C'est l'élément cité en premier lorsque nous leur avons demandé ce qu'elles savaient sur l'allaitement.

E : « L'allaitement c'est bon pour le bébé, ça je l'ai toujours entendu. »

G : « C'est quand même beaucoup plus bénéfique pour lui d'avoir un allaitement maternel que d'avoir un allaitement de substitution. »

I : « L'allaitement maternel est meilleur pour le bébé. »

b) La protection contre les infections

Le deuxième élément qui revient le plus souvent est la notion d'anticorps qui est transmis via le lait maternel et qui protège l'enfant.

B : « Le lait est bon pour le bébé, pour sa santé, pour le protéger des maladies, les anticorps et ce genre de chose. »

F : « Je sais qu'il y a beaucoup de bienfait dans tout ça, par rapport aux anticorps et que ça pouvait être bon pour lui »

H : « Donner tous les anticorps aux petits, ils sont moins malades, ils sont plus vigoureux, enfin ils ont toutes nos bonnes choses. »

I : « Cela évite aux bébés d'avoir certaines infections par rapport au lait industriel. »

c) Pas de différence

Pour certaines des femmes interrogées, le lait industriel apporte les nutriments nécessaires au bon développement du nourrisson tout comme le lait maternel. Elles ne

voyaient pas de réelles différences entre les deux modes d'alimentation, notamment grâce aux progrès de la science.

A : « Biberon et sein, c'est la même chose »

B : « On est en 2013, les progrès de la science, ils sont allés assez loin dans les biberons. Je sais qu'il y a les mêmes apports nutritionnels. »

E : « Maintenant il y a de très bons laits qui s'adaptent très bien aux bébés avec des systèmes de nutrition où il y a tout ce qu'il faut. »

Leur autre argument était que les enfants de leur proche non allaités étaient tout autant en bonne santé que ceux allaités, voire parfois en meilleure santé !

B : « Les enfants autour de moi qui n'ont pas été allaités sont tout autant en bonne santé que ceux allaités au sein. »

E : « Pour avoir vu vraiment par le biais de ma sœur, ses enfants nourris au biberon, vu les beaux bébés que c'étaient, cela me conforte aussi dans mon choix. »

I : « Je regarde autour de moi, il n'y a pas beaucoup d'enfants malades. Ma collègue qui a allaité ses deux enfants, ils sont constamment malades. »

d) Connaissances limitées

Les femmes interrogées connaissent l'avantage principal chez l'enfant de l'allaitement maternel qui est la protection contre les infections.

Nous leur avons demandé si elles connaissaient d'autres effets bénéfiques de l'allaitement maternel mais aucune n'a su nous répondre.

Comme pour elles, le choix était déjà fait et était catégorique, elles n'ont pas cherché à avoir d'autres informations sur l'allaitement maternel.

H : « Comme je ne souhaite pas allaiter, je ne me suis pas vraiment renseignée. »

L : « Après non, je n'en vois pas d'autres [...] mais en même temps je ne suis pas plus concernée, donc du coup je ne vais pas faire plus de recherche dessus. »

6 Discussion

6.1 Points forts, points faibles et biais

6.1.1 Méthodologie

a) L'échantillon

En méthodologie qualitative, l'échantillon peut être raisonné et choisi et n'est pas forcément représentatif de la population étudiée.

Notre échantillon a l'avantage d'être varié du point de vue de l'âge que du niveau d'étude, même si nous avons peu de femmes au-dessus du niveau Bac +3.

Les femmes habitaient toutes dans la région havraise aussi bien en milieu urbain que rural.

b) Le recrutement

Il a été difficile à réaliser. En général, notre projet a été bien accueilli par les sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes installés en libéral que nous avons contactés. Certaines de leurs patientes ont refusé l'entretien probablement parce que le sujet était trop intime et ne nous connaissaient pas. Il est possible que ces femmes eussent pu nous apporter d'autres éléments intéressants à notre étude.

Il existe donc un biais de sélection. Les femmes que nous avons interrogées ne se sentaient pas culpabilisées et elles parlaient librement et sans complexe de leur décision.

Certaines maternités ont refusé de nous mettre en contact avec leurs patientes considérant que le sujet était trop intime ou qu'il pouvait nuire à l'obtention du label « Hôpital Amis des Bébés ».

L'échantillon ne comporte que douze personnes ce qui pourrait être considéré comme un point faible de notre étude. Nous avons respecté la démarche des études qualitatives. Nous avons arrêté notre recrutement à la saturation des données.

c) L'interviewer

Une seule personne a réalisé les entretiens afin d'éviter un biais de recueil des données en diversifiant les interlocuteurs.

Le fait que je sois une femme jeune m'a servi. J'ai en effet senti les femmes à l'aise face à moi. Elles ont pu se confier sur des sujets intimes.

Le fait de ne pas encore avoir d'enfant m'a probablement desservi à certains moments.

D'autres n'ont pas souhaité servir de sujet d'étude sur une question intime quand j'ai précisé que je réalisais ma thèse à partir de leurs entretiens.

d) L'entretien

La méthodologie qualitative nécessite des interviews par questions ouvertes. On laisse l'interlocuteur s'exprimer librement en lançant une idée de thème, puis on l'oriente sur d'autres idées ou on creuse certains items par des sous-questions.

Nous avons rencontré parfois des difficultés à faire s'exprimer les femmes qui étaient pour certaines timides. Nous avons été obligé d'orienter un peu plus nos questions, de rajouter parfois des questions plus fermées pour avoir des réponses plus riches.

Cela a créé un biais dans le recueil de données.

Il aurait été intéressant de réinterroger les femmes après la naissance de leur enfant pour connaître leur vécu sur le début de la maternité, sur le mode d'alimentation choisi.

6.1.2 Résultats

a) Validité interne

Les données obtenues par notre étude semblent comparables aux données de la littérature qui avaient sous-tendu l'élaboration des premières hypothèses.

Cependant, nous ne pouvons pas exclure des biais interprétatifs lors de l'analyse des données.

b) Validité externe

La question est de savoir si les résultats obtenus sont transférables à d'autres objets ou contextes.

Les femmes interrogées viennent de différents milieux socio-professionnels (hôtesse de caisse, enseignante, aide de vie à domicile, apprentie coiffeuse, etc.) et vivent en milieu divers (urbain, semi-rural et rural).

La transposition dans un autre contexte serait possible à condition que le sujet reste obstétrical.

6.2 Principaux résultats, analyse et implications pratiques

6.2.1 La pudeur

La notion de pudeur est l'un des éléments clefs de notre étude. Plus de la moitié des femmes interrogées ont souligné que la pudeur était l'une des raisons principales pour ne pas allaiter.

Leur argument est qu'allaiter en public ou dans un lieu public les gêne. De ce fait, le biberon est la réponse parfaite à leur pudeur. Ce mode d'alimentation élimine les contraintes et paraît plus pratique à leurs yeux.

Dans une étude australienne de 2010, des femmes étaient interrogées sur les aspects positifs et négatifs de l'allaitement maternel. L'élément négatif le plus souvent énoncé était l'allaitement maternel en public. Les femmes parlaient de leur difficulté, leur gêne à allaiter en public, jusqu'à utiliser des biberons avec du lait industriel lors des sorties (24).

Pour certaines femmes, la pudeur peut être une barrière infranchissable. Les résistances sont plus profondes.

En psychologie, chaque sein a son histoire construite à partir d'un « sein narcissique », d'un « sein érotique » et d'un « sein nourricier ». Ces trois étapes vont se mettre en place successivement mais pas toujours dans cet ordre. Par exemple, la petite fille qui voit sa mère allaiter son petit frère, l'idée d'un sein nourricier se mettra en place en premier (25).

En France, la fonction érotique précède la fonction nourricière du sein comme l'a souligné une des femmes interrogées. Elles ressentent alors une gêne vis-à-vis du contact intime de l'enfant qui tète. La confusion peut s'installer entre plaisir sensuel et le plaisir de l'enfant au sein.

6.2.2 Facilité et praticité du biberon

a) Confiance en soi

Beaucoup des femmes interrogées ont peur de ne pas bien nourrir leur enfant au sein car elles ne connaîtraient pas la quantité de lait bu par leur enfant.

Le biberon semble alors plus facile, plus rassurant car il permet de contrôler les quantités bues par l'enfant.

Il est plus facile, plus rapide de mesurer une quantité que d'apprendre à observer son enfant, à analyser son comportement et à se faire confiance.

En tant que jeune médecin généraliste, il m'est déjà arrivé de rencontrer de jeunes primipares arrivant à la consultation avec la liste quotidienne détaillée des quantités bues par leur enfant. Ces valeurs précises, au final, ne les rassuraient pas plus que cela et créaient

de nouvelles angoisses autour d'une valeur parfois trop basse. Il fallait les rassurer, leur montrer que le comportement de leur enfant était normal, que la prise de poids était correcte. Le plus rassurant est la règle d'Appert (poids en grammes divisé par 10 + 250 puis divisé par le nombre de biberons). Elle permet de donner la quantité de lait en millilitre par biberon. Cette règle est bien pratique pour des personnes angoissées.

Ces femmes n'ont pas assez confiance en elles. Elles doutent de leur capacité à être une bonne mère. L'allaitement vient amplifier ce doute car elles se sentent seules à assurer la survie de leur enfant. La confiance en ses capacités s'apprend avec l'expérience.

Il est important qu'il y ait un bon entourage pour les soutenir. Malheureusement, dans la société actuelle, les femmes se retrouvent souvent seules, isolées de leur famille.

Pour elles, le biberon est aussi pratique lorsqu'elles souhaitent confier leur enfant à un tiers. C'est un outil de libération de la femme.

b) Le tire-lait

Lors de notre étude, nous leur avons proposé éventuellement l'utilisation d'un tire-lait pour contrer le problème de pudeur, de quantification du lait mais aussi le problème de la reprise du travail. L'image du tire-lait ne leur convenait pas. Elles avaient une image négative, une image de « vache à lait ». Cette solution était, en définitive, tout aussi « repoussante » que d'allaiter au sein.

c) Culture de l'allaitement

Les notions de pudeur et de peur autour de l'allaitement sont difficilement modifiables. Ce sont des facteurs personnels, propres à chaque personne et à leur histoire.

Ils sont intimement liés aux traditions et à la culture de chaque peuple.

Dans les pays où le taux d'allaitement est très élevé (en Norvège, il est par exemple de 98%), l'idée même d'un choix paraît incongrue. Toutes les femmes qui le peuvent allaitent.

Comme le souligne le Docteur Pillot, Président de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel, « l'allaitement maternel est un art d'imitation et de culture ».

Les femmes que nous avons interrogées avaient peu d'expériences positives autour d'elles et il n'y avait pas de réelle culture de l'allaitement dans leur famille. Leur mère par exemple ne les avait pas allaitées.

Nous retrouvons cette notion dans une étude qualitative espagnole de 2006, l'influence de la société a été étudiée sur la décision d'allaiter. Les auteurs remarquent que le fait d'avoir vu des personnes allaiter dans leur entourage avait une influence positive dans le choix de l'allaitement maternel. Ils soulignent que l'allaitement maternel est une pratique qui fait partie de la culture et de la tradition de chaque famille (26).

6.2.3 La place du père

Plus de la moitié des femmes que nous avons interrogées souhaitent que le père ait une place importante dès la naissance de leur enfant.

Pour certaines, c'est la raison pour laquelle elles choisissent le biberon.

Même si le choix du biberon revient aux femmes, les conjoints souhaitent être impliqués dès le départ. Donner le biberon permet aux hommes d'avoir un rôle, de renforcer leur lien avec l'enfant.

Le temps du biberon est considéré comme un moment privilégié, un moment de partage qui serait diminué si la femme allaitait.

Le partage des biberons est également un moyen pour la femme de faciliter son rôle de mère. Ce partage permet de la soulager et lui permet d'être un peu plus libre. Il permet aussi de mettre en place une certaine égalité des rôles parentaux. Le biberon devient un outil de promotion de la paternité.

Dans notre étude, le père n'influe pas ou peu sur la prise de décision des femmes.

Le rôle du père est mis en avant dans plusieurs études.

Une étude qualitative anglaise datée de 2000 s'est livrée à un examen des choix d'alimentation du nourrisson opérés par les femmes à travers leurs propres expériences et les perceptions.

Pour les femmes ayant choisi l'allaitement artificiel, le choix du biberon est perçu comme une façon de partager l'enfant avec le père. Selon l'auteur, ce partage facilite le passage à la parentalité pour le couple (27).

Si le père souhaite être présent, il a finalement peu d'influence sur le choix de sa compagne. On retrouve cette idée dans une étude réalisée en Pays de Loire en 2011, les mères déclaraient avoir été influencées par le père dans le choix de l'allaitement au sein dans 18,6% des cas contre 5,2% des femmes allaitant artificiellement (28).

Il serait intéressant d'impliquer davantage les futurs pères dans les campagnes d'informations sur l'allaitement. Même s'ils ont probablement assez peu d'influence sur la décision finale de leur compagne, on pourrait expliquer qu'il existe d'autres moyens de créer un lien avec son enfant, d'autres moyens de partage (les bains, le réconfort lors des pleurs, etc.).

6.2.4 Informations sur l'allaitement maternel

a) Les connaissances des femmes sur l'allaitement

Les femmes interrogées savaient que l'allaitement maternel était meilleur pour leur enfant. L'étude britannique de Sarah Earle le montre également : les femmes, qu'elles aient

décidé ou non d'allaiter, ont des connaissances sur les bénéfices de l'allaitement. Elles savent qu'allaiter est meilleur pour le nourrisson (27).

Leurs connaissances sur l'allaitement maternel étaient limitées aux bénéfices sur l'enfant en matière de protection contre les infections. Elles ne connaissaient pas d'autres avantages.

Pourtant, les femmes reçoivent beaucoup d'informations sur l'allaitement maternel pendant leur grossesse en particulier par la Caisse d'Allocation Familiale ou la Sécurité Sociale. Les équipes soignantes des maternités s'investissent également pour promouvoir l'allaitement maternel, par exemple pendant les cours de préparation à l'accouchement.

Malheureusement, ces informations arrivent trop tard, le choix de ne pas allaiter étant le plus souvent déjà fait. Comme nous avons pu le voir, la décision sur le choix du mode d'alimentation du nourrisson est prise bien avant le début de grossesse.

Cet aspect apparaît dans une étude américaine qui montre notamment que la décision d'allaiter ou de ne pas allaiter est prise avant la grossesse ou au premier trimestre de grossesse pour 78% des femmes (29).

Les femmes que nous avons rencontrées nous ont régulièrement dit qu'elles avaient reçu des informations pendant leur grossesse mais qu'elles ne s'y intéressaient pas, tout comme les cours de préparations à l'accouchement dédiés à l'allaitement.

b) Comparaison avec des femmes allemandes

Une étude française de 2007 a comparé les mères françaises et allemandes dans leur choix, leur motivation et leur prise de décision en matière d'allaitement maternel. Elle montre qu'il s'agisse de l'Allemagne ou de la France, la majorité des femmes a pris la décision d'allaiter très tôt dans la grossesse. La seule différence notable entre les deux pays est que 31% des Allemandes déclarent vouloir allaiter depuis toujours contre 15% des Françaises. Ceci indique qu'il existe probablement une meilleure image de l'allaitement maternel dans la culture allemande, qui pourrait être expliqué par une meilleure information sur l'allaitement outre-Rhin. Il y existe notamment une commission nationale de l'allaitement maternel. Le personnel soignant bénéficie de nombreuses sessions de formation continue. Une équipe qualifiée permet ainsi d'informer les femmes tout au long de leur grossesse.

En France, il n'existe officiellement qu'une heure consacrée à l'allaitement lors des cours de préparation à l'accouchement. De nombreuses femmes n'y assistent pas (30).

Il serait intéressant de trouver un moment dans la vie de la future mère pour l'informer sur l'allaitement maternel et ce bien avant la grossesse.

Les professionnels de santé, tel que le médecin traitant pourraient y jouer un rôle, lors d'une consultation pour renouvellement de contraception ou lors de la réalisation de frottis, par exemple.

c) La consultation préconceptionnelle

En 2009, l'HAS propose l'instauration d'une consultation préconceptionnelle pour informer et recueillir les informations visant à anticiper les situations à risque durant la grossesse ou l'accouchement (31). Cette consultation remplace la consultation prénuptiale qui n'est plus obligatoire depuis 2007. Elle permet aussi de contrôler si les vaccinations du couple sont à jour, prescrire des examens complémentaires (groupe sanguin, sérologie toxoplasmose et rubéole, etc.) et de prescrire de la spérfoldine pour les jeunes femmes. L'HAS ne l'évoque pas dans ses recommandations, mais cette consultation pourrait être également un moment pour informer le couple sur les moyens d'alimentation du nourrisson et apporter des réponses à leurs éventuelles questions sur l'allaitement maternel.

Le médecin généraliste pourrait tenir un rôle central lors de cette consultation car il est souvent le premier interlocuteur des jeunes couples.

Cette consultation n'étant pas obligatoire, peu de couples malheureusement se présentent en consultation pour un désir de grossesse.

7 Conclusion

A travers cette étude qualitative, nous avons pu mettre en évidence différentes raisons des femmes primipares à choisir l'allaitement artificiel à la place de l'allaitement maternel.

Certains facteurs comme les connaissances sur les bénéfices de l'allaitement maternel et la place du père pourraient être modifiés par une meilleure information en amont de la grossesse et ainsi permettre aux femmes de choisir plus librement. Cette information pourrait se faire lors d'une consultation préconceptionnelle par un médecin généraliste ou un gynécologue.

Il faudrait également une formation plus importante des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes. Mais tous n'ont pas le même intérêt vis-à-vis de l'allaitement maternel. Tout dépend aussi de la relation médecin-patiente pour aborder ce sujet intime et personnel.

Les sages-femmes sont bien formées mais les patientes ne les rencontrent le plus souvent que pendant leur grossesse.

Nous avons pu mettre en évidence des raisons plus intimes, plus personnelles comme la pudeur qui sont liées à la personnalité de chaque femme et sont également liées à la culture et aux traditions familiales.

Notre étude n'a pas lieu d'inciter, ni de convaincre ces femmes à allaiter mais plutôt de mieux comprendre pourquoi elles choisissent le biberon et ainsi mieux les accompagner en tant que professionnel de santé, en commençant par les rassurer et leur faire prendre confiance en elles.

Elle nous permet aussi d'être moins critiques même si nous savons tous que l'allaitement maternel est meilleur en tout point ce que les femmes interrogées savent par ailleurs aussi.

Nous avons écouté avec une neutralité bienveillante ces femmes s'exprimer librement sur un sujet qui porte régulièrement à débat. Nous espérons à travers ces témoignages avoir pu analyser leur choix.

8 Bibliographie

- (19) Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (Afssa). Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons. Juillet 2005. Disponible sur : http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/afssa/2005_alimentation_AFSSA.pdf
- (29) Arora S. et al. Major factors influencing breastfeeding rates : mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 2000 (106) e67
- (26) Barona-Vilar C. et al. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery* 2009 (25) 187-194
- (21) Bartick M. and Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States : a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010 (125) e1048-e1056
- (24) Barrière H. et al. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. *Archives de pédiatrie* 2011 (18) 945-954
- (22) Bitoun P. Valeur économique de l'allaitement maternel. *Les dossiers de l'obstétrique*, 1994 (216)
- (4) Blondel B. Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011.
- (5) Bonet M., Foix L'Hélias L., Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. *Archives de Pédiatrie* 15, n°9 (septembre 2008) : 450-454
- (13) CRAT. Centre de référence sur les agents tératogènes. <http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>
- (14) Damase-Michel C. et al. Médicaments et allaitement maternel. *EMC-Médecine* 2004 (1) 417-432
- (27) Earle S. Why some women do not breast feed : bottle feeding and fathers' role. *Midwifery* 2000 (16) 323-330
- (28) Forster D. et al. Women's views and experiences of breast feeding : positive, negative or just good for the baby ? *Midwifery* 2010 (26) 116-125
- (11) Grummer-Strawn L.M, Mei Z. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Anamysis of longitudinal data from the centers for disease control and prevention pediatric nutrition surveillance system. *Pediatrics* 2004 (113) 81-86

(3) Haute Autorité de Santé (HAS). Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation. Juin 2006. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf

(31) Haute Autorité de Santé (HAS). Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf

(17) La Leche League International (LLL). Breastfeeding statistics september 15, 2003. Disponible sur : <http://www.lalecheleague.org/cbi/bfstats03.html>

(23) Leclercq A.M. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? Mémoire DESS économie de gestion hospitalière privée avril 1997.

(18) Ministère de la Santé et de la Solidarité. Recommandations d'hygiène pour les biberons. Octobre 2006. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_d_hygiene_pour_les_biberons.pdf

(1) Murphy M. Breast is best : infant feeding decisions and maternal deviance. Society of Health and Illness 1999, 21 (2) : 187-208

(2) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Alimentation au sein exclusive pendant 6 mois pour les nourrissons du monde entier. Déclaration du 15 janvier 2011. Disponible sur :
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/fr/

(6) Organisation Mondiale de la Santé. Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel. 11 et 12 juin 1991. P 2.
Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_CDD_SER_91.14_fre.pdf

(7) Organisation Mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts de lait maternel. 1981.
Disponible sur : http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

(15) Organisation Mondiale de la Santé. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE 1989.
Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39875/1/9242561304_fre.pdf

(25) Parat H. Sein de femme, sein de mère. Petite bibliothèque de psychanalyse. Presses Universitaires de France 2006

- (8) Picaud J-C. Allaitement maternel et lait maternel : quels bénéfices pour la santé de l'enfant. Nutrition clinique et métabolisme 2008 (22) 71-74
- (16) Rabinovici J-J. Etude des raisons du refus d'allaitement. Thèse de neuro anatomie. Université de Besançon 1975.
- (10) Rancé F. Prise en charge et prévention des allergies alimentaires de l'enfant. Journal de pédiatrie et de puériculture 2004 (17) 273-277
- (12) Rigourd V. et al. Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Journal de pédiatrie et de puériculture 2013 (26) 90-99
- (9) Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Archives de pédiatrie 2005 (12) 145-165
- (30) Walburg V. et al. Etude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d'allaitement maternel : motivation, choix et prise de décision. Journal de pédiatrie et de puériculture 2007 (20) 195-199
- (20) Weimer J P. The economic benefits of breastfeeding : a review and analysis. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture. Food Assistance and Nutrition Research 2001 (13)

9 Liste des abréviations

AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

CRAT : Centre de Référence des Agents Tératogènes

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

10 Annexes

10.1 Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Klara Kekus, j'ai 27 ans.

Je suis interne en dernière année de médecine générale. Je dois réaliser une thèse pour valider la fin de mes études et j'ai souhaité aborder le sujet du choix de ne pas allaiter chez les femmes attendant leur première enfant.

Merci d'avoir accepté de participer à l'entretien. Je vais enregistrer cet entretien avec un dictaphone si vous le permettez. L'analyse que j'en ferai sera totalement anonyme.

Nous commençons tout d'abord par des questions fermées :

- Quel âge avez-vous ?
- A quel terme de la grossesse êtes-vous ?
- La grossesse se déroule-t-elle bien ? avez-vous rencontré des difficultés ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Quel est votre niveau d'étude ? votre situation professionnelle actuelle ?
- Habitez-vous dans une grande ville, une petite ville ou en campagne ?

Rentrons un peu plus dans le thème avec des questions ouvertes :

- 1) Quelles sont vos connaissances sur l'allaitement maternel ?
En connaissez-vous d'autres ? Notamment sur la santé des femmes ?
Où avez-vous trouvé ces informations ?
Souhaitez-vous participer aux cours de préparations à l'accouchement ?
- 2) Vous avez choisi de ne pas allaiter votre enfant. Quand avez-vous pris la décision ? avant ou pendant la grossesse ?
Quelle est la raison de ce choix ?
L'allaitement en public vous gênerait-il ?
Si la pudeur est l'une des raisons de votre choix, pensez-vous qu'un tire-lait pourrait être une solution alternative ?
- 3) La place du conjoint.
Votre conjoint vous a-t-il aidé dans votre décision ?
Vous a-t-il influencé ?
Quel est son avis sur la question ?
Que pense-t-il de l'allaitement maternel ?
Allez-vous partager les biberons avec votre conjoint ?
- 4) La place de la famille et de l'entourage.
En avez-vous parlé à des personnes de votre entourage ?
Vous ont-elles influencé ?

Qu'en pense votre mère ? Vous a-t-elle donné des conseils ?
A-t-elle, elle-même, allaité ses enfants ? Si non, savez-vous pourquoi ?
Parmi les autres personnes de votre entourage avec qui vous en avez parlé, avez-vous eu des retours positifs ou négatifs sur l'allaitement maternel ? Lesquels ?
Avez-vous ressenti une certaine culpabilité ou une pression quelconque de la part de votre entourage par rapport à votre choix ?

5) La place des professionnels de Santé.

Avez-vous eu l'occasion de pouvoir parler de l'allaitement maternel et de votre choix avec des professionnels de santé ? Avec qui ?
Quel était leur avis ?

6) La tétée d'accueil

Connaissez-vous la tétée d'accueil ? Qui vous en a parlé ?
Pouvez-vous me donner plus d'informations dessus ?
Seriez-vous d'accord pour faire la tétée d'accueil ?

10.2 Annexe 2 : Caractéristiques de la population

Primipare	Âge	Terme de la grossesse	Situation familiale	Lieu d'habitation	Niveau d'études	Situation professionnelle
A	18 ans	39 SA	Célibataire, en couple	Urbain	Brevet des collèges	CAP coiffure en cours
B	29 ans	26 SA	Mariée	Urbain	Bac	Agent administratif
C	25 ans	12 SA	Célibataire, en couple	Rural	Bac	Aide à domicile
D	29 ans	32 SA	Célibataire, en couple	Urbain	Bac + 4	Professeur des écoles
E	28 ans	36 SA	Pacsé	Semi-rural	Bac	Vendeuse
F	28 ans	24 SA	Célibataire, en couple	Urbain	Bac	Secrétaire
G	25 ans	29 SA	Mariée	Semi-rural	Bac +3	Infirmière
H	30 ans	39 SA	Pacsée	Semi-rural	Bac +3	Commerciale
I	25 ans	23 SA	Célibataire, en couple	Urbain	Bac +2	Secrétaire médicale
J	27 ans	26 SA	Pacsée	Urbain	Bac	Assistante d'éducation
K	35 ans	30 SA	Célibataire, en couple	Rural	Bac +2	Agent immobilier
L	27 ans	12 SA	Mariée	Rural	Bac pro	Hôtesse de caisse

Introduction : Le taux d'allaitement maternel en France est l'un des plus bas en Europe malgré les recommandations internationales pour la promotion de l'allaitement. Il nous a paru intéressant de comprendre et analyser les raisons de la persistance du choix de ne pas allaiter chez les femmes primipares. Nous avons choisi de nous intéresser uniquement à des femmes primipares pour exclure les expériences négatives d'un allaitement maternel antérieur. **Matériel et méthodes :** Une méthodologie qualitative a été choisie. Douze femmes primipares, âgées de 18 à 35 ans, de la région havraise, ont été interrogées individuellement en entretien semi-dirigé de novembre 2012 à fin juin 2013. **Résultats :** Le choix de ne pas allaiter est avant tout un choix personnel et la décision est prise bien avant le début de la grossesse. La pudeur est l'une des raisons principales invoquée par ces femmes pour ne pas allaiter. Elles désirent aussi que le père joue un rôle important dès la naissance en participant au partage du biberon. L'environnement extérieur influence implicitement leur choix. Nous avons remarqué qu'elles connaissaient certains avantages de l'allaitement maternel mais cela ne semblait pas influencer sur leur décision. **Conclusion :** Certaines raisons personnelles et intimes sont difficilement modifiables mais une consultation préconceptionnelle systématique avec le couple permettrait de mieux l'informer sur l'allaitement maternel et d'apporter des réponses à ses questions. Cette étude permet de mieux accompagner ces femmes en tant que professionnel de santé en connaissant les raisons du choix de ne pas allaiter. Le médecin généraliste peut y tenir un rôle notamment en préconceptionnel.

Mots clés :

- Refus
- Allaitement maternel
- Biberon
- Femmes primipares
- Médecine générale