

Choix du mode d'allaitement après conception par insémination intra-utérine avec sperme du conjoint

Lisa Thevenet

► **To cite this version:**

Lisa Thevenet. Choix du mode d'allaitement après conception par insémination intra-utérine avec sperme du conjoint. Gynécologie et obstétrique. 2015. <dumas-01218775>

HAL Id: dumas-01218775

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218775>

Submitted on 5 Dec 2016

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.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**CHOIX DU MODE D'ALLAITEMENT
APRES CONCEPTION PAR
INSEMINATION INTRA-UTERINE
AVEC SPERME DU CONJOINT**

Présenté et publiquement soutenu

Le 22 avril 2015

Par

THEVENET Lisa
Née le 2 août 1991

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2014/2015

Membres du jury :

- Dr COURBIERE Blandine, MCU-PH gynécologie-obstétrique
- HASSLER Pascale, Sage-femme enseignante
- LAFON Edouard, Sage-femme

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**CHOIX DU MODE D'ALLAITEMENT
APRES CONCEPTION PAR
INSEMINATION INTRA-UTERINE
AVEC SPERME DU CONJOINT**

THEVENET Lisa

2 août 1991

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-
Femme**

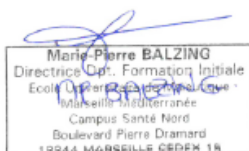
Année universitaire 2014-2015

Validation 1^{ère} session 2015 : Oui

Mention : Félicitations du jury

Validation 2^{ème} session 2015 :

Visa et tampon de l'école



**Choix du mode d'allaitement après
conception par insémination intra-
utérine avec sperme du conjoint.**

Remerciements

Je tiens à remercier très chaleureusement :

Madame le Docteur Blandine Courbière pour sa disponibilité, son expertise et son aide précieuse.

Monsieur le Docteur Vincent Pradel pour sa pédagogie et son assistance dans la réalisation des statistiques.

Les sages femmes et toute l'équipe du CPMA de la Conception de Marseille pour leur aide logistique.

Famille et amis pour leurs relectures et leur soutien sans faille.

Sommaire

Avant-propos.....	1
1. Introduction à l'étude.....	2
2. Matériels et méthode	
2.1 Rappel des objectifs de recherche.....	4
2.2 Type d'étude, lieu et durée.....	5
2.3 Population à l'étude	
2.4 Variables à l'étude.....	6
2.5 Comité d'Éthique	
2.6 Recueil de données.....	7
2.7 Analyse statistique	
3. Résultats	
3.1 Caractéristiques de la population étudiée	
3.2 Choix du mode d'allaitement.....	10
4. Analyse et discussion	
4.1 Validité de l'étude.....	15
4.2 Principaux résultats.....	16
4.3 Discussion	
4.4 Propositions.....	19
4.5 Conclusion.....	21

Table des matières

Bibliographie

Annexes

Liste des abréviations utilisées

Avant-propos

Dans un précédent travail réalisé au Centre d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) de l'hôpital de La Conception de Marseille, Castelli *et al.* (2015) avaient montré chez des femmes ayant conçu par Fécondation In Vitro (FIV) que trois facteurs influençaient significativement la décision d'allaitement artificiel par rapport à l'allaitement maternel: une durée d'infertilité supérieure à 2 ans, le fait de ne pas avoir été allaitée soi-même et un accouchement par césarienne après FIV. Il avait été fait l'hypothèse qu'une longue durée d'infertilité et une grossesse obtenue par FIV pouvaient être à l'origine d'un stress et d'une diminution de la confiance en soi avec un retentissement possible sur le lien mère-enfant et le taux d'initiation d'un allaitement maternel (AM). Cette diminution du taux d'initiation de l'AM dans un sous-groupe de femmes était peut-être multifactorielle du fait des conséquences psychologiques de l'infertilité, ou de la lourdeur du parcours de FIV. Il nous a paru intéressant d'étudier dans un groupe de patientes ayant conçu par insémination-utérine si l'initiation de l'AM à la maternité était influencée par l'infertilité ou la technique d'AMP. La finalité de cette étude est de pouvoir accompagner au mieux les parents concevant après AMP dans leur choix, quel qu'il soit.

Choix du mode d'allaitement après conception par insémination intra-utérine avec sperme du conjoint.

1. Introduction à l'étude

En France, le taux d'allaitement maternel est le troisième plus faible d'Europe avec un taux d'initiation de 69% à la maternité en comptant allaitement maternel exclusif et allaitement mixte, et n'est plus que de 54% à 1 mois (Turck et *al.*, 2010). Les pays scandinaves se positionnent parmi les premiers avec plus de 95% d'initiation d'allaitement maternel en maternité et une durée d'allaitement plus longue, environ 70% d'allaitement maternel à 6 mois de vie (Häeggkvist et *al.*, 2010).

De nombreuses recommandations internationales (OMS, 2001) et nationales (ANAES/HAS, 2002 ; Plan National Nutrition et Santé, 2011-2015), ont été émises en faveur de l'allaitement maternel. Ils mettent en avant ses nombreux bénéfices sur la santé de l'enfant, permettant notamment la diminution des infections gastro-intestinales, ORL et respiratoires (Turck et *al.*, 2005), et également sur la santé de la mère. La durée optimale est estimée à 6 mois (Kramer et *al.*, 2012). Les études réalisées sur l'initiation de l'allaitement et ses suites ont montré que de nombreux facteurs influençaient significativement le choix de l'allaitement maternel comme par exemple l'âge de la mère, la catégorie socioprofessionnelle, les conditions économiques et familiales, la parité, le mode d'accouchement (Salanave et *al.*, 2014 ; Kersuzan et *al.*, 2014 ; Guillaumon et *al.*, 2013 ; Branger et *al.*, 2012 ; Kramer et *al.*, 2012 ; Turck et *al.*, 2010 ; Siret et *al.*, 2008 ; Douville et *al.*, 2008 ; Bonet et *al.*, 2008 ; Walburg et *al.*, 2007 ; Fanello et *al.*, 2003 ; Ego et *al.*, 2003 ; Labarère et *al.* 2001). Cependant, la plupart de ces études ne s'intéressaient qu'aux enfants nés après grossesse spontanée et ne s'intéressaient pas à la sous-population des enfants nés après AMP.

Actuellement, un couple sur cinq consulte pour une difficulté à concevoir (Leridon et *al.*, 2008) et 2,9 % des naissances en France en 2012 ont été obtenues après recours à une technique d'AMP (Agence de Biomédecine, 2013). L'impact de l'infertilité et des techniques d'AMP sur le lien mère-enfant sont mal connus. Le parcours des couples infertiles est long, avec de nombreuses consultations, de multiples explorations paracliniques, et des traitements souvent vécus comme contraignants et parfois accompagnés d'effets indésirables altérant la qualité de vie des patientes (Smith et *al.*, 2015). Les études montrent parfois chez ces couples un sentiment d'échec, d'impuissance, de culpabilité, de dévalorisation, de stress et un impact négatif non négligeable sur la sexualité de ces couples avec désérotisation des rapports et parfois dysfonction sexuelle (Salama et *al.*, 2012 ; Jaoul et *al.*, 2011 ; Ohl et *al.*, 2009 ; Goëb et *al.*, 2006). Tous ces facteurs pourraient en théorie avoir des conséquences sur le processus d'attachement des couples infertiles à leur enfant, mais aucune différence n'a été retrouvée par rapport à l'attachement créé dans la population générale selon diverses études descriptives (Revidi et *al.*, 2008). Cependant, d'après Jaoul et *al.*, (2011), 50% des femmes suivies en AMP auraient des symptômes dépressifs. On ne connaît pas l'impact éventuel de ces symptômes sur une future grossesse et le lien mère-enfant. D'autre part, les grossesses issues de l'AMP sont plus à risque de complications obstétricales, même en cas de grossesse unique : augmentation du risque d'hémorragie obstétricale, augmentation de la morbidité néonatale, du taux de césariennes, d'accouchements prématurés, de petits poids de naissance ; les antécédents d'infertilité étant en eux-mêmes un facteur augmentant le risque de complications obstétricales et néonatales (Malchau et *al.*, 2014 ; Pinborg et *al.*, 2013 ; Patrat et *al.*, 2011 ; Marchand et *al.*, 2011). Ces techniques s'accompagnent aussi d'un risque de grossesses multiples, qui était de 10,7% en 2012, avec leurs complications propres (Kupka et *al.*, 2014 ;

Agence de Biomédecine, 2012 ; Nuojuua-Huttunen et *al.*, 1999).

Il existe plusieurs techniques en AMP destinées à pallier à l'infertilité des couples. L'Insémination Artificielle intra-Conjugale avec sperme du conjoint (IAC) est la méthode la plus simple et la plus ancienne. Elle consiste après stimulation ovarienne mono ou bi folliculaire, à inséminer les spermatozoïdes les plus mobiles d'un éjaculat dans la cavité utérine. Cette technique est indiquée dans les infertilités d'origine masculine modérée, d'origine ovarienne ou cervicale ou bien encore en cas d'infertilité inexplicée (Agence de Biomédecine, 2011). En 2012, le taux de grossesses en France était d'environ 11% par tentative (Agence de Biomédecine, 2012).

La question à laquelle tente de répondre cette étude est la suivante: "Quels sont les choix concernant l'allaitement chez les patientes ayant eu recours à l'IAC pour concevoir, et quels sont les facteurs ayant pu influencer ce choix ?"

Les objectifs ont été d'évaluer le pourcentage d'initiation et la durée d'allaitement maternel chez des patientes ayant conçu après IAC et d'identifier les facteurs qui influencent le choix de l'alimentation du nouveau-né (allaitement maternel, mixte ou artificiel). Nous avons ensuite comparé les caractéristiques de deux sous-groupes de patientes: Allaitement Maternel Versus Allaitement Artificiel.

2. Matériels et Méthode

2.1 Rappel des objectifs de recherche

Evaluer le pourcentage d'initiation et la durée d'allaitement maternel chez des patientes ayant conçu après IAC et identifier les facteurs qui influencent le choix de l'alimentation du nouveau-né (allaitement maternel, mixte ou artificiel).

2.2 Type d'étude, lieu et durée

Une étude rétrospective en recherche clinique et différentielle a été réalisée au Centre d'AMP du Centre Hospitalo-Universitaire de la Conception à Marseille chez des patientes ayant eu recours à une IAC entre janvier 2011 et juillet 2013 compris. Elle a été réalisée grâce à l'étude des dossiers médicaux du Centre d'AMP et sur questionnaires téléphoniques. La grille de recueil a été réalisée de façon à connaître les caractéristiques cliniques des patientes et pour rechercher les facteurs pouvant influencer le choix du mode d'allaitement (Annexe I). Certains de ces facteurs ont été déterminés suite à une recherche bibliographique (Salanave et *al.*, 2014 ; Kersuzan et *al.*, 2014 ; Guillaumon et *al.*, 2013 ; Branger et *al.*, 2012 ; Kramer et *al.*, 2012 ; Turck et *al.*, 2010 ; Siret et *al.*, 2008 ; Douville et *al.*, 2008 ; Walburg et *al.*, 2007 ; Fanello et *al.*, 2003 ; Ego et *al.*, 2003 ; Labarère et *al.*, 2001).

2.3 Population à l'étude

-Critères d'inclusion : Patientes ayant bénéficié d'une IAC au Centre d'AMP de la Conception et ayant accouché d'un enfant vivant et viable entre mai 2011 et mars 2014 et acceptant de participer à l'étude.

-Critères de non inclusion : Patientes ayant eu recours à d'autres techniques d'AMP (Insémination Artificielle avec sperme de donneur, FIV ...).

-Critères d'exclusion : Patientes ayant été enceintes après IAC au Centre d'AMP de la Conception mais dont la grossesse a été interrompue par une fausse-couche, une interruption médicale de grossesse, une mort in utero ou ayant accouché d'un enfant décédé dans la période néonatale, patientes ne parlant pas le français ou refusant de participer à l'étude.

Au total sur la période étudiée, 130 grossesses ont été obtenues par IAC, dont 86 ont dépassé le seuil de viabilité fixé à 22 SA et/ou 500g par l'OMS (Annexe II).

Compte tenu du faible effectif, aucun échantillonnage n'a été réalisé.

2.4 Variables à l'étude

Les variables recueillies ont été à la fois quantitatives et qualitatives, concernant :

-La patiente : Âge à l'accouchement, Indice de Masse Corporelle, niveau de scolarité, situation familiale et socioprofessionnelle, emploi avant la grossesse, quantification d'une éventuelle addiction (tabagisme, alcoolisme, caféine, autres...), antécédents médicaux et chirurgicaux notables, gestité et parité ainsi qu'un éventuel antécédent d'allaitement maternel.

-Le parcours en AMP : Délai d'obtention de la grossesse, rang de la tentative d'IAC pour laquelle la grossesse a été obtenue, indication d'IAC.

-Sa grossesse, puis son accouchement : Grossesse unique ou multiple, déroulement de la grossesse, participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), terme de naissance, poids de naissance, voie d'accouchement, peau à peau en salle de naissance et mise au sein précoce, durée et déroulement du séjour en maternité, santé ultérieure du nourrisson.

-L'allaitement : Si la participante à l'étude a été allaitée, quand la décision a été prise, quel mode d'allaitement a été choisi à la maternité, raisons, durée allaitement maternel exclusif/mixte, raison de l'arrêt, influences positives ou négatives du conjoint, des proches.

2.5 Comité d'Éthique

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique de la Recherche en Obstétrique et Gynécologie (CEROG 2014-GYN-0205) (Annexe III).

2.6 Recueil de données

Les patientes jointes par téléphone ont été informées sur la finalité de l'étude et sur leur libre choix d'y participer ou non. Les données recueillies ont été anonymisées, numérotées de 1 à 63 sur le fichier Excel® utilisé pour le recueil de données.

2.7 Analyse statistique

Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SSPS®. Pour comparaison de deux variables qualitatives, le test du CHI 2 a été utilisé, ou bien le test de Fisher si les conditions d'applications n'étaient pas respectées. Pour comparer une variable qualitative avec une variable quantitative c'est le test t qui a été employé pour comparer les moyennes, ou le test Mann-Whitney quand les conditions d'application n'étaient pas respectées. Des statistiques multivariées ont aussi été réalisées grâce à une régression logistique avec comme variable de départ l'allaitement et comme variables prédictives les variables qui avaient un seuil de significativité supérieur à 0.2 dans les analyses univariées menées précédemment. Les variables liées au ressenti des patientes ont été exclues de cette analyse. Le seuil alpha retenu pour les analyses a été 0.05.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Sur la période étudiée, 130 grossesses ont été obtenues au CPMA du CHU de la Conception. Trente-trois grossesses ont été exclues du fait d'une issue défavorable (fausse-couche, grossesse ectopique, biochimique ou arrêtée, enfant décédé durant la période périnatale) ainsi que 3 patientes non francophones, 4 ayant refusé de participer à l'étude et 27 patientes perdues de vue. Au total, 63 patientes ayant eu recours à une IAC et ayant accouché entre le mois de janvier 2011 et le mois d'août 2013 ont accepté de participer à cette étude et ont pu y être incluses (Fig 1). La population à l'étude a été

globalement hétérogène au point de vue des situations socio économiques, familiales, etc...

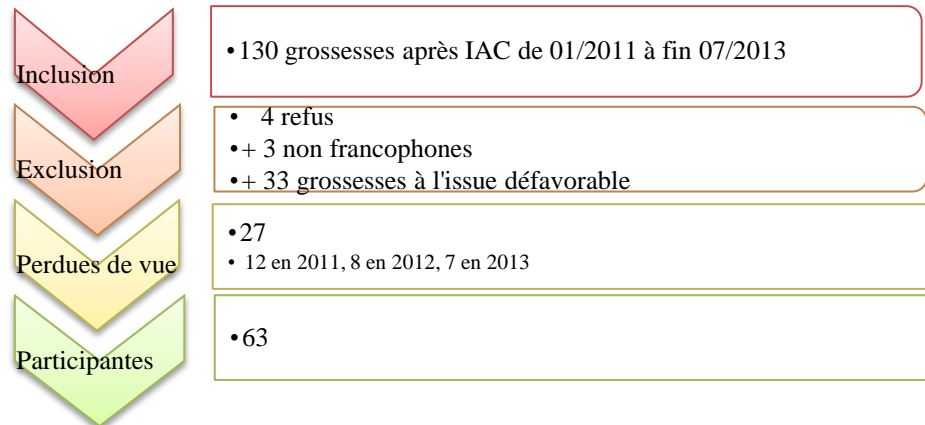


Figure 1 : Obtention de la population à l'étude

Leurs caractéristiques principales sont résumées dans les tableaux 1 et 2.

	Moyenne ± Ecart type
Âge à l'accouchement	32 ± 4
Indice de Masse Corporelle	23,9 ± 5,2
Durée nécessaire pour concevoir (Années)	3,1 ± 1,7
Rang de la tentative d'IAC pour laquelle grossesse obtenue	2,3 ± 1,4
Terme d'accouchement (SA)	39.1 ± 2,2
Poids de naissance (g)	3143 ± 575

Tableau 1 : Caractéristiques quantitatives des participantes à l'étude (n = 63)

		Effectif groupe (n=63)
Situation familiale	Mariée	28 (44%)
	Concubinage	35 (56%)
Niveau d'études	< Baccalauréat	20 (32%)
	≥ Baccalauréat	43 (68%)
Emploi avant la grossesse	Oui	59 (94%)
	Non	4 (6%)

		Effectif groupe (n=63)	
Tabagisme pendant grossesse	Oui	9 (14%)	
	Non	54 (86%)	
Pathologie avant grossesse	Oui	9 (14%)	
	Non	54 (86%)	
Gestité	Primigeste	25 (40%)	
	Multigeste	38 (60%)	
Parité	Primipare	42 (67%)	
	Multipare (2-3)	20 (32%)	
	Grande multipare (>3)	1 (1%)	
Antécédent d'allaitement maternel	Oui	11 (18%)	
	Non	52 (82%)	
Rang tentative	1	24 (38%)	
	2	18 (29%)	
	3	6 (10%)	
	4 et plus	15 (24%)	
Indication d'IAC	Masculine	10 (16%)	
	Ovarienne	7 (11%)	
	Mixte	16 (25,5%)	
	Cervicale	2 (3%)	
	Idiopathique	27 (43%)	
	Non connue	1 (1,5%)	
Pathologies de la grossesse	Oui	21 (33%)	
	<i>MAP</i>	9 (14%)	
	<i>Dont accouchements prématurés :</i>	6 (9,5%)	
	<i>RCIU</i>	2 (3%)	
	<i>HTA/Pré éclampsie</i>	4 (6,3%)	
	<i>Diabète</i>	4 (6,3%)	
	Non	42 (67%)	
	Hospitalisation pendant la grossesse	Oui	11 (18%)
		Non	52 (83%)

		Effectif groupe (n=63)
Préparation à la naissance	Oui	38 (60%)
	Non	25 (41%)
Voie d'accouchement	Voie basse (VB)	37 (59%)
	VB instrumentale	5 (8%)
	Césarienne programmée	10 (16%)
	Césarienne en cours de travail	11 (17%)
Peau à peau en salle d'accouchement (n=60)	Oui	38 (63%)
	Non	22 (37%)
Mise au sein précoce (n=60)	Oui	29 (48%)
	Non	31 (52%)
Nouveau né en néonatalogie/réanimation	Oui	5 (8%)
	Non	58 (92%)
Allaitement de la mère durant son enfance	Oui	30 (48%)
	Non	30 (48%)
	Ne sait pas	3 (4%)

NB : Aucune participante n'a évoqué d'addiction autre que le tabagisme. C'est pourquoi la consommation d'alcool et de drogues n'apparaît pas dans ce tableau.

Tableau 2 : Caractéristiques qualitatives des participantes à l'étude (n=63)

3.2 Choix du mode d'allaitement

Le choix du mode d'allaitement a été fait pour 51 femmes avant la grossesse (81%), pour cinq durant la grossesse (8%) et pour sept à la naissance de l'enfant (11%). Huit patientes ont changé d'avis à la naissance de leur enfant (13%) ; 3 ayant finalement opté pour l'allaitement maternel (AM), 3 pour l'allaitement mixte et 2 pour l'allaitement artificiel (AA). Le taux d'initiation d'un allaitement maternel a été de 73% et la poursuite à six mois de 29%. Le tableau 3 résume plus précisément l'évolution de l'allaitement maternel par rapport à celle de l'allaitement artificiel en fonction du temps.

	A la maternité	A 1 mois	A 3 mois	A 6 mois
AM exclusif	42 (67%)	36 (57%)	20 (32%)	10 (16%)
Allaitement mixte	4 (6%)	5 (8%)	8 (12,5%)	8 (13%)
AA	17 (27%)	22 (35%)	35 (55,5%)	45 (71%)

Tableau 3 : Mode d'allaitement choisi à la maternité et durée (n = 63)

La durée moyenne d'AM exclusif dans la population étudiée a été de 3,5 mois \pm 3,5. La médiane a été de 2,5 mois avec un minimum de 3 jours et un maximum de 17 mois. Cinq participantes ayant accouché entre 8 et 22 mois avant l'entretien allaitaient encore au moment de l'appel téléphonique. Si on regroupe toutes les femmes ayant allaité (exclusif et mixte compris), la durée moyenne d'allaitement a été de 4,5 mois (\pm 4,5).

Parmi les participantes, 89% ont estimé avoir été suffisamment informées par les professionnels de santé rencontrés à propos de l'allaitement et 78% ont considéré le soutien de ces professionnels satisfaisant. Sept ont estimé avoir été influencées par leur conjoint, vingt par leurs proches (amis, famille), dont sept par leur mère ou belle-mère. L'influence négative n'a pas pour toutes les participantes entraîné un changement dans leur choix d'allaitement, mais a parfois joué sur la durée d'allaitement. Dans tous les cas, le soutien des proches a alors été jugé insuffisant par les interrogées. Elle concerne deux conjoints, trois mères et une belle-mère ainsi que dix proches.

Les tableaux 4 et 5 illustrent les motivations ayant pu orienter les participantes vers l'AM ou l'AA. Des items ont été proposés avec un choix multiple possible et il a été donné la possibilité d'y ajouter des motivations ne figurant pas sur la liste proposée.

Raisons du choix d'allaitement maternel	Effectif (n = 46)
Côté naturel du lait maternel, bienfaits nutritionnels	42 (91%)
Relation mère/enfant	32 (70%)
Utilité, image de soi positive	10
Coutume familiale	10
Côté pratique	9
Prématurité	3
Bon vécu d'une mise au sein précoce	2
Prix élevé du lait pour nourrissons, aspect économique	2
Parcours en AMP	1
Religion	1

Tableau 4 : Raisons du choix d'allaitement maternel, plusieurs réponses étaient possibles par patiente

Raisons du choix d'allaitement artificiel	Effectif (n = 17)
Contraintes de l'AM, ou contraintes autres (famille, loisirs...)	9
Stress, peur pas de lait, peur d'affections mammaires	4
Relation père/enfant, famille/enfant	2
Mauvaise expérience antérieure de l'AM	2
Pas d'affinité avec l'AM	2
Malformation du sein	2
Contre indication médicale, traitement	1
Pudeur	1
Faible poids de naissance, perte de poids	1
Tabagisme	0

Tableau 5 : Raisons du choix d'allaitement artificiel, plusieurs réponses étaient possibles par patiente

Les raisons évoquées de l'arrêt de l'AM ont été variées et différentes selon le moment de l'arrêt. Le sevrage du lait maternel a été dû à : une diminution de la quantité de lait maternel (n = 12), la reprise de l'activité professionnelle (n = 10), un sevrage avec démarrage de l'alimentation solide (n = 8), une contre indication par rapport à un traitement médical (n = 5), une perte de poids importante du nourrisson (n = 4), des douleurs mammaires (n = 2), d'autres raisons (n = 5).

Les caractéristiques des participantes ayant allaité (exclusivement au sein ou de façon mixte) croisées à celles des participantes ayant donné uniquement le biberon à leur enfant sont présentées dans le tableau 6.

	Allaitement maternel et mixte à la maternité (n=46)	Allaitement Artificiel à la maternité (n=17)	P ⁽¹⁾
Âge à l'accouchement	32,07 ± 4,75	31,24 ± 2,25	NS
Situation familiale			
<i>Mariée</i>	22 (48%)	6 (35%)	
<i>Concubinage</i>	24 (52%)	11 (65%)	NS
Scolarité			
< <i>Bac</i>	18 (39%)	2 (12%)	0,026
≥ <i>Bac</i>	28 (61%)	15 (88%)	
Congés ou arrêt de travail après la naissance	29 (69%)	10 (63%)	NS
Indice de Masse Corporelle	23,2 ± 4,2	25,9 ± 7,0	0,104
Tabagisme actif pendant grossesse	6 (13%)	3 (18%)	NS
Durée nécessaire pour concevoir (années)	3,15 ± 1,74	2,97 ± 1,55	NS
Nombre d'IAC pour obtenir la grossesse	2,30 ± 1,4	2,35 ± 1,5	NS
Parité			
<i>Primiparité</i>	33 (72%)	9 (53%)	0,160
<i>Multiparité</i>	13 (28%)	8 (47%)	
Antécédent de fausse couche	14 (30%)	3 (18%)	NS
Antécédent personnel d'allaitement maternel	8 (17%)	3 (18%)	NS
Patiente allaitée lorsqu'elle était elle-même nouveau-né	25 (54%)	5 (29%)	0,080
Grossesse multiple	3 (60%)	2 (40%)	NS
Grossesse d'Evolution			
Normale	33 (72%)	7 (41%)	0,042
Hospitalisation	8 (17%)	3 (18%)	NS
Préparation à la Naissance et à la Parentalité	28 (61%)	10 (59%)	NS
Terme d'accouchement (SA)	39,10 ± 2,5	39,43 ± 1,2	NS
Poids de naissance (g) ⁽²⁾	3170 ± 603	3072 ± 503	NS
Accouchement par césarienne	15 (33%)	6 (35%)	NS
Peau à peau en post partum immédiat	27 (63%)	11 (65%)	NS
Mise au sein précoce	26 (60%)	3 (18%)	0,003
Séjour en réanimation néonatale	5 (11%)	0 (0%)	NS

⁽¹⁾ : Indice de significativité ⁽²⁾ : Poids de naissance du premier né dans le cas de grossesses multiples

Tableau 6 : Mode d'alimentation du nouveau né et nourrisson selon les caractéristiques des parents, de l'infertilité, de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites

4. Analyse et discussion

4.1 Validité de l'étude

- Limites : L'étude réalisée est rétrospective, ce qui entraîne la survenue de pertes de vue et d'un biais d'information. L'utilisation d'un questionnaire entraîne un certain nombre de questions fermées, ce qui ne permet pas l'exhaustivité. Cette limite a toutefois été atténuée par l'utilisation de questions semi-ouvertes composées d'un choix multiple de réponses proposées avec libre choix laissé à l'interlocutrice d'ajouter un item si nécessaire. Les personnes sélectionnées ont été contactées par téléphone, car l'effectif prévu était trop important pour réaliser des entretiens individuels. Le téléphone étant un mode de communication direct mais sans contact visuel, il a parfois été difficile de savoir dans quel état d'esprit était la personne (occupée ou disponible).

- Biais : Il existe un biais d'information par l'utilisation d'une méthode rétrospective pour cette étude, car le recueil de données relatives au ressenti nécessaire à l'étude peut être biaisé par la notion de souvenirs. Le fait de recueillir des données relatives au ressenti peut aussi entraîner un biais de désirabilité sociale qui se traduit par une volonté de plaire à son interlocuteur (Sackett et *al.*, 1979). De plus l'usage du téléphone ne permet pas forcément d'avoir une personne totalement à l'écoute et disposée à répondre de façon franche au questionnaire. Le questionnaire a été lu, de façon neutre et identique pour toutes les participantes et la question de la disponibilité a été posée à chaque introduction d'appel ce qui a pu réduire ces biais.

Un biais de sélection est introduit par le fait que l'étude a été réalisée dans un seul centre d'AMP. Les résultats ne sont donc pas généralisables car l'effectif étudié est réduit (n=63) du fait d'un grand nombre de pertes de vue (n=27) et d'exclusions suite à refus (n=4) ou non maîtrise de la langue française (n=3).

4.2 Principaux résultats

Sur la période étudiée, 73% des participantes à l'étude ayant accouché suite à une IAC au CPMA du CHU de la Conception à Marseille ont allaité à la maternité, dont 67% exclusivement au sein. La durée moyenne d'allaitement exclusif a été de 3,5 mois ($\pm 3,5$) et total (exclusif et mixte) de 4,5 mois sur cette période ($\pm 4,5$). À 6 mois, 18 enfants (29%) ont encore été allaités, dont 10 exclusivement au sein (16%). Ainsi, dans cette population, le taux d'initiation de l'allaitement était supérieur à celui de la population générale (60,3 % en France en 2010 selon l'Enquête Nationale Périnatale). Les facteurs ayant eu une influence significative sur la décision d'un allaitement maternel ont été : le parcours scolaire de la mère inférieur au baccalauréat, une mise au sein précoce (dans les deux premières heures de vie), et une grossesse d'évolution normale. Les femmes qui allaitent ont donc été dans des conditions favorables à l'initiation d'un allaitement maternel. Dans notre étude, la durée d'infertilité n'a pas influencé le type d'alimentation.

4.3 Discussion

À notre connaissance, cette étude est la première étude réalisée sur l'allaitement après grossesses obtenues par IAC. Les études sont peu nombreuses à s'intéresser à l'allaitement suite à un parcours d'infertilité et d'AMP. Dans un précédent travail, Castelli et *al.*, (2015) avaient montré chez des patientes enceintes après FIV qu'une durée d'infertilité supérieure à deux ans avait un impact négatif sur l'initiation d'un allaitement maternel. Cela n'a pas été retrouvé dans ce travail, laissant supposer que la lourdeur de la technique d'AMP a peut-être un impact plus négatif que la durée d'infertilité. Bien que l'on ne puisse pas faire de comparaison statistique, le taux d'initiation de l'allaitement exclusif et mixte après FIV semble inférieur à celui des grossesses obtenues après IAC (63 % Vs 73 %), mais les patientes allaitant après avoir

conçu par FIV avaient une durée d'allaitement maternel un peu supérieure (6,2 mois \pm 6,2). Les raisons du choix d'allaitement sont similaires dans les deux études.

L'Enquête nationale périnatale ayant eu lieu en 2010 sur un échantillon de 15 418 enfants nés en France rapportait un taux d'allaitement exclusif de 60,2% à la maternité, ce qui est inférieur au taux observé dans cette population d'étude. Le taux d'hospitalisation durant la grossesse correspond dans l'enquête périnatale à celui qui a été retrouvé ici. Le taux de menaces d'accouchement prématurés est deux fois plus élevé dans la présente population et tous les enfants nés prématurément (sauf deux, né après 36 semaines d'aménorrhée) ont été hospitalisés en néonatalogie ou en soins intensifs. Il y est recommandé de nourrir les nouveau-nés prématurés au lait maternel pour ses bienfaits sur la prévention des infections, et des entérocolites ulcéro-nécrosantes notamment (Turck et *al.*, 2005). Les mères sont donc encouragées à allaiter, il y a aussi parfois recours au lactarium. Cette donnée a pu biaiser légèrement les résultats de notre étude (cela concerne cinq enfants).

L'étude ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) de Kersuzan et *al.* (2011), sur une population de près de 18 000 nourrissons concernait plus particulièrement l'allaitement. Elle rapportait un taux d'allaitement total proche de celui retrouvé dans ce travail (70,5%), mais le taux d'initiation d'AM exclusif à la maternité était plus bas (59%). Il en est de même pour l'étude Epifane 2012-2013 qui a concerné 3 365 nouveau-nés issus de grossesses spontanées. La durée d'allaitement était légèrement diminuée par rapport aux chiffres présentés ici : durée d'allaitement exclusif de 3 semaines et total de 14 semaines. On peut émettre l'hypothèse que l'infertilité et le parcours d'AMP avec des IAC aient pu avoir des répercussions positives sur l'initiation d'un AM et sa durée. Ces répercussions positives sont peut être dues à une part psychique inconsciente chez des femmes ayant vécu des moments difficiles suite à leur

infertilité. Pourtant, dans l'étude précédente réalisée chez des femmes infertiles ayant conçu par FIV, une longue durée d'infertilité avait un effet négatif sur l'AM (Castelli et al., 2015). Il faut dire que le parcours est alors plus lourd. L'étude Epifane était intéressante car, étant prospective, elle relevait les facteurs influençant l'AM aux différentes périodes étudiées. Le parcours scolaire semblait influencer significativement l'initiation de l'AM dans cette étude mais chez les patientes ayant fait des études supérieures. Le fait d'avoir bénéficié d'un contact peau à peau précoce avec son enfant avait également eu une influence significative sur l'initiation de l'AM dans l'étude Epifane.

De nombreuses études à plus petite échelle ont étudié le taux d'allaitement dans les suites de grossesses spontanées, les facteurs semblant influencer le choix et les motivations guidant ce choix. Les taux d'initiation et durées d'allaitement relevés dans ces études sont inférieurs aux taux retrouvés dans la présente étude. Cela renforce l'hypothèse que l'infertilité et son traitement par IAC peuvent renforcer le lien mère-enfant. Dans les facteurs impactant positivement la décision d'AM les plus fréquemment retrouvés, on note une mise au sein précoce, une absence d'hospitalisation pendant la grossesse ; ces facteurs étant retrouvés dans ce travail (Turck et al., 2010 ; Fanello et al., 2003). L'ancienneté de la décision d'allaiter (Ego et al., 2003) est également retrouvée fréquemment, donnée qui n'a pas été confrontée statistiquement ici. Le plus souvent ce sont plutôt les facteurs de risque de sevrage précoce qui sont retrouvés, notamment une hospitalisation pendant la grossesse, un IMC ≥ 30 (Branger et al., 2012 ; Siret et al., 2008), qui ne sont pas étudiés comme tels dans cette population, mais qui sont retrouvés comme facteurs pouvant influencer le choix vers un allaitement artificiel. Des motivations d'AM identiques sont fréquemment rencontrées dans la littérature, à savoir les bienfaits nutritionnels du lait maternel et la relation mère/enfant

(Douville et *al.*, 2008 ; Siret et *al.*, 2008 ; Walburg et *al.*, 2007 ; Fanello et *al.*, 2003). Il en est de même pour les facteurs ayant pu influencer l'allaitement artificiel : le gain de disponibilité est également relaté dans quelques études (Walburg et *al.*, 2007 ; Fanello et *al.*, 2003). Cependant, ces études de cohorte ne différençaient pas les grossesses en fonction de leur mode d'obtention, spontané ou après AMP.

Même si le taux d'allaitement après conception par IAC semble supérieur à celui de la population Française (73 %), le taux d'AM exclusif (67 %) est bas par rapport aux autres pays d'Europe, avec par exemple 90% d'initiation d'AM en Allemagne (Walburg et *al.*, 2007) et plus de 95% dans les pays scandinaves (Turck et *al.*, 2010). La durée de l'AM est également supérieure dans un grand nombre d'autres pays de l'Union Européenne avec notamment près de 70% d'AM à 6 mois en Suède (Häeggkvist et *al.*, 2010). L'explication de ce phénomène est peut être le meilleur accompagnement des couples outre-Rhin par rapport à l'allaitement, avec un rôle non négligeable des sages-femmes libérales et une formation continue des soignants sur l'AM (Walburg et *al.*, 2010). En Suède, il y a un fort positionnement politique en faveur de l'allaitement. En effet, le fait d'allaiter présente de nombreux avantages sociaux, comme des congés maternité plus longs. L'initiative Hôpital Ami des Bébé fondée par l'OMS en 1991 y existe depuis ses débuts et presque toutes les structures hospitalières du pays sont labellisées. Il n'y a pas de publicités pour le lait artificiel, l'allaitement fait même l'objet de cours dans les écoles au même titre que la contraception. Il existe également un groupe de soutien jouant un rôle prépondérant dans tout le pays.

4.4 Propositions

Les grossesses issues d'une AMP sont diagnostiquées très tôt (dès la 1^{ère} semaine de grossesse) et pourraient donc faire l'objet d'un suivi personnalisé précoce prenant en compte l'histoire des parents, de leur infertilité et de leur parcours en AMP, pour

préparer au mieux l'accompagnement de la grossesse et du post-partum. Il semble intéressant de proposer l'entretien pré natal précoce qui prend alors toute son importance afin de pouvoir mettre en place un soutien renforcé et personnalisé et d'accompagner le couple dans son projet de naissance.

Malgré le petit effectif, il faut souligner 33 % de pathologies survenues en cours de grossesse avec 18 % d'hospitalisations. Beaucoup de sages-femmes et d'obstétriciens ignorent qu'une grossesse obtenue après AMP, même unique et même après une technique simple comme les IAC est plus à risque de complications obstétricales que la population générale. Le suivi des grossesses après AMP doit donc tenir compte du mode de conception et du passé d'infertilité du couple.

Il est important de rappeler la vulnérabilité psychologique des couples ayant vécu un parcours d'infertilité, notamment par une augmentation des dépressions du post partum. A la maternité, le soutien de l'allaitement est donc primordial, et le suivi après retour à domicile doit être renforcé avec des visites plus fréquentes. L'entretien post natal précoce pourrait être un outil permettant d'améliorer le soutien de la relation parents/enfant et de l'allaitement, proposé le plus tôt possible et non entre J8 et J15 (HAS, 2014).

De plus, la création de groupes de paroles au sein des CPMA comprenant des parents ayant conçus par AMP et des femmes enceintes après AMP pourrait être une initiative intéressante afin de permettre à des personnes ayant vécu des difficultés à concevoir un partage d'expériences.

Il serait également intéressant d'étudier l'influence de l'infertilité sur l'allaitement et le lien mère-enfant à plus grande échelle, c'est-à-dire sur plusieurs sites, de façon prospective, avec une population plus étendue et concernant plusieurs techniques

d'AMP. La durée d'infertilité n'avait pas d'influence sur l'allaitement dans cette population d'étude, qui, étant de petite taille, a peut-être manqué de puissance.

4.5 Conclusion

Les patientes ayant eu recours à une IAC et ayant participé à cette étude ont initié un allaitement maternel à la maternité dans 73% des cas, avec un total de 67% des patientes ayant pratiqué un allaitement exclusif. Les facteurs qui ont semblé influencer de façon positive la décision d'allaiter étaient le parcours scolaire de la mère inférieur au baccalauréat, une mise au sein précoce dans les deux premières heures de vie, et une grossesse d'évolution normale. La durée moyenne d'allaitement était de 4,5 mois (\pm 4,5). A 6 mois, 29% étaient encore allaités dont 16% de façon exclusive. La durée d'infertilité n'a pas été significative dans cette étude. Tous ces taux semblent supérieurs à ceux retrouvés au niveau national, avec des grossesses obtenues spontanément. Tandis qu'une étude précédente montrait qu'une longue durée d'infertilité pouvait influencer de façon négative l'initiation d'un AM (Castelli et *al.*, 2015), cette étude n'a pas retrouvé ce résultat. Il est possible que ce soit la lourdeur des techniques d'AMP qui retenti sur la décision d'allaiter ou non.

Les taux d'AM dans notre population d'étude sont encore en dessous de ce que recommandent en matière d'allaitement le ministère de la Santé au niveau national (PNNS) et l'OMS au niveau international. Il serait souhaitable que les professionnels de santé de la périnatalité aient des connaissances réactualisées au sujet de l'AM afin d'informer et de soutenir les couples dès lors que leur décision d'allaiter est prise. La cohérence des prises en charge lors de problèmes rencontrés au cours de l'allaitement est également fondamentale et primordiale. L'utilisation des différents scores (breast feeding assessment score,...) peut être judicieuse et aidante car elle donne des

indications objectives sur l'allaitement qui permettent de réajuster des paramètres qui sont des facteurs de risques d'arrêt.

Table des matières

Avant-propos.....	1
1. Introduction à l'étude.....	2
2. Matériels et méthode	
2.1 Rappel des objectifs de recherche.....	4
2.2 Type d'étude, lieu et durée.....	5
2.3 Population à l'étude	
2.4 Variables à l'étude.....	6
2.5 Comité d'Éthique	
2.6 Recueil de données.....	7
2.7 Analyse statistique	
3. Résultats	
3.1 Caractéristiques de la population étudiée	
3.2 Choix du mode d'allaitement.....	10
4. Analyse et discussion	
4.1 Validité de l'étude.....	15
4.2 Principaux résultats.....	16
4.3 Discussion	
4.4 Propositions.....	19
4.5 Conclusion.....	21

Table des matières

Bibliographie

Annexes

Liste des abréviations utilisées

Bibliographie

- Agence de Biomédecine (2010), *L'Assistance Médicale à la Procréation en France en 2010*, Dossier de presse, Support Web : <http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/dp-amp2010.pdf>
- Agence de Biomédecine (2011), *Guide de l'Assistance Médicale à la Procréation*, Support Web : http://www.procreation-medicale.fr/dl/2011/11/Guide_AMP.pdf
- Agence de Biomédecine (2012, 2013), *Rapports Annuels*, Support Web : <http://www.agencebiomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>
- ANAES-HAS (2002), *Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, Recommandations*, Support Web : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/en/breastfeeding-initiation-and-continuation-during-the-first-6-months-of-life
- Blondel B, Kermarrec M (6 Oct 2011), *Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances et leur évolution depuis 2003*, Support Web : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-naissances-en-2010-et-leur-evolution-en-2003,9625.html>
- Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B (Sept 2008), « Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003 » *Archives de Pédiatrie*, 15, 9, p1407-1415, doi:10.1016/j.arcped.2008.06.014
- Branger B, Dinot-Mariaub L, Lemoinec N, Godond N, Merote E, Brehuf S, Winerg N, Brossierh JP, réseau « sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire (Nov 2012), « Durée d'Allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt de l'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire » *Archives de Pédiatrie*, 19, 11, p1164-1176, doi:10.1016/j.arcped.2012.08.016

- Castelli C, Perrin J, Thirion X, Comte F, Gamberre M, Courbiere B (2015), « Maternal Factors Influencing the Decision to Breastfeed Newborns Conceived with IVF », *Breastfeeding Medicine*, 10, p26-30
- Douville S, Levesque L, François C, Laurent C, Bruel H (Mar 2008), « Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre », *Revue sage femme*, 7, 1, p3-8, doi:10.1016/j.sagf.2008.03.002
- Ego A, Dubos J.P, Djavadzadeh-Amini M, Depinoy MP, Louyot J, Codaccioni X (Jan 2003), « Les arrêts prématurés d'allaitement maternel », *Archives de Pédiatrie*, 10, 1, p11-18, doi:10.1016/S0929-693X(03)00215-X
- Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps (Jan 2003), « Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes », *Archives de Pédiatrie*, 10, 1, p19-24, doi:10.1016/S0929-693X(03)00216-1
- Goëb J-L, Férel S, Guetta J, Dutilh P, Dulioust E, Guibert J, Devaux A, Feldmann G, Guedeney A, Jouannet P, Golse B (Nov 2006), « Vécus psychologiques des démarches d'assistance médicale à la procréation », *Annales Médico-psychologiques*, 164, 9, p781-788, doi:10.1016/j.amp.2006.08.013
- Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Vallée J, Weiss S, Patural H (Juin 2013), « Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau périnatal Loire-Nord Ardèche » *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 6, 41, p351-355, doi: 10.1016/j.gyobfe.2012.09.026
- Häggkvist A-P, Brantsæter A-L, Grjibovski A M, Helsing E, Meltzer H M, Haugen M (Dec 2010), « Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service related correlates of cessation of full breast-feeding » *Public Health Nutrition*, 13, 12, p2076–2086, doi: 10.1017/S1368980010001771

- Haller RT, Mercer AM, Teasley SL, McPherson DM, Simon SD, Santos SR, Meyers BM, Hipsh NE (Nov 2002), « A Breast-feeding Assessment Score to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to 10 days of age », *Journal Pédiatriques*, 5, 141, p659-664

- HAS (mars 2014), *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, Recommandations de bonne pratique

- Jaoul M (2011), « Vécu psychologique des couples ayant recours à l'assistance médicale à la procréation », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 75, ISSN : 1243-275X

- Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S, Geay B, Charles MA, Lioret S, de Lauzon-Guillain B (2014), « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 27, p440-449.

- Kramer MS, Kakuma R (2012), « Optimal duration of exclusive breastfeeding », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD003517, doi: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.

- Kupka MS, Ferraretti AP, de Mouzon J, Erb K, D'Hooghe T, Castilla JA, Calhaz-Jorge C, De Geyter C, Goossens V, and the European IVF-monitoring Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (Oct 2014), « Assisted reproductive technology in Europe, 2010 : results generated from European registers by ESHRE », *Human Reproduction*, 29, 10, p2099-2113, doi: 10.1093/humrep/deu175

- Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, François P (2001), « Initiation and duration of breastfeeding in obstetrical hospitals of Aix-Chambery (France) », *Archives de Pédiatrie*, 8, 8, p807-815

- Léridon H, Slama R (2008), « The impact of a decline in fecundity and of pregnancy postponement on final number of children and demand for assisted reproduction technology », *Human Reproduction*, 23, 6, p1312-1319, doi: 10.1093/humrep/den106

- Malchau SS, Loft A, Aaris Henningsen AK, Nyboe Andersen A, Pinborg A (Oct 2014), « Perinatal outcomes in 6 338 singletons born after intrauterine insemination in Denmark, 2007 to 2012 : the influence of ovarian stimulation », *Fertility and Sterility*, 102, 4, p1110-1116, doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.06.034

- Marchand E, Poncelet, Carbillon L, Pharisien I, Tigaizin A, Chanelles O (Oct 2011), « Is there more complications with pregnancies from the assisted reproductive technology than spontaneous pregnancies ? A retrospective study over 6 years », *Journal Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (Paris), 6, 40, p522-528, doi: 10.1016/j.jgyn.2011.06.010

- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé (2011), *Plan National Nutrition et Santé 2011-2015*, Support Web : <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html>

- Nuojuua-Huttunen S, Gissler M, Martikainen H, Tuomivaara L (1999) « Obstetric and perinatal outcome of pregnancies after intrauterine insemination ». *Human Reproduction*, 14, 8, p 2110-2115, doi: 10.1093/humrep/14.8.2110

- Ohl J, Reder F, Fernandez A, Bettahar-Lebugle K, Rongières C, Nisand I (Jan 2009), « Impact de l'infertilité et de l'Assistance médicale à la procréation sur la sexualité », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 37, 1, p25-32, doi : 10.1016/j.gyobfe.2008.08.012

- OMS (2001), *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, point 13.1 de l'ODJ provisoire de la 54^e Assemblée Mondiale de la Santé
- Patrat C, Epelboin S (Dec 2011), « Santé des enfants conçus après assistance médicale à la procréation », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 24, 6, p325-329, doi:10.1016/j.jpp.2011.06.003
- Pinborg A, Wennerholm UB, Romundstad LB, Loft A, Aittomaki K, Söderström-Anttila V, Nygren KG, Hazekamp J, Bergh C (Mar-Avr 2013), « Why do singletons conceived after assisted reproduction technology have adverse perinatal outcome ? Systematic review and meta-analysis », *Human Reproduction Update*, 19, 2, p87-104, doi: 10.1093/humupd/dms044
- Revidi P, Beauquier-Maccotta B (2008), « Problématiques psychiques dans les aides médicales à la procréation », EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, p1-10, 37-204-G-40, Doi : 10.1016/S0246-1072(08)45825-X
- Sackett DL (1979), « Bias in analytic research », *Journal of Chronical Diseases*, 1-2, 32, p51-63
- Salama S, Boitrelle F, Gauquelin A, Jaoul M, Albert M, Bailly M, Wainer R, Veluire M (2012), « Sexualité et infertilité », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 40, 12, p780-783, doi : 10.1016/j.gyobfe.2012.10.004
- Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K (Oct 2014), « Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013) », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 27, p450-457.
- Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix l'Hélias L (Juil 2008), « Factors associated to breastfeeding up to 6 months in the maternity of Antoine-Béclère Hospital, Clamart », *Archives de Pédiatrie*, 7, 15, p1167-1173

- Smith NK, Madeira J, Millard HR (Jan 2015), « Sexual Function and Fertility Quality of Life in Women Using In Vitro Fertilization », *The Journal of Sexual Medicine.*, doi: 10.1111/jsm.12824

- Turck D & groupe de travail (2010), Rapport « plan d'action : Allaitement maternel », 40 pages, Support Web :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

- Turck D, Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (Dec 2005), « Breast feeding : health benefits for child and mother », *Archives de Pédiatrie*, 12, p145–165

- Walburg V, Conquet M, Callahan S, Chabrol H, Schölmerich A (Juillet-août 2007), « Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 20, 3-4, p114-117

- Walburg V, Goehlich M, Conquet M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H (Fev 2010), « Breast feeding initiation and duration: comparison of French and German mothers », *Midwifery*, 1, 26, p109-115

Annexes

Annexe I

QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE IAC et ALLAITEMENT

1- Mère : (Identifiant : n°.....)

Année de l'accouchement :

Age à l'accouchement : ans

▶ Conditions socio-économiques :

Situation maritale : mariée concubinage

Niveau de scolarité : Inférieur au bac bac Etudes supérieures

Emploi avant la grossesse : oui non

Métier :

Après accouchement : reprise du travail arrêt de travail congé parental

Durée du congé en mois : mois

▶ Etat de santé de la mère/ habitudes hygiéno-diététiques

- IMC :

- Tabac.....Alcool.....Drogues.....Caféine.....

▶ Antécédents :

-Antécédents médicaux et chirurgicaux :

-Antécédents Gynécologiques et Obstétricaux (Infertilité secondaire): Gestité Parité

Antécédent d'Allaitement ?

Fausse couches IVG

▶ Parcours au CPMA :

-Délai d'obtention de la grossesse par rapport au moment où le désir de grossesse est apparu (DNC) : ans

Rang de la tentative d'IAC pour laquelle la grossesse a été obtenue :

Indication IAC : Ovuaire

Idiopathique

Masculine

Cervicale

Mixte

2- Grossesse, accouchement, nouveau-né :

- Grossesse unique gémellaire triple

- Déroulement de la grossesse : Evolution normale Pathologie Hospitalisation

Précisions :

- Préparation à la naissance et à la parentalité : oui non

- Terme de naissance :SA +.....j

- Voie d'accouchement : Voie Basse Extraction instrumentale Césarienne (à quel moment ?)

- Poids de naissance de l' (des) enfant(s) :g

-Peau à peau en salle de naissance Mise au sein précoce (2 premières heures)

- Déroulement des suites de couches, longueur séjour à la maternité :
- Santé ultérieure du nourrisson (Hospitalisation ? Suivi ?).....

3- Le choix d'allaiter ou non:

Avez-vous été allaitée ? Oui Non

La décision concernant l'allaitement a été prise: - avant la grossesse

- pendant la grossesse

- à la naissance et après

La décision a-t-elle changé à la naissance et dans le post partum immédiat ? Oui non

Si oui, pourquoi ?

A la maternité, allaitement : Exclusif au sein mixte biberon

Durée de l'allaitement maternel exclusif : De l'allaitement mixte :

- o Raisons et motivations ayant pesé dans le choix de l'**allaitement maternel**: (toutes citées)

Coté naturel du lait maternel, bienfaits nutritionnels, santé du nourrisson

Relation mère/enfant

Sentiment d'utilité, image de soi positive, affirmation féminité

Coutume familiale

Côté pratique

Prix élevé du lait maternisé Autre :

Raison de l'arrêt :

- o Raisons et motivations ayant pesé dans le choix de l'**allaitement artificiel** :

Pudeur

Tabagisme

Contre-indication médicale

Peur, stress par rapport aux faits qu'on ne peut pas maîtriser la quantité de lait reçue en allaitant au sein, de ne pas avoir assez de lait, de voir ses seins s'abîmer, ...

Côté pratique par rapport à des contraintes de disponibilité (travail, enfants, loisirs...)

Faible poids de naissance

Favoriser la relation père/enfant et la participation de la famille

Mauvaise expérience d'allaitement maternel Autre :

Dans ce choix : - Influence du conjoint : Oui Non

Si oui : Positive

Négative

- Influence des proches : Oui Non

Si oui : Positive

Négative

-Influence de la mère : Oui Non

Si oui : Positive

Négative

-Informations suffisantes de la part des professionnels de santé rencontrés ? Oui Non

Soutien satisfaisant ? Oui Non

Annexe II

	01-12/2011	01-12/2012	01-07/2013	Totaux
Issues IAC				
Grossesse biochimique	4	2	0	6
Œuf clair	3	0	0	3
Grossesse ectopique	0	0	1	1
Grossesse arrêtée	0	2	1	3
Fausse couche < 22SA	8	4	5	17
Interruption médicale	0	0	1	1
Grossesses évolutives >22SA	40	29	19	88
Nb enfants nés vivants	43	28	24	95
Décès péri/néonatal	0	1	0	1
Issue ?	1	5	6	12
Total grossesses après une IAC	56	42	32	130
TOTAL IAC	351	NC	NC	

Annexe III

CEROG

Comité d'éthique de la recherche
en obstétrique et gynécologie



Président :
Gérard Levy

Secrétaire OBST-DAN :
Elle Azria
elle.azria@bch.aphp.fr

Secrétaire GYN-AMP :
Vincent Letouzey
vincent.letouzey@chu-nimes.fr

SECTION GYNECOLOGIE - ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Gabriel André
Jean Philippe Ayel
Elle Azria
André Benbassa
Georges Fabrice Blum
Emile Darat
Bernard Jacquettin
Philippe Morice
André Nazac
Roman Rouzier

SECTION OBSTETRIQUE ET MEDECINE FOETALE

Alexandra Benacht
Léon Boubli
Xavier Deffieux
Pierre François Ceccaldi
Béatrice Guyard Boileau
Veronique Houfflin-Debargé
Olivier Morel
Olivier Parant
Thomas Schmitz
Marie Victoire Sénat
Christophe Vayssière

SAGES-FEMMES

Elisabeth Bailleux
Julie Clavier

PERSONNES QUALIFIEES DANS LE DOMAINE ETHIQUE

Gérard Levy
Juliette Guilbert

PERSONNE QUALIFIEE EN BIOSTATISTIQUES

Raphaël Porcher

2014 March 19th

Institutional review board approval

Submission number
CEROG 2014-GYN-0205

The Ethical Review Committee « *Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie** » has examined the research entitled:

« Factors influencing maternal choice of newborn feeding after
intrauterine insemination ».

This research was found to conform to generally accepted scientific principles and medical research ethical standards.

This research was found to be in conformity with the laws and regulations of the country in which the research experiment was performed.

Gérard Levy
President

Vincent Letouzey
Secretary

* Deffieux X, Vayssière C, Azria E, Forcher R, Parant O, Clavier J, Guilbert J, Benacht A, Houfflin-Debargé V, Jouannic JM, Rozenberg P, André G, Anquer Y, Rouzier R, Benbassa A, Collinet P, Ayel JP, Jacquettin B, Morice P, Boubli L, Senat MV, Brunet L, Levy G. Institutional review board of the French college of obstetricians and gynecologists (CEROG). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010 ; 39(5):401-8.

Abréviations utilisées

AA : Allaitement Artificiel

AM : Allaitement Maternel

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

HAS : Haute Autorité de la Santé

FIV : Fécondation In Vitro

IAC : Insémination Artificielle intraConjugale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Choix du mode d'allaitement après conception par insémination intra-utérine avec sperme du conjoint.

Résumé

Introduction : En France, le taux d'allaitement maternel est parmi les plus bas d'Europe. L'infertilité et le parcours des couples en Assistance Médicale à la Procréation (AMP) peuvent avoir des conséquences sur le lien mère-enfant. À notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur l'influence de l'infertilité et des Inséminations Intra Utérines sur le choix d'alimentation du nouveau-né. Les objectifs de cette étude ont été d'évaluer le pourcentage d'initiation et la durée d'allaitement maternel chez des patientes ayant conçu après IAC et identifier les facteurs qui influencent le choix de l'alimentation du nouveau-né

Matériels et méthode : Une étude rétrospective non interventionnelle par interrogatoires téléphoniques et études de dossiers a été réalisée en 2014 au Centre d'AMP du CHU de la Conception à Marseille sur une population de 63 mères ayant accouché d'un enfant vivant suite à une IAC.

Résultats : 73% de la population a initié un allaitement maternel à la maternité dont 67% de façon exclusive, avec une durée moyenne de 4,5 mois ($\pm 4,5$). Les facteurs influençant significativement l'initiation d'un allaitement maternel ont été une grossesse d'évolution normale, un niveau d'études inférieur au baccalauréat et une mise au sein précoce.

Conclusion : La durée d'infertilité n'a pas influencé l'allaitement maternel dans cette étude ; on peut supposer que c'est la lourdeur de la technique d'AMP utilisée qui impacte sur le lien mère-enfant et donc sur l'initiation d'un allaitement maternel.

Mots clés : Insémination intra-utérine, Allaitement maternel, Choix, Vécu psychologique, Complications obstétricales

Abstract

Background: France has one of the lowest levels of breastfeeding in Europe. Infertility and assisted reproductive technology (ART) can have an effect on the relationship between mother and child. As far as we know, no study has ever been made on the influence of infertility and intrauterine insemination on new born feeding decisions. The aims of this study were to evaluate the percentage of breastfeeding initiation and duration in women having given birth via intrauterine insemination and to identify factors which influence new born feeding decisions.

Study design: A non-intrusive retrospective study using telephone interviews and file evaluations were carried out at the ART center of the Conception University Hospital in Marseille on a population of 63 mothers who had given birth to live newborns after intrauterine insemination.

Results: 73% of the studied population initiated breastfeeding in the maternity ward, 67% of which used it exclusively. Breastfeeding duration was 4.5 months (± 4.5) on average. The factors that significantly influenced breastfeeding initiation were: a normal pregnancy, an educational level below a bachelor's degree and early breastfeeding.

Conclusion: The duration of infertility period had no effect on breastfeeding in this study. It is possible that the complexity of ART method influences the relationship between mother and child, hence breastfeeding initiation.

Key words: Intrauterine insemination, Breastfeeding, Choice, Perinatal outcomes