



HAL
open science

Le choix du mode d'alimentation des nouveau-nés par leurs mères adolescentes

Alison Corriette

► **To cite this version:**

Alison Corriette. Le choix du mode d'alimentation des nouveau-nés par leurs mères adolescentes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01384612

HAL Id: dumas-01384612

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01384612v1>

Submitted on 21 Nov 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.

UNIVERSITÉ LILLE II

Ecole de Sages-Femmes du CHRU de Lille

**Le choix du mode d'alimentation des nouveau-nés
par leurs mères adolescentes**

Mémoire rédigé et soutenu par : Alison CORRIETTE
Sous la direction de : Jean-Yves CAUDRELIER

Promotion Année 2016

UNIVERSITÉ LILLE II

Ecole de Sages-Femmes du CHRU de Lille

**Le choix du mode d'alimentation des nouveau-nés
par leurs mères adolescentes**

Mémoire rédigé et soutenu par : Alison CORRIETTE
Sous la direction de : Jean-Yves CAUDRELIER

Promotion Année 2016

Remerciements

A toutes les femmes ayant acceptées de répondre à mes questions,

A Jean-Yves CAUDRELIER, Directeur de Mémoire, pour sa disponibilité et son aide,

A l'équipe pédagogique de l'Ecole de Sages-Femmes du CHRU de Lille, pour la qualité de notre
formation,

A la Sage-Femme Enseignante guidante de ce mémoire, pour son aide dans la réalisation de ce projet,

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin,

A ma famille et à Julien, pour leur aide et leur soutien,

A mes amies, Mélanie, Pauline, Cyrielle, Sophie, et Gaëlle, pour leur soutien durant ces cinq années,

MERCI

INTRODUCTION	1
1. PREMIÈRE PARTIE	2
1.1. ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ.....	2
1.1.1. <i>Aspects historiques et contexte actuel</i>	2
1.1.2. <i>Les représentations de l'alimentation du nouveau-né (17)</i>	4
1.2. SPÉCIFICITÉ DE L' ADOLESCENCE	5
1.2.1. <i>Définition de l'adolescence</i>	5
1.2.2. <i>Données chiffrées</i>	5
1.2.3. <i>Le psychisme à l'adolescence</i>	5
1.2.4. <i>La grossesse et l'élaboration de la parentalité à l'adolescence</i>	7
1.2.4.1. <i>Physiologie de la grossesse à l'adolescence</i>	7
1.2.4.2. <i>Le sens des grossesses à l'adolescence</i>	7
1.2.4.3. <i>Législation</i>	8
1.2.4.4. <i>L'élaboration de la parentalité à l'adolescence</i>	9
1.2.4.5. <i>Violence et grossesse précoce</i>	10
1.2.4.6. <i>Les difficultés rencontrées par les jeunes femmes</i>	10
2. DEUXIÈME PARTIE	12
2.1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE	12
2.1.1. <i>Problématique et hypothèses</i>	12
2.1.2. <i>Méthodologies</i>	12
2.1.2.1. <i>Etude</i>	12
2.1.2.2. <i>Le guide d'entretien</i>	13
2.1.2.3. <i>Entretiens exploratoires</i>	13
2.1.2.4. <i>Sélection des patientes</i>	13
2.1.2.5. <i>Recueil de données</i>	13
2.2. EXPOSITION DES RÉSULTATS.....	14
2.2.1. <i>Contexte des entretiens (N=11)</i>	14
2.2.2. <i>Mode de vie (N=11)</i>	14
2.2.3. <i>Contexte de la grossesse (N=11)</i>	15
2.2.4. <i>Explication du choix (N=11)</i>	15
2.2.5. <i>Au sujet de l'allaitement maternel</i>	17
2.2.6. <i>Au sujet de l'allaitement artificiel</i>	22
2.2.7. <i>Image du corps (N=10)</i>	25
2.2.8. <i>Société (N=11)</i>	26
2.2.9. <i>Vision de l'entourage</i>	27
2.2.9.1. <i>Le père du bébé (N=10)</i>	27
2.2.9.2. <i>La famille de l'adolescente (N=11)</i>	27
2.2.9.3. <i>Les professionnels de santé (N=11)</i>	28
2.2.9.4. <i>Renseignements personnels (N=4)</i>	29
3. TROISIÈME PARTIE	30
3.1. LIMITES ET POINTS FORTS	30
3.1.1. <i>Limites</i>	30
3.1.2. <i>Points forts</i>	30
3.2. ANALYSE.....	31
3.2.1. <i>Hypothèse n°1 : le manque d'information sur l'allaitement maternel entraîne le choix de l'alimentation artificielle</i>	31
3.2.2. <i>Hypothèse n°2 : L'entourage de l'adolescente l'oriente vers l'allaitement artificiel</i>	32
3.2.3. <i>Hypothèse n°3 : Le mode de vie de l'adolescente conduit vers le choix de l'allaitement artificiel</i>	35
3.2.4. <i>Hypothèse n°4 : La pudeur de l'adolescente et ses représentations corporelles entraîne le choix de l'allaitement artificiel</i>	37

3.2.5. Hypothèse n°5 : Ses représentations positives de l'allaitement maternel l'orientent vers ce mode d'alimentation pour son enfant.....	37
3.3. DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....	39
3.3.1. Comparaison avec d'autres études.....	39
3.3.2. Propositions.....	39
3.3.2.1. Trouver un moyen de faire passer les informations efficacement.....	39
3.3.2.2. Communiquer sur le tabac et l'allaitement maternel.....	40
3.3.2.3. Recherches complémentaires.....	40
3.3.2.4. Réassurance des jeunes femmes.....	41
CONCLUSION.....	42
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE I : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ENTRETIENS.....	I
ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN.....	VI
ANNEXE III : AUTORISATION PARENTALE.....	VIII
ANNEXE IV : NOTE DU DOSSIER.....	IX
ANNEXE V : ENTRETIEN N°2 AVEC CHARLOTTE.....	X
ANNEXE VI : AUTORISATIONS DE RECHERCHE.....	XVII

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Lors d'un stage en Suite de naissances, alors qu'une adolescente était en travail en Salle de Naissance, je devais préparer sa chambre. Alors que je demandais quel mode d'alimentation elle avait choisi, j'ai eu cette réponse par un professionnel : « *Je ne sais pas, tu peux mettre des biberons dans sa chambre, c'est une adolescente, elle ne va pas allaiter* ». Cette généralisation m'a interpellé, d'où l'intérêt que j'ai commencé à développer sur le choix du mode d'alimentation. Des recherches générales m'ont appris que les femmes les plus jeunes allaitent moins que leurs aînées, mais les raisons me sont restées inconnues. Ainsi est née l'envie de réaliser mon mémoire sur le sujet.

Si la grossesse à l'adolescence est un sujet dont on parle souvent à la télévision, dans les médias, ou même entre professionnels de santé, nous avons l'impression que le choix du mode d'alimentation est plus considéré comme une norme : une adolescente choisirait toujours l'allaitement artificiel. Alors que les taux d'allaitement maternel dans la population générale atteint les 70% d'initiation à la maternité (1), dans la population de jeunes mères adolescentes du réseau Bien naître en Artois, le taux d'allaitement maternel est de 19% en 2013 (données du réseau).

Ce mémoire va donc répondre aux différentes questions : Qu'est ce qui influence les adolescentes dans leur choix du mode d'alimentation ? A-t'on, en tant que professionnels de santé, un impact dans ce choix ? Peut-on améliorer les taux d'allaitement maternel dans cette population ?

Dans un premier temps, nous allons étudier l'alimentation du nouveau-né et les choix qui y sont associés dans l'histoire et actuellement. Puis nous étudierons les concepts entourant la grossesse à l'adolescence et le développement de la parentalité à cette période de la vie.

Ensuite nous présenterons les résultats de l'étude que nous avons mené auprès de cette population, puis nous discuterons de ces résultats en troisième partie.

PREMIERE PARTIE :

Théorie et Contexte

1. PREMIÈRE PARTIE

1.1. ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

1.1.1. Aspects historiques et contexte actuel

Des choix concernant l'alimentation du nouveau-né ont toujours été faits. Depuis l'Antiquité, les conseils de Soranus d'Ephèse (médecin grec faisant carrière à Rome au II^{ème} siècle après JC) ont perduré(2). Il considérait le colostrum comme dangereux car il était « épais, caséineux, et difficile à digérer ». Il conseillait le jeûne pour le nouveau-né deux jours après sa naissance, et de donner du miel avec le doigt afin de favoriser l'expulsion du méconium(3). Il identifiait les bonnes nourrices grâce au test de l'ongle (qualification de la digestibilité du lait maternel en fonction de la manière dont s'étale une goutte de lait sur l'ongle)(3).

Au XVIII^{ème} siècle, en France, l'allaitement par une femme était la règle, car il n'y avait pas d'alternative. Les familles les plus aisées faisaient appel à des nourrices (10% environ(4)), car il n'était pas digne pour une femme de la haute société d'allaiter elle-même ses enfants ; ou alors, les femmes allaitaient elles-mêmes(5). En effet, donner autre chose que du lait maternel à un nouveau-né, notamment avant la pasteurisation, était dangereux pour lui(2). Une petite minorité d'enfant était nourri au biberon ou directement au pis de l'animal avec du lait de chèvre notamment(4). De plus, les femmes devaient appliquer les recommandations de leurs maris, leurs pères, des médecins ou de leur religion qui pouvaient leur imposer d'allaiter ou de laisser leur enfant à une nourrice(2).

Au XX^{ème} siècle, jusqu'à après la Seconde guerre mondiale, les médecins imposaient aux nouveau-nés un jeûne systématique de quelques jours, seule de l'eau sucrée leur était donnée(5). Les médecins du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle, qui ont observé les temps de digestion du lait animal, ont reproduit ce modèle avec le lait de femme. Les tétées sont donc à heure fixe, afin également d'éduquer l'enfant à contrôler ses besoins. Ces idées se sont largement répandues dans les maternités au XX^{ème} siècle. Dans les années 1980, on a appris que c'était la cause d'échec d'allaitement. Au XX^{ème} siècle, il y a une diminution de la fréquence de l'allaitement maternel expliqué par le travail des femmes, la fabrication du lait en poudre, à un effet de mode, à la pudeur, et au rejet du modèle de la femme allaitante(5). Les femmes allaitantes devaient suivre de nombreuses recommandations pour avoir du « bon lait » : éviter certains aliments diminuant la production de lait (persil notamment), ou affectant le goût (ail, chou) et manger ou boire des aliments galactogènes (bière)(4); elles ne devaient pas travailler dur, ou avoir des émotions fortes car cela affecterait la qualité du lait(4). A partir du développement du biberon, de l'amélioration qualitative des laits infantiles et des conditions d'hygiène, et encore

actuellement, les femmes doivent choisir entre allaitement maternel ou artificiel, et de nombreuses influences interviennent dans ce choix(2).

Actuellement, plus de deux tiers des nouveau-nés reçoivent du lait maternel à la maternité que ce soit de façon mixte ou exclusive (69% en 2012)(6). La France est l'un des pays européens (avec Malte et l'Irlande), à avoir un taux d'allaitement le plus bas avec un sevrage précoce(7). De plus, les taux d'allaitement varient en France de manière régionale(7). Le Nord et l'Ouest, avec 58,75% d'allaitement maternel, sont les régions où l'on allaite le moins(7). La condition sociale, étant une influence ayant été toujours présente dans l'Histoire sur le choix du mode d'alimentation du nouveau-né, on observe l'émergence de nouvelles influences comme les conditions matérielles avec notamment le travail des femmes(7,8). Aujourd'hui, l'action du facteur économique n'est pas majeure(7). Paradoxalement, alors que l'utilisation du biberon engendre d'importantes dépenses (100 euros par mois(9)), ce sont les familles les moins aisées qui l'utilisent (7,10,11). Ceci peut s'expliquer par le fait que les familles les moins aisées économiquement, en achetant le matériel nécessaire pour l'enfant à venir, est pour eux, le moyen de montrer à l'extérieur, qu'ils sont capables d'assumer l'enfant(7,12). Le taux d'allaitement maternel augmente lorsque le niveau socio-économique augmente(7,13). L'étude Epifane a montré que le taux d'initiation d'allaitement maternel est de 74,7% chez les femmes ayant un niveau d'étude à Bac+1 et plus, contre 62,4% chez les femmes ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au Baccalauréat(6). Les femmes non allaitantes mettent en avant la peur que l'allaitement change l'esthétique de leur poitrine. La beauté est, en effet, depuis l'Antiquité, rattachée aux seins (7,14). Associée à cette valeur esthétique, il existe une confusion avec l'érotisme du sein. Dans notre société, il existe une opposition entre la pudeur excessive associée aux femmes allaitant publiquement, et les corps féminins dévêtus (dans les magazines, sur la plage ...). L'allaitement en public provoque ainsi des sentiments négatifs (gêne, honte)(7,15). De plus, les mères allaitantes mettent en avant la « relation de plaisir », liée à la satisfaction de l'enfant, sa sécurisation, son réconfort, et la « prolongation de la relation privilégiée avec le bébé allaité »(7,16). Les mères non allaitantes, argumentent leur choix « l'indépendance, d'autonomie et la socialisation précoce du bébé » (7,16,17). Elles ont peur de « prolonger la relation de dépendance entre elles et leur bébé », et « du pouvoir de vie ou de mort » sur celui-ci en cas d'allaitement maternel(7,16). Actuellement, on note une influence du père de l'enfant quand au mode d'alimentation du nouveau-né (7,18). L'attachement entre la mère allaitante et son enfant peut apparaître comme menaçante pour la relation entre les conjoints (7,18,19). Ils peuvent également craindre d'être rejeté dans la relation au bébé (7,11). Le choix d'allaitement maternel ou artificiel est fortement influencé par la manière dont la femme se perçoit au plan identitaire (7). Ainsi les femmes au foyer ou ayant un faible niveau-socioéconomique peuvent choisir l'allaitement artificiel afin d'être individualisées de l'enfant. Cela semble donc une quête identitaire (7,13). L'Etat joue également un rôle dans le choix du mode d'alimentation (7). En effet, il donne les moyens ou non de choisir tel ou tel mode d'alimentation en définissant les règles et lois, et en permettant leur application. Par le code du travail, une femme allaitante « dispose d'une heure par jour

durant les heures de travail pour allaiter son enfant », du jour de la naissance, à ses un an(20). De plus, toute société de plus de 100 salariés doit disposer de locaux dédiés à l'allaitement(21). On peut noter également que malgré la signature du Code de commercialisation des substituts de lait maternel(22), qui interdit la promotion des produits remplaçant le lait maternel, on voit peu de publicité pour l'allaitement maternel(7).

1.1.2. Les représentations de l'alimentation du nouveau-né (17)

Une étude comparative entre les représentations des mères allemandes et mères françaises montre que les mères allemandes ont plus d'intérêt pour les avantages psychologiques et physiologiques de l'allaitement pour l'enfant, ainsi que ceux pour la santé de la mère, et les consommations de tabac, d'alcool ou de médicaments pendant l'allaitement leur importent moins que pour les mères françaises. Les conséquences de l'allaitement maternel dans le couple et la relation entre le père et l'enfant par le biberon concernent également moins les mères allemandes que les mères françaises. Les mères allemandes se sentent moins concernées par les inconvénients de l'allaitement maternel comme la fatigue, cela peut probablement expliquer que les mères françaises pensent le biberon sans contrainte donc pratique. Les femmes françaises ayant choisi l'allaitement artificiel pour l'enfant ont tendance à insister sur les difficultés de l'allaitement pour le couple, et sur les inconvénients de l'allaitement pour la mère, et diminue les effets bénéfiques de l'allaitement pour le nourrisson. Il existe plus d'erreur dans les représentations de l'allaitement chez les femmes françaises que chez les allemandes : les françaises connaissent les bénéfices de l'allaitement pour la santé du bébé, mais pas pour leur propre santé comme la perte de poids ou le facteur protecteur contre le cancer du sein. Les françaises accordent plus d'importance aux « interdits de l'allaitement (tabac, alcool, médicaments) ainsi qu'aux inconvénients de l'allaitement tels que la fatigue »(17). Cela peut donner une image « contraignant[e] et rigide » à l'allaitement maternel(17).

1.2.SPÉCIFICITÉ DE L'ADOLESCENCE

1.2.1. Définition de l'adolescence

Selon l'OMS, l'adolescence est définie comme la période allant de 10 à 19 ans. Cependant, sa durée peut varier en fonction de la culture et selon les conditions socio-économiques(23). « Adolescence » vient du latin *adolescere* qui signifie grandir, croître, et correspond à la « période de passage entre l'enfance et la vie adulte » comme le décrit le Pr Philippe Jeammet(24). La puberté marque l'entrée dans cette période(24). Elle se caractérise par des transformations physiques qui prennent environ 18 mois à 2 ans, à partir de 11 ans chez la fille, et de 12 ans et demi chez le garçon. Chez la fille, la puberté peut survenir entre 8 et 14 ans, avec en moyenne, un âge des premières règles à 12 ans et demi-13 ans, et chez le garçon, elle survient entre 10 et 16 ans(25). La fin de l'adolescence ne coïncide pas avec la fin de la puberté. Pendant longtemps, la fin de l'adolescence était définie par des rites de passages(24) : le service militaire pour les hommes, la préfiguration au mariage pour les femmes, le certificat d'études au XX^{ème} siècle qui signifiaient l'entrée dans la vie active pour de nombreux écoliers, et le baccalauréat plus récemment.

1.2.2. Données chiffrées

En 2011, il y avait 537226 adolescents (de 10 à 19 ans) dans la région Nord-Pas-de-Calais, dont 261778 femmes(26).

En 1998, le taux de grossesse à l'adolescence était de 24 pour mille, dont un tiers sont menées à terme (8,6 pour mille)(27). Dans le réseau Bien-naître en Artois, en 2013, il y a eu 13345 naissances vivantes. Parmi ces naissances, le réseau a pu récupérer 11241 fiches « Issues de grossesse » afin de réaliser des statistiques. Il y a eu 196 accouchements d'adolescentes cette année-là, soit 1,74%, dont 19% d'allaitement maternel (données du réseau). De plus, la sexualité à l'adolescence est marquée par des rapports non planifiés (63% ont lieu pendant les vacances scolaires) et sporadiques (5/15 par an)(27).

1.2.3. Le psychisme à l'adolescence

L'adolescence, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, est une crise(25). Elle correspond à un temps d'autonomisation et de recherche d'indépendance(25). Durant cette période, on observe des « réaménagements et des remaniements psychiques, identitaires et sexuels »(28). L'adolescent, pendant cette période, est psychologiquement vulnérable car, d'après Françoise Dolto et son concept du « complexe du Homard », il doit former une nouvelle enveloppe avec de nouveaux repères, et durant la construction de cette enveloppe, l'adolescent est fragilisé(28,29).

L'adolescent, afin de construire son identité, peut s'identifier à des modèles, ceux-ci sont extrafamiliaux le plus souvent(25). En effet, l'adolescent est à la recherche d'un nouveau système d'appartenance et de regard, en dehors de sa famille. Pour cela, les adolescents forment des groupes de

pairs qui sont un pallier entre la famille et l'extérieur(30). Ce pallier est également formé par des « couples précoces »(30). Il y a un désengagement des objets infantiles afin que l'adolescent puisse trouver des « nouveaux objets d'amour en dehors de la famille »(30). Mais les parents doivent nécessairement rester des points de référence pour l'adolescent même s'il existe de nouveaux investissements(31). Des tensions et conflits peuvent apparaître à l'adolescence, ceux-ci sont perçus comme indispensables pour l'équilibre futur(31). Peter Blos les considère comme inévitables et dus au « besoin d'indépendance de l'adolescent vis-à-vis de ses parents »(31). Cependant, un grand nombre d'études ont montré qu'un passage facile vers l'âge adulte et une capacité à faire face aux situations est plus fréquente que les situations conflictuelles(31).

Du point de vue corporel, une étude comparant le vécu corporel selon le genre et selon la catégorie d'âge a montré que le vécu corporel des adolescentes est directement lié à l'indice de masse corporel(32). En effet, plus celui-ci est augmenté, plus l'insatisfaction exprimée est importante(32) car dans notre société, « la minceur est hautement valorisée et vue par les filles, comme fortement appréciée des garçons »(32). De plus, les médias transmettent un idéal de beauté irréaliste, et des facteurs biologiques, socioculturels, et personnels seraient soit protecteur ou à risque pour l'influence de cette image sur l'adolescente. Cependant, quelque soit l'âge, les femmes ont tendance à se penser plus grosses que la réalité. Les adolescentes semblent moins satisfaites de leur apparence corporelle que les jeunes adultes, ce sentiment s'atténuerait donc avec l'âge(32). Une majorité d'adolescentes souhaite avoir une poitrine plus volumineuse, c'est la seule rondeur valorisée par les femmes car elle est synonyme de féminité, et les adolescentes, par manque de maturité physique, ne se sentiraient pas encore femme dans leur corps. Le corps réel et le corps imaginaire se confrontent, et l'intégration des modifications corporelles pour l'adolescente n'est pas forcément simple(32).

Le développement de la féminité confronte l'adolescente au développement de la sexualité génitale et au désir d'enfant (conscient ou inconscient)(33). L'adolescente est confrontée à des questionnements sur la « normalité » de ses organes génitaux et sa capacité de reproduction(33). Souvent, le premier rapport sexuel n'est pas programmé, et les relations sexuelles sont peu fréquentes. La sexualité à l'adolescence est souvent saisonnière (pendant les vacances scolaires), et marquée par la pensée magique (« le premier rapport n'est pas fécondant »...)(33). Si les adolescentes commencent une pilule contraceptive, elles l'arrêtent parfois rapidement par crainte d'une prise de poids ou par peur de transgresser l'interdit(33).

1.2.4. La grossesse et l'élaboration de la parentalité à l'adolescence

1.2.4.1. *Physiologie de la grossesse à l'adolescence*

Malgré les dispositions législatives récentes (autorisation de distribution de la contraception d'urgence orale dans les établissements du secondaire, sa commercialisation sans ordonnance, et sa gratuité pour les mineures(34)), il n'y a pas eu d'impact significatif sur le nombre de grossesses à l'adolescence(35). La contraception orale a été, dans les années 1990 avec l'épidémie du syndrome d'immunodéficience humaine, remplacée par le préservatif(36), qui est aujourd'hui le principal mode de contraception choisi pour l'entrée dans la sexualité(37). Il existe des facteurs de risque psychosociaux étant souvent retrouvés dans les grossesses précoces : « l'absence ou l'utilisation inadéquate de méthode contraceptive, faible niveau socio-économique et de scolarité, âge précoce de la ménarqué ou du début des rapports sexuels, l'absence d'activité ou d'aspiration professionnelle, la consommation d'alcool, tabac, drogues, l'alcoolisme du père de l'adolescente, le fait que sa mère soit devenue mère également à l'adolescence »(35). Parfois, ces facteurs de risques s'imbriquent(35). Mais, les sévices sexuels subits dans l'enfance ne sont pas des facteurs de risque de la parentalité précoce(27). Ce sont des jeunes femmes souffrant souvent de conflits familiaux voir de rupture(35) (principalement avec sa mère(30)). Les complications obstétricales sont également plus prévalentes que dans la population générale. On peut retrouver un suivi médical insuffisant dû à la découverte tardive de la grossesse, à la crainte d'être forcée à interrompre la grossesse, ou même à la pensée magique niant le fait d'être enceinte et entraînant un déni de grossesse ; ainsi que des complications gravidiques telles que l'anémie, l'hypertension artérielle, la mortalité maternelle à l'accouchement (du fait d'une immaturité du corps, cette mortalité est multipliée par 4 dans une population d'adolescente de moins de 16 ans comparée à une population de 20 à 30 ans). En ce qui concerne l'enfant, le fait que la mère soit adolescente est associé à un sur-risque d'accouchement prématuré, de faible poids de naissance, de morbidité et de mortalité périnatale, de handicap, mais ces conséquences sont liées de manière importante aux conditions socio-économiques et au suivi médical pré et post natal(35). Tout cela est fréquemment associé à la poursuite de comportement à risque (intoxication, sport...) et à des déséquilibres alimentaires pouvant entraîner des carences(35). De plus, lors d'une grossesse à l'adolescence, il y a une confusion des bouleversements liés à la grossesse avec ceux liés à la puberté, que ce soit au niveau corporel, social ou psychique(30). En effet, la jeune femme est confrontée d'une part à la naissance de son enfant, et d'autre part à la naissance de sa sexualité génitale, avec la possibilité que l'une cache l'autre(38).

1.2.4.2. *Le sens des grossesses à l'adolescence*

Différents sens aux grossesses à l'adolescence peuvent être distingués (39):

- la grossesse culturelle : correspondant à un rite de passage.
- la grossesse permettant de combler une carence de l'enfance : souvent ce sont des jeunes filles avec une mauvaise estime d'elle-même ayant eu une enfance difficile (rapports conflictuels)

- la grossesse comme prise de risque : c'est une auto-agression
- la grossesse « rite d'initiation » : la grossesse est désirée et attendue mais l'enfant n'est pas envisagé
- la grossesse « SOS » : c'est un appel au secours dans une situation familiale conflictuelle
- la grossesse pour permettre l'insertion dans la société : en effet, dans les milieux socio-économiques et culturels précaires, la maternité peut être considérée comme un moyen de monter l'échelle sociale. L'adolescente a donc un nouveau statut social, celui de « mère de famille » avec les bénéfices qui en découlent (sociaux, économique...)(35)
- la grossesse identité : la grossesse n'est pas planifiée mais l'adolescente a des comportements à risque de grossesse
- la grossesse accidentelle : l'adolescente pense que son comportement la protège

Trois profils psychologiques sont distingués par Seince N., Pharisien I. et Uzan M. dans le cadre d'une sexualité à risque lors de grossesses interprétées comme des passages à l'acte (27):

- Les grossesses culturelles : elles sont désirées par le couple et l'entourage, elle permettent d'accéder à la fonction maternelle qui est valorisée. Elles permettent également de vérifier l'intégrité corporelle, et des organes de reproduction. Elles évoluent souvent de manière simple du fait d'un bon entourage familial, ou du clan.
- Les grossesses comme comblement d'une carence de l'enfance : la grossesse permet, à travers l'enfant, d'accéder à l'état d'adulte grâce au statut de mère. L'identification de la jeune fille à sa mère, en accédant à ce nouveau statut, permet de « concrétiser le conflit latent ».
- La grossesse « prise de risque » ou grossesse « violente » : résulte d'un comportement auto-agressif de la jeune fille contre son propre corps.

1.2.4.3. Législation

Afin de prévenir les grossesses à l'adolescence, le gouvernement, depuis 2001, a permis aux adolescentes d'accéder à l'interruption volontaire de grossesse sans la nécessité de l'autorisation parentale, à condition qu'elle soit accompagnée d'une personne majeure de son choix(40). L'accès à la contraception a aussi été simplifié, dans le cadre où elle désire garder le secret vis-à-vis de leurs parents, elles peuvent obtenir leur contraception gratuitement et anonymement au centre de planification familiale, et la contraception d'urgence en pharmacie, auprès de l'infirmière scolaire ou du centre de planification familiale sans prescription médicale(34).

Les parents adolescents détiennent seuls l'autorité parentale sur leur(s) enfant(s)(41), ils ne sont cependant pas émancipés, et restent sous la responsabilité de leurs parents. Les mineurs sont émancipés par le mariage(42) ou par la demande au juge des tutelles par leurs parents ou l'un des deux(43). Le

mineur émancipé devient donc autonome civilement, « il est capable, comme un majeur, de tous les actes de la vie civile. Il doit néanmoins, pour se marier ou se donner en adoption, observer les mêmes règles que s'il n'était point émancipé »(44).

1.2.4.4. L'élaboration de la parentalité à l'adolescence

Pendant la grossesse, la jeune femme peut avoir des difficultés à anticiper l'arrivée du bébé. Ainsi, l'investissement de l'enfant est souvent uniquement fait par la rencontre avec l'enfant réel(36). Les jeunes femmes enceintes peuvent alors se montrer mutiques face à la réalité de l'enfant à naître, ou alors avoir un discours idéalisé(36).

Winnicott a décrit les « Préoccupations maternelles primaires » : «*Dans cet état, la mère peut se mettre à la place de son nourrisson. Elle fait alors preuve d'une étrange capacité d'identification au bébé, ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux comme aucune machine ne peut le faire et comme aucun enseignant ne peut le prescrire* »(45). On observe l'existence assez rapidement chez ces mères adolescentes des préoccupations maternelles primaires, qui leur permettent de s'identifier à leur enfant et ainsi s'adapter à leurs besoins(33). Mais l'investissement du bébé, même si elles paraissent habiles dans leur geste, peut être instable(27). En effet, l'immaturité affective, l'idéalisation, l'isolement social, et l'adaptation difficile au rôle de mère interviennent dans la construction de la parentalité(35). Il apparaît donc nécessaire d'accompagner la formation du lien mère-enfant. On peut remarquer des caractéristiques communes chez ces jeunes mères : elles se montrent capables de jouer avec leur bébé, mais rigides quant à leur convictions au sujet du bébé (« il a faim », « il a mal »...)(27). L'enfant peut à la fois être considéré comme un confident et quelqu'un responsable des malheurs subit par la jeune femme(27). Ces jeunes femmes doivent poursuivre un double parcours en même temps : la fin de l'adolescence, et celui de la parentalité ; ces jeunes femmes sont plus souvent jugées qu'aidées dans ce double parcours(27).

La parentalité à l'adolescence est associée à un risque accru de dépression post-natale. Cela peut entraîner des difficultés d'adaptation des réponses aux besoins du nouveau-né, surtout que ces mères adolescentes peuvent avoir du mal à comprendre les signaux envoyés par leurs enfants en fonction de leurs besoins. Elles peuvent avoir du mal « à reconnaître ses capacités propres », et être aimée par leur enfant est leur principal désir(46). De plus, la grossesse à l'adolescence est un facteur de risque de maltraitance envers l'enfant, la prévention apparaît donc nécessaire(27).

De nombreux facteurs peuvent influencer sur la construction de la parentalité chez la mère adolescente. Tout comme chez la femme adulte, la présence du père de l'enfant comme étant soutenante diminue le risque de dépression post-natale, tandis que l'absence du père ou une relation instable avec

celui-ci est un facteur de mauvais pronostic(35). La famille de l'adolescente peut avoir deux attitudes : elle peut être source de violence ou alors un soutien majeur(35). Majoritairement, lorsque le niveau socioéconomique est faible, la grossesse n'est pas forcément rejetée, tandis que dans les classes moyennes, la famille craint plus les conséquences sur la vie de l'adolescente, notamment les conséquences négatives pour son avenir. Mais quand la grossesse est bien acceptée par l'entourage, la famille met en place les moyens nécessaires au soutien de la jeune mère et de son nouveau-né. La relation avec la grand-mère peut se faire de deux manières : soit une intensification du conflit avec une confusion des rôles auprès de l'enfant, ou alors, la grand-mère conforte l'adolescente dans son rôle de mère et cela peut apaiser les « relation mère-grand-mère et conduire à un projet commun autour du bébé »(35).

Cependant, chaque adolescente vit l'accession à la maternité de manière différente, individuellement, et « en fonction de ces caractéristiques personnelles, familiales, culturelles et socio-économiques »(35). De nombreuses études ont des résultats positifs : l'absence de problématique maternelle(47), la maturité acquise du fait de la maternité(48), la gratification narcissique par la grossesse et la maternité(48), une amélioration de l'estime de soi, et l'amélioration des relations familiales, conjugales(49), des modifications corporelles de la grossesse bien perçues, la scolarité poursuivie et la sensation d'avoir « trouver un sens à la vie »(35).

1.2.4.5. Violence et grossesse précoce

La grossesse à l'adolescence peut être source de violence d'après Seince.N, Pharisien I. et Uzan M. (27):

- Violence des mots : la société actuelle refuse le désir de grossesse aux adolescentes. Elle est souvent décrite comme un lapsus contraceptif, et est considérée comme une transgression.
- Violence interne : l'adolescente est confrontée à sa sexualité, la chute du sentiment de toute puissance infantile, c'est ce qui expose les adolescentes au déni de grossesse
- Violence physique et psychologique dans le milieu familial : le professionnel a alors un rôle de médiateur afin d'apaiser ces tensions
- Violence en milieu institutionnel et notamment scolaire : avec un risque d'isolement de l'adolescente enceinte
- Risque de violences issues des professionnels car la grossesse les confronte à l'échec de prévention. Dans la société actuelle, l'évitement de la grossesse à l'adolescence est recherché.

1.2.4.6. Les difficultés rencontrées par les jeunes femmes

L'adolescente enceinte est confrontée à des difficultés que l'on peut regrouper en différentes catégories. Du point de vue du vécu corporel, on peut observer des difficultés à l'intégration des changements corporels dus à la puberté, et à « l'accès à la sexualité génitale » (35). Du point de vue

cognitif : l'égoïsme, qui est un trait caractéristique de l'adolescence, et son incapacité à prendre du recul, à anticiper les difficultés à venir, et à comprendre le sens de leurs actions et leur conséquences, peut rendre difficile la mise en place des préoccupations maternelles primaires. La construction identitaire de l'adolescente, et la construction de son identité maternelle peuvent être différées. En effet, même si la présence du bébé est récompensante, elle est difficilement compatible avec les acquisitions présentes habituellement à l'adolescence : l'autonomisation, la liberté, les loisirs, les engagements non définitifs (35). La vie relationnelle de l'adolescente peut également en pâtir. En effet, il y a une diminution des loisirs et des rencontres amicales. Cela peut entraîner des « symptômes d'anxiété, de dépression et de stress, ainsi que des sentiments d'échec personnel et d'une faible estime de soi »(35). Chez les adolescentes, il existe une habituelle dépressivité qui vient se superposer à celle du post-partum. Cette addition fait que le jeune âge maternel est un facteur de risque de dépression post-natal et de troubles de l'humeur (35). De surcroît, il peut exister des difficultés au niveau médical. Les cycles irréguliers peuvent entraîner des retards au diagnostic de grossesse, ou alors, elles consultent tardivement les professionnels de santé par crainte qu'on ne les force à l'interruption volontaire de grossesse ou par peur des préjugés de leur entourage (33).

Chez les mères adolescentes, il y a une prévalence plus importante de traumatismes de l'enfance comme les abus sexuels, un père absent ou des carences parentales. Cela a un impact sur les relations affectives qu'elle aura avec son enfant (35).

Cependant les difficultés sont à différencier selon la tranche d'âge de l'adolescente (14-16 ans, 16-18 ans) car la maturation psychoaffective diffère selon ces quelques années. Il faut également prendre en compte le parcours scolaire de la jeune femme, la relation avec ses parents, ainsi que si la grossesse est désirée ou non (33). Pour identifier les situations à risques de difficultés, des facteurs de risque ont été identifiés : « très jeune âge (évaluation du niveau de maturité), biographie mouvementée (abandons successifs), violences subies (violences physiques, sexuelles, inceste, abus), transplantation ethniques et culturelles, rejets familiaux notamment maternels, échecs et ruptures scolaires » (33).

Afin qu'une personne puisse prendre une décision, il faut qu'elle évalue les alternatives s'offrant à elle ainsi que tout ce qui entoure la décision (50). L'individu évalue également, de manière subjective, les conséquences de sa décision (50). L'adolescente, confrontée à toutes ces difficultés pendant sa grossesse, doit réaliser un certain nombre de choix pour elle et son enfant. Nous nous sommes intéressés, à travers ce mémoire, au choix du mode d'alimentation pour le nouveau-né.

DEUXIÈME PARTIE :

Etude et Résultats

2. DEUXIÈME PARTIE

2.1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

2.1.1. Problématique et hypothèses

Dans cette étude, nous nous intéressons au choix du mode d'alimentation des nouveau-nés par leur mère adolescente. L'objectif est de comprendre quels sont les déterminants qui influencent ce choix afin de proposer d'éventuelles solutions pour augmenter le taux d'allaitement maternel dans cette population.

Pour cela, cinq hypothèses ont été posées :

- *Hypothèse n°1 : le manque d'information sur l'allaitement maternel entraîne le choix de l'alimentation artificielle.*
 - o Les informations retenues pour vérifier leurs connaissances sont :
 - Concernant l'allaitement maternel : allaitement à la demande, meilleur pour la santé de l'enfant, il existe quelques avantages pour la mère.
 - Concernant l'alimentation artificielle : toutes les 3 heures, eau adaptée, une dose pour 30mL, pas de stérilisation obligatoire.
- *Hypothèse n°2 : L'entourage de l'adolescente l'oriente vers l'allaitement artificiel.*
 - o Trois versants de l'entourage sont explorés : ses proches (famille, amis, père de l'enfant), les professionnels de santé, ainsi que la société.
- *Hypothèse n°3 : Le mode de vie de l'adolescente conduit vers le choix de l'allaitement artificiel.*
- *Hypothèse n°4 : La pudeur de l'adolescente et ses représentations corporelles entraîne le choix de l'allaitement artificiel.*
- *Hypothèse n°5 : Ses représentations positives de l'allaitement maternel l'orientent vers ce mode d'alimentation pour son enfant.*

2.1.2. Méthodologies

2.1.2.1. Etude

Onze adolescentes de 18 ans et moins, allaitantes ou non, ont été interrogées grâce à des entretiens semi-directifs lors de leur séjour en suites de Naissances de trois maternités du réseau Bien-être en Artois : le centre hospitalier Germon-Gauthier de Béthune, le centre hospitalier de Lens et le centre hospitalier d'Arras. Le centre hospitalier de Douai a également été contacté, mais l'autorisation d'étude n'a pas pu aboutir.

2.1.2.2. *Le guide d'entretien*

De nombreuses études qui explorent le choix du mode d'alimentation des nouveau-nés le font par l'utilisation de questionnaire ou une revue de la littérature. L'utilisation d'entretiens semi-directifs permet de répondre à nos hypothèses car cette méthode permet d'explorer le ressenti des patientes, le non-verbal, et d'adapter le vocabulaire en fonction de la personne interrogée.

Le guide d'entretien a été construit en six parties : Présentation générale de l'interrogée, au sujet de l'allaitement maternel, au sujet de l'alimentation au biberon, la société, l'image du corps, la décision. (ANNEXE II).

2.1.2.3. *Entretiens exploratoires*

Afin de tester le guide d'entretien, quatre entretiens exploratoires ont été réalisés au centre hospitalier Germon-Gauthier de Béthune durant l'été 2015.

2.1.2.4. *Sélection des patientes*

L'étude a été proposée aux adolescentes soit directement lors de leur séjour en maternité, soit lors d'une consultation prénatale où leur a été remise l'autorisation parentale (ANNEXE III) à faire signer pour les participantes mineures, et où une note (ANNEXE IV) était laissée dans le dossier obstétrical demandant aux professionnels de nous informer de l'accouchement de la participante afin de pouvoir aller l'interroger.

L'étude a été proposée à vingt-et-une adolescentes : quinze lors d'une consultation prénatale et six directement en Suite de naissances. Cinq jeunes femmes approchées en consultation prénatale ont refusé l'étude, et trois ont refusé lors de la proposition directe en Suites de naissance. Deux adolescentes qui avaient accepté de participer à l'étude ont été perdues de vue. Pour trois adolescentes (deux acceptations et un refus), l'étude a été proposée par un membre de l'équipe du centre hospitalier.

Les critères d'inclusion dans l'étude sont : adolescente primipare ou multipare du début de la vie génitale à la veille de leur 19^{ème} anniversaire, nouveau-né né-vivant non transféré, grossesse unique, acceptation par l'adolescente (et son tuteur légal si elle est mineure) pour participer à l'étude.

Les critères d'exclusion sont : grossesse multiple, nouveau-né transféré en néonatalogie, refus de la patiente à tout moment, autorisation parentale non signée, accouchement dans le secret.

2.1.2.5. *Recueil de données*

Les entretiens ont été menés de Septembre 2015 à début Janvier 2016. La durée des entretiens oscille entre 17 minutes et 18 secondes et 41 minutes et 38 secondes, avec une durée moyenne de 27 minutes. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, et retranscrits au mot près grâce au logiciel *Word* pour Mac.

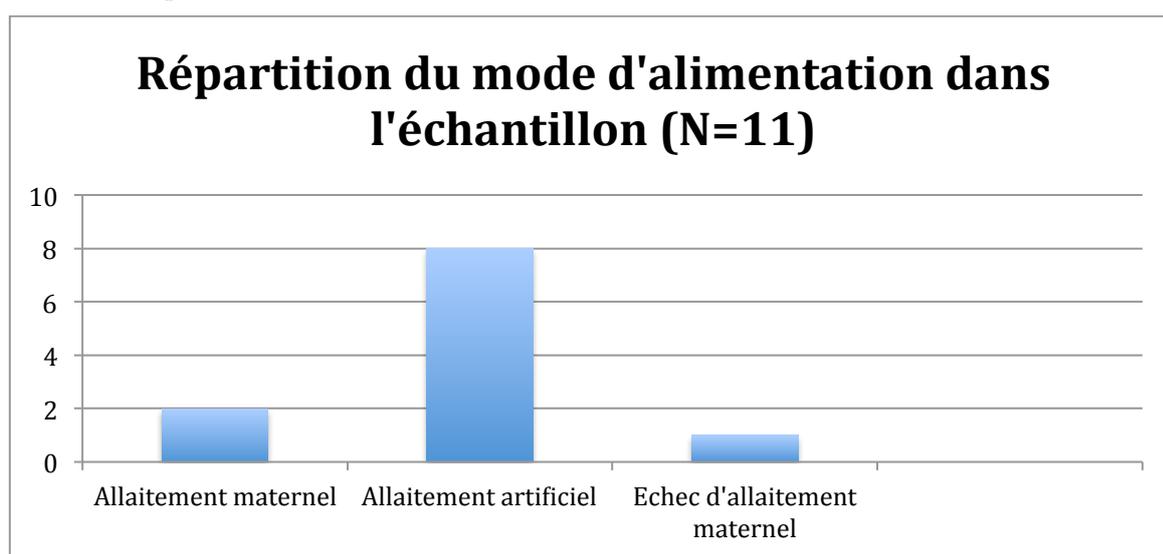
Dans un souci d'anonymat, les prénoms des adolescentes interrogées ont été changés pour la rédaction. L'ANNEXE I regroupe le contenu des entretiens et des extraits de témoignage.

2.2. EXPOSITION DES RÉSULTATS

2.2.1. Contexte des entretiens (N=11)

Onze adolescentes ont été interrogées. Parmi elles, il y avait neuf primipares et deux secondes pares. Charlotte avait 16 ans au moment de l'entretien, trois avaient 17 ans (Emilie, Julie, Noémie), et sept avaient 18 ans (Alice, Fanny, Marie, Perrine, Romane, Sophie, Victoire).

La répartition du mode d'alimentation était celle-ci :



Les deux secondes pares, Alice et Victoire, avaient choisi l'allaitement artificiel pour leur premier enfant. Elles ont fait le même choix pour leur deuxième enfant.

Six adolescentes ont été interrogées seules dans leur chambre (Alice, Charlotte, Fanny, Marie, Sophie et Perrine), trois d'entre elles ont été interrogées seules dans un bureau (Julie, Romane, Victoire); et deux d'entre elles ont été interrogées dans leurs chambres en présence du père de l'enfant (Noémie et Emilie).

2.2.2. Mode de vie (N=11)

Parmi les onze adolescentes interrogées, quatre vivent avec leur conjoint (Marie, Noémie, Perrine, et Victoire), cinq chez leurs parents (Charlotte, Emilie, Fanny, Julie, et Sophie), deux vivent seules (Alice et Romane).

Charlotte, Emilie, Marie, et Fanny sont étudiantes et les sept autres adolescentes sont à la recherche d'un emploi plus ou moins rapidement. Toutes expriment le désir de chercher un travail ou de reprendre des études quand l'enfant sera plus grand.

Sept adolescentes ont un tabagisme actif pendant la grossesse. Il s'agit de Alice, Charlotte, Julie, Marie, Perrine, Romane, et Victoire. Charlotte n'a pas repris depuis l'accouchement. Sophie a arrêté le tabac en début de grossesse. Emilie, Fanny, et Noémie ne fument pas. Aucune adolescente ne déclare consommer d'autres toxiques comme de l'alcool ou de la drogue.

2.2.3. Contexte de la grossesse (N=11)

Pour cinq d'entre elles, la grossesse est désirée (Julie, Marie, Noémie, Sophie et Victoire); pour les six autres interrogées, la grossesse est accidentelle. Les pères des enfants sont tous présents.

Six adolescentes ont fait suivre leur grossesse par un gynécologue-obstétricien (Victoire, Romane, Noémie, Julie, Emilie, et Alice), quatre par une sage-femme (Sophie, Perrine, Marie, et Charlotte), et Fanny a peu fait suivre sa grossesse par un gynécologue-obstétricien : *« j'en ai fait 2-3 à tout casser [de consultations] (...) parce que le gynéco, ça passait pas avec lui, et au lieu de changer, j'ai arrêté »*.

Trois adolescentes ont fait de la préparation à la naissance et à la parentalité (Emilie et Sophie aux séances proposées par la maternité, et Charlotte avec la sage-femme de Protection maternelle et infantile). Parmi les huit n'ayant pas fait de préparation à la naissance, quatre expriment leur refus (Fanny : *« j'avais pas envie »*, Marie : *« On me l'a proposé mais ça me disait rien, je me suis dit que j'arriverai à accoucher comme ça sans faire de préparation à la naissance »*, Perrine : *« j'avais fait le premier rendez-vous, donc la visite de la maternité puis après j'ai arrêté, j'avais plus envie d'y aller »*, Victoire : *« bah, vu que je l'avais déjà fait, que j'avais déjà fait une grossesse, j'avais pas envie de la faire »*); la préparation n'aurait pas été proposée à l'une d'entre elles (Alice : *« ben, je crois qu'on m'avais pas demandé »*), une a oublié de la faire (Julie : *« j'y ai pas pensé en fait, quand elle me demandait de venir, ben, j'oubliais et je venais pas »*), et deux adolescentes expriment l'impossibilité de la réaliser (Noémie : *« non, j'ai pas eu le temps, je devais déménager »*, Romane : *« ben, en fait, je l'ai pas fait, je m'étais inscrite les deux dernières semaines parce que j'avais fini de travailler, et je me suis dit ben je vais y aller, mais on a eu un soucis de voiture du coup, ben j'ai dit bon tant pis »*)

Alice, Julie, Noémie, Victoire et Perrine disent ne pas avoir reçues d'informations sur l'alimentation du nouveau-né, et Emilie a assisté à une séance au sujet de l'allaitement maternel.

2.2.4. Explication du choix (N=11)

Alice, qui a choisi l'allaitement artificiel, l'explique par plusieurs raisons. Elle a refusé l'allaitement maternel du fait de son tabagisme actif : *« le sein, je le donne pas parce que je fume de trop »*. Elle exprime aussi son choix par le fait qu'elle pense que l'allaitement maternel est fatiguant : *« j'ai choisi le biberon aussi parce que le sein, c'est trop fatiguant »*, et elle exprime une forte influence de la pudeur à plusieurs reprises pendant l'entretien : *« je ne peux pas faire montrer mes seins »*, *« c'est dans la rue ou bien si j'ai quelqu'un chez moi et que je dois donner le sein, je peux pas, même si on doit*

cache je ne peux pas, ça me bloque ». Alice a pris la décision de donner le biberon au moment de son accouchement, elle exprime avoir hésité durant toute sa grossesse. Elle avait déjà choisi l'allaitement artificiel pour son premier enfant.

Charlotte a choisi l'allaitement maternel un peu avant l'accouchement « *bah, parce qu'on m'a dit que c'était meilleur, que c'était mieux le contact avec* ». Elle exprime une forte influence du père de l'enfant : « *il m'a dit « tu vas allaiter », j'ai dit « non », il m'a dit : « mais si, c'est bon, il y a tout plein de truc bon », j'ai dit « oui »* ».

Emilie allaite son enfant. Elle dit « *je ne me suis même pas posé la question, ben comme ma mère mais de l'autre sens, euh, déjà niveau moyen, au niveau euh aussi, au niveau on a pas de biberon à faire, un gain de temps* » et « *au niveau de tout ce qui est ben c'est bon par rapport au ... ben je sais pas comment on dit, et puis la relation que ça peut apporter, et voilà* ». Elle a pris la décision au milieu de grossesse.

Fanny a choisi l'allaitement artificiel depuis le milieu de grossesse : « *ben moi c'est juste pour le père en fait, pour pas qu'il soit exclu* ».

Julie a pris la décision de donner le biberon à son enfant en milieu de grossesse car « *je préfère donner le biberon vu que je fume l'allaitement c'est pas top* ».

Marie, qui a choisi l'allaitement artificiel, l'explique par différentes influences. « *ben au début, je voulais donner le biberon et hier, j'ai essayé d'allaiter, mais la sensation que ça me fait j'aime pas, j'aime pas, ça m'a pas plu donc j'ai préféré donner le biberon* ». De plus, Marie a pu s'occuper de ses frères, des jumeaux nés 5 mois avant l'entretien : « *j'aimais bien les avoir dans mes bras et leur donner le biberon, les chouchouter* » et dit que voir sa mère choisir l'allaitement artificiel pour les jumeaux l'a sûrement influencé pour son propre choix. Marie explique également : « *je préfère pas prendre de risque parce que comme je fume, il y a peut-être du tabac à l'intérieur de moi* ». Marie a pris sa décision au moment de l'accouchement.

Noémie a choisi l'allaitement artificiel pour son enfant car « *j'avais peur d'avoir quelque chose dans le lait et que je lui refille* ». Noémie craignait également la douleur que pouvait engendrer l'allaitement maternel : « *je préfère donner le biberon, c'est mieux parce que à force, si on donne le sein ça fait mal, et j'aime pas trop avoir mal* ». Noémie explique également que « *toute ma famille a donné le biberon, donc j'ai peut-être voulu suivre pour faire pareil en fait* ». Elle a pris la décision au début de la grossesse.

Perrine a choisi l'allaitement artificiel avant la grossesse : *« ben je l'avais déjà avant de tomber enceinte et je réfléchissais quand même à donner le sein mais comme je vous ai dit je fumais, j'osais pas, donc j'ai pris la décision du biberon », « comme je fume, c'est peut-être pas très bon de lui donner le sein en fumant ».*

Romane a également choisi l'allaitement artificiel en fin de grossesse pour son enfant par rapport au tabac : *« j'ai voulu le biberon parce que j'ai fumé des cigarettes pendant ma grossesse (...) parce que pendant la grossesse c'est déjà beaucoup alors si en plus je continuais à lui donner de la cigarette dans le lait ».* Elle exprime avoir été influencé par *« le fait que les gens me disent « ben non c'est pas bon de fumer la cigarette et de donner le sein » alors du coup j'ai dit « allez, vas-y, tant pis quoi » ».*

Sophie avait initialement choisi l'allaitement maternel pour son enfant, mais a arrêté au deuxième jour : *« j'ai pas réussi, ben c'est pas que j'ai pas réussi, c'est en fait, le lait est pas encore fait, ça sort que du liquide, du coup le bébé il a pas pris et ils m'ont donné des biberons. Du coup, il boit que au biberon ».* Initialement, elle avait choisi l'allaitement car *« je préfère donner au sein, allaiter pour pas avoir de cancer en fait, euh, plus vite ».* Elle a aperçu sa belle-sœur allaiter : *« ben tout d'un coup j'ai pris direct allaitement ».*

Victoire a choisi l'allaitement artificiel pour son enfant. Elle avait également choisi l'allaitement artificiel pour son premier enfant : *« pour la même raison, vu que j'avais donné le biberon à son frère, j'ai voulu faire pareil ».* Elle explique son choix *« parce que le sein, je me vois pas, je me vois pas la force de donner le sein en fait »* et *« parce que je fume aussi ».* Elle a pris la décision de donner le biberon *« bah depuis ce temps où j'ai vu ma mère donner le biberon à ses enfants, c'était, j'avais euh 13 ans, je crois ».*

2.2.5. Au sujet de l'allaitement maternel

Connaissances (N=11)

Alice, Charlotte et Emilie, soit trois adolescentes évoquent l'allaitement à la demande. Alice explique que : *« elle réclame tous les on sait pas, elle peut réclamer tous les 20 minutes, 30 minutes, on sait pas ».*

Sept adolescentes évoquent le fait que c'est *« meilleur »* pour l'enfant : Alice, Charlotte, Marie, Perrine, Romane, Victoire. Emilie explique : *« c'est bon pour le bébé, ça au niveau des maladies et tout aussi que ça diminue les risques d'infection, d'allergie ».* Charlotte précise également : *« on m'a dit que c'était meilleur, que c'était mieux le contact avec ».*

Deux adolescentes évoquent la composition du lait maternel. Charlotte explique que : *« il doit y avoir plus de truc dans le lait des seins, je ne sais pas quoi »*, et Perrine indique que : *« ben le lait*

maternel, je sais qu'il y a ... on m'a expliqué quand même qu'il y a plus de trucs comme le calcium, tout ça ».

Sophie évoque à plusieurs reprises pendant l'entretien de la protection contre le cancer du sein : « je préfère donner au sein, allaiter pour pas avoir de cancer en fait, euh, plus vite ».

Deux adolescentes expliquent la position pour allaiter. Charlotte dit « je sais pas, ils l'ont pris, ils l'ont mis sur moi, sur le ventre, puis ils ont dit de bien appuyer que ça sortait et de bien mettre sa bouche », et Sophie explique : « ils m'ont expliqué comment le porter, le mettre sur le ventre, et si que je l'allaiter faut que je met son bras là (montre sous le sein), et bien faut le mettre sur le ventre comme ça le bébé il peut prendre bien ».

Emilie explique ce qui a été abordé pendant le cours d'allaitement auquel elle a participé : « ben ils ont montré déjà les positions, euh, ils nous ont expliqué que c'était pas facile surtout les premiers jours, que après il allait falloir, si je reprenais mes études, tirer mon lait pour le donner à la crèche, expliquer le tire-lait, après je ne sais plus », « j'ai su aussi qu'on pouvait conserver le lait 2-3 jours au réfrigérateur, et plusieurs mois au congélateur ». Romane, elle aussi, évoque l'existence du tire-lait : « si une femme qui travaille pourrait quand même allaiter son enfant parce qu'il y a un tire-lait ».

Fanny explique : « à part qu'il faut avoir une alimentation stricte pour le petit », « manger tout ce qui est légume, vitamine et compagnie », elle avoue ne pas avoir d'alimentation équilibrée, et ne sait pas si il y a des interdits. De plus, elle ajoute : « ils ne savent pas eux ce qu'ils boivent au sein donc pour moi je sais pas comment ils calculent le truc parce que nous on a des doses ».

Julie et Noémie ont répondu à la question : « je ne sais pas ».

Ce qu'elle en pense (N= 10)

Toutes les adolescentes ont des pensées différentes sur l'allaitement maternel mais on retrouve la notion de contact chez quatre adolescentes.

Alice explique que « le sein, c'est trop fatiguant ». Elle explique également que « ben non moi je peux pas, tout le monde va nous regarder », elle précise en disant : « ben tout le monde nous regarde, ils diront ouais elle donne le sein dans la rue ». Elle déclare « j'aime bien » car « ben le bébé il est plus avec la maman en fait quand il est, quand elle prend le sein ».

Charlotte pense de l'allaitement maternel que : « ben c'est mieux, elle est rapprochée en fait ». Dans un premier temps, elle avait choisi l'allaitement artificiel : « ben je me disais que j'étais trop jeune, que j'allais jamais avoir de lait bien ».

Emilie explique que : « c'est plus dur que je ne le pensais » car « il réclame tout le temps, la nuit on peut pratiquement pas dormir, c'est à la demande comme ils disent ». Elle pense également que « ben je pensais que ça donnait une bonne relation, entre le bébé et moi, après par rapport au papa, c'est plus compliqué que le biberon parce que il peut pas participer. C'est tout ».

Fanny pense de l'allaitement maternel : « bah pour moi c'est que du bénéfique pour le petit, bah que pour notre rapport à nous d'entre nous et puis pour elle c'est mieux ».

Julie est la troisième adolescente à évoquer le contact : « *ben c'est beau quand même de voir un bébé sur la tototte de sa mère* », « *ils sont en contact, ils sont ensemble quoi* ».

Marie pense que : « *le lait est meilleur* ».

Noémie évoque le fait que : « *ben ça me fait bizarre que elle elle veut donner le sein puis moi non* », « *le biberon, il existe, c'est vrai que si le biberon existait pas on serait obligé de donner le sein donc...* ».

Perrine évoque elle aussi le contact : « *ben je pense que pour ceux qui donnent, c'est bien aussi de donner le sein, de faire un contact avec le bébé peau à peau* ».

Romane explique son ressenti lors de la première tétée en Salle de Naissance (cf Page 21).

Victoire pense de l'allaitement maternel que : « *bah c'est bien mais, moi je trouve que c'est bien pour des mamans non fumeuses et qui ont de la patience de faire ça* ». Par « *patience* », elle explique : « *faut que le bébé y'arrive, il veut bien le prendre parce que de temps en temps il y a des bébés qui réclament tout le temps, tout le temps, tout le temps le sein donc faut tout le temps être disponible, puis dans des lieux quand il y a des gens autour de nous, j'aimerais pas faire ça, devant tout le monde, je ne peux pas* ».

Sophie n'a pas répondu à la question.

A déjà vu (N = 11)

Alice, Emilie, Fanny, Romane et Sophie, soit cinq adolescentes, ont déjà vu quelqu'un allaiter. Alice précise : « *j'en ai déjà vu qui donne le sein dans la rue* », elle explique ce qu'elle en a pensé : « *j'aime bien, mais dans la rue, je pourrais pas* ». Emilie a déjà vu sa tante allaiter quand elle avait 12-13 ans : « *j'ai pensé qu'elle avait pas de biberon à faire tout ça, à chauffer le lait, c'est vraiment un gain de temps, mais après à ce moment-là, je ne savais pas que c'était à la demande, que c'était aussi compliqué* ». Fanny déclare avoir également vu des personnes allaiter dans la rue : « *bah normal, pour moi c'est la nature donc euh* ». Romane a vu l'allaitement à la télévision : « *je trouve ça beau* ». Sophie a déjà vu sa belle-sœur allaiter, elle explique que cela a été un facteur déterminant pour sa décision.

Charlotte, Julie, Marie, Noémie, Perrine et Victoire, soit six adolescentes, n'ont jamais vu quelqu'un allaiter. Julie précise quand même avoir vu des affiches ou une femme allaitant son enfant y est montrée. Noémie précise que : « *déjà le voir, ça me choquerais car j'ai jamais vu de ma vie* » : « *bah la façon dont elle le fait en fait* ».

Tabac et allaitement maternel (N = 6)

Toutes les adolescentes présentant un tabagisme actif pendant la grossesse l'ont évoqué pour l'allaitement. Seule Sophie, qui a arrêté de fumer en début de grossesse n'en a pas parlé.

Alice évoque le passage du tabac dans le lait maternel : « *ben c'est dégueulasse, ça passe dans le lait non ?* », « *elle va trop avoir le goût de la cigarette* ». Elle explique savoir qu'une femme qui fume peut allaiter : « *ma mère a posé la question, elle nous a dit que comme quoi je pouvais donner le sein* ».

même si je fumais beaucoup mais j'ai dit non ». Au sujet de cette information, elle déclare : *« j'étais choquée parce que donner le sein quand on fume »*.

Charlotte a elle aussi posé la question du tabagisme pendant la grossesse et l'allaitement. Elle explique la réponse en ces termes : *« j'ai demandé, ils m'ont dit que c'est plus grave quand tu arrêtes net de fumer parce que je sais plus pourquoi »*. Elle explique également *« depuis qu'elle est née, je ne suis pas sortie fumer, je n'ai pas le droit » « de toute façon je ne peux pas ma mère ne le sait pas, il n'y a que mon père tout ça »*.

Julie évoque elle aussi le passage du tabac dans le lait maternel : *« ben je sais pas le lait, il doit pas être bon, ben il doit, je sais pas, pour moi en fait le lait, il est pas bon quand on fume »*. Elle explique également : *« enfin moi, si j'aurais pas fumé, j'aurais donné le sein pour moi, je trouve que c'est mieux »*.

Marie, elle aussi explique : *« je préfère pas prendre de risque parce que comme je fume il y a peut-être du tabac à l'intérieur de moi, donc je préfère pas prendre de risque »*, *« on sait pas ou le tabac se propage en fait »*. Elle explique ne pas savoir si une femme qui fume peut allaiter.

Perrine déclare au sujet du tabac : *« ben si il y aurait quelque chose avec le lait, ou si .. ; comme je fume c'est peut-être pas très bon de lui donner le sein en fumant »*. De plus, elle explique que *« si j'aurais demandé et qu'on m'aurait dit que c'était pas dangereux peut-être que j'aurais essayé de donner le sein »*.

Romane évoque le fait que : *« ben si je fume, c'est forcément dans mon corps, donc si elle boit mon lait, elle va avoir la nicotine »*. Elle explique les informations reçues par la sage-femme de PMI sur l'allaitement et le tabac, mais aussi qu'elle aurait souhaité allaiter si elle n'avait pas fumer : *« je suis dégoûtée de ne pas pouvoir l'allaiter »*.

Victoire explique que : *« je sais que quand on allaite on a pas trop le droit de fumer ou que sinon fallait attendre 2 heures avant de refumer ou 2 heures avant la tétée »*. Elle explique aussi que : *« si j'aurais arrêté, oui je pense »*, *« j'aurais tout au moins essayé voir si ça m'aurait plu et si ça m'aurait plu, j'aurais vraiment continué »*.

Première tétée en Salle de Naissance (N=5)

Cinq adolescentes ont spontanément parlé de la première tétée en Salle de naissance peu après l'accouchement, même si cela ne faisait pas partie du guide d'entretien. Alice explique que *« j'ai essayé de donner le sein quand j'ai accouché mais j'y arrive pas »*, *« ça m'a fait bizarre, mais j'aime pas, je sais pas, j'aime pas »*, *« ça m'a fait mal au début »*. Marie déclare que : *« ben au début, je voulais donner le biberon, et hier j'ai essayé d'allaiter mais la sensation que ça me fait, j'aime pas, ça m'a pas plu »*. Noémie explique avoir voulu faire cette tétée car son enfant avait faim : *« j'allais pas vraiment le faire, c'est parce que je voyais que il réclamait alors j'ai voulu lui donner »*. Elle en a pensé : *« ça été désagréable »*. Elle explique que cette sensation était due : *« ben le fait qui touche les parties de mon corps ça me ... fait bizarre »*. Victoire explique que la première tétée : *« ça m'a pas plu non »*. Romane

l'évoque en disant : « *je trouve ça magique* », « *je trouve ça beau, c'est magnifique de voir son bébé collé à la peau, moi j'adore ça* », « *plaisant* ».

Avantages (N = 10)

Cinq adolescentes expliquent ne pas savoir quels sont les avantages de l'allaitement maternel (Alice, Julie, Marie, Perrine, et Victoire). Sophie n'a pas répondu à la question.

Trois des patientes interrogées ont évoqué les avantages pour l'enfant. Charlotte explique : « *ben je sais pas, parce que je sais qu'avant le lait il y a des genres des vitamines et c'est jaune, et après il y a le lait, et ça c'est bon ils ont dit* ». Emilie déclare : « *bah les avantages nutritifs comme je le disais, ça diminue les risques d'infection, d'allergie, la relation comme je disais aussi, euh et puis c'est tout* ». Et Romane dit : « *à part les avantages au niveau du bébé, ça doit être meilleur sur certaines choses mais je ne les connais pas* ».

Charlotte explique également que : « *ils m'ont dit aussi que c'était bien de donner le sein parce que j'ai de la température, je produis des anticorps et les anticorps ils passent, tout ce que j'ai, ils lui passent* ».

Fanny et Noémie évoquent la préparation. Fanny déclare : « *bah a part le temps de préparation sinon non* », et Noémie explique que : « *ben on soit plus obligé de chauffer le biberon et on est pas obligé de le préparer non plus* ».

Inconvénients (N = 11)

Six adolescentes déclarent ne pas savoir quels sont les inconvénients de l'allaitement maternel : Alice, Julie, Noémie, Romane, Victoire et Sophie.

Trois adolescentes évoquent l'allaitement maternel lorsqu'il y a des personnes autour :

- Charlotte : « *bah après, c'est plus quand il y a du monde* », elle explique que pour pallier à cela : « *bah moi ils m'ont dit d'aller dans une salle à part, ou mettre des trucs pour cacher* »
- Fanny : « *bah côté c'est pas pratique non plus* », « *bah quand on est dans la rue, on se promène, si elle a faim directement on va devoir lui donner, donc c'est pas, fin l'avis des gens des fois, c'est autre chose* », « *ils doivent être fermés d'esprit* ».
- Marie : « *pour moi, ce serait un inconvénient en public* », elle explique : « *moi j'aime pas « par rapport au regard des gens parce qu'il y a des gens regardent facilement et ils dévisagent* », et ajoute : « *ben ça peut être choquant non ? Surtout en public* »

Charlotte explique que pour elle, un autre inconvénient est : « *on sait pas elle prend combien* ». Elle explique que pour pallier à cela : « *ils m'ont dit 20 minutes l'un et 20 minutes l'autre* ».

Fanny évoque un deuxième inconvénient pour elle : « *à part la douleur et les montées de lait* ». Elle explique : « *ouais bah je l'ai la mais ça dure 2 jours (rire) tandis que si j'allaiterais, je l'aurais plus longtemps* ».

Emilie explique qu'il y a trois inconvénients pour elle : *« il réclame souvent, c'est vraiment à la demande, et ben, c'est pas vraiment un inconvénient, ça fait un petit peu mal mais ça va. Le fait de la montée de lait aussi, ça coule. Et puis voilà »*.

Perrine ne pense pas qu'il existe des inconvénients : *« non des inconvénients je ne pense pas comme c'est le meilleur lait »*.

Autres thèmes abordés (N=6)

Six jeunes femmes interrogées ont spontanément abordés d'autres thèmes au sujet de l'allaitement maternel.

Alice explique qu'elle réfléchira à choisir l'allaitement maternel pour son troisième enfant : *« peut-être au prochain, j'essaierai de donner le sein, mais pas maintenant, dans 5 ans »*.

Quatre adolescentes ont parlé spontanément du tire-lait. Charlotte explique qu'elle a des biberons chez elle pour y mettre le lait maternel qu'elle aura tiré avec le tire-lait que sa mère lui a acheté : *« on m'a dit de faire tout au soir, les glacer, et puis quand je serai à l'école bah les utiliser »*. Marie connaît l'existence des tire-laits et explique que *« moi je dis que si on donne au sein c'est mieux de donner au sein et pas au biberon, parce que mettre dans les biberons et aux seins ben pour moi c'est pas génial »*. Emilie l'a évoqué avec la conservation du lait. Et Romane au sujet du travail et de l'allaitement maternel a dit : *« Une femme qui travaille pourrait quand même allaiter son enfant parce qu'il y a un tire-lait »*.

Marie évoque aussi que le sentiment qu'elle a ressenti face aux informations des professionnels : *« ça m'a fait peur, je me suis dit si j'ai envie et que j'y arrive pas ben ça m'aurait fait quelque chose quand même »*, elle précise : *« si j'aurais vraiment voulu allaiter et j'aurais pas arrivé j'aurais été déçue, donc je me suis dit je vais pas prendre le risque et lui donner le biberon »*.

Fanny explique ses craintes face à l'allaitement maternel : *« j'aurais peur de trop la nourrir »*, elle précise en disant : *« bah si elle régurgite et tout, je vais me sentir mal parce que c'est moi qui aurait donné donc je sais que c'est de ma faute »*.

2.2.6. Au sujet de l'allaitement artificiel

Connaissances (N=11)

Huit adolescentes expliquent que le biberon se donne toutes les trois heures : Alice, Emilie, Fanny, Julie, Noémie, Perrine, Romane et Victoire. Alice, Fanny, Julie et Victoire expliquent que le biberon peut être différé si l'enfant ne réclame pas : Victoire explique que *« quand il réclame, toutes les 3 heures et espacer s'il a pas faim, bah euh la journée c'est 4 heures et la nuit, ça doit être 5 ou 6 heures »*.

Concernant la préparation des biberons, neuf adolescentes expliquent comment se prépare le biberon :

- Alice : *« ben je mets de l'eau, je fais chauffer l'eau et après je mets la poudre »*

- Fanny : « à l'eau chaude ou au chauffe-biberon », « c'est de la poudre diluée dans l'eau », « c'est avec des doses »
- Emilie : « ben déjà, c'est plus long, c'est long à faire parce que il faut mélanger l'eau, la poudre je pense, je pense que c'est ça, après le biberon, il faut le chauffer. Donc je trouve ça plus long. »
- Julie : « ben faut les faire chauffer dans le chauffe-biberon », « du lait en poudre, on met dans l'eau », « moi je vais mettre Monrima, Morigma je sais plus quoi, celle qui donne ici »
- Marie : « ils m'ont expliqué hier, ils m'ont dit, je sais plus 30 cl d'eau un truc du genre avec une cuillère », « ben déjà je sais que dans un biberon, on met 30 d'eau pour une cuillère, et on augmente au fur et à mesure, et pour 60 on met deux », « c'est des cuillères dans les boîtes de lait, des petites rondes »,
- Noémie : « Faut faire chauffer le biberon, après faut, mettre la quantité d'eau qui faut, faire chauffer le biberon, et ensuite mettre le dosage qui faut. Agiter puis on donne », « au chauffe-biberon »
- Perrine : « si ça change, ce sera les boîtes de lait en poudre avec l'eau Mont Roucou », « je pense qu'il y a des dosages mais là c'est déjà des biberons faits »
- Romane : « il faut diluer la poudre avec de l'eau, et laisser à bonne température et c'est tout quoi », « il y a des eaux spéciales », « si je lui fais un grand biberon ou un petit, si je lui mets 30 mL ou 90 mL ce sera pas la même dose je pense. Par exemple, admettons, si c'est 30mL c'est une demi cuillère, si c'est 90 mL je vais mettre une cuillère et demi ».
- Victoire : « il faut prendre de l'eau exprès il faut pas le faire au micro-onde mais au bain-marie, euh il fallait bien mélanger, il fallait pas le réutiliser même si il en reste, il fallait le jeter », « de la poudre ».

Charlotte, Fanny, Julie et Perrine ont expliqué également comment tenir l'enfant pour lui donner le biberon. Charlotte a également expliqué comment les biberons de ses frères étaient préparés : « c'était quelqu'un qui les ramener en camion, c'était livré déjà prêt ». Alice est la seule adolescente à avoir expliqué la préparation extemporanée des biberons : « je les préparais dès qu'elle avait envie de son lolo ». Sophie ayant choisi l'allaitement maternel initialement a expliqué avoir regardé sur internet : « il explique bien pour le biberon ».

Ce qu'elle en pense (N=10)

Charlotte et Julie déclarent ne pas savoir ce qu'elle en pense, Alice n'a pas répondu à la question.

Emilie voit le côté financier : « je pensais que c'était l'argent, ben l'argent qu'on pouvait mettre ailleurs comme du lait on peut en avoir gratuitement ».

Fanny explique que : « c'est moins pratique que le sein déjà ». Elle précise en disant : « bah parce que tout y est déjà chaud, tout y est déjà préparé. Pour le biberon, faut préparer, quand on sort, faut tout prendre et tout ». Elle explique également qu'elle est : « je suis très à cheval sur les doses ». On retrouve cette idée de doses avec Victoire : « bah on sait combien il prend ». Victoire trouve que

l'allaitement artificiel : « *c'est bien, c'est plus facile* ». Le mot « bien » est également présent dans le discours de Sophie : « *c'est bien pour le bébé, c'est bon* », et de Marie : « *moi je trouve ça bien pour qui mange, pour qui prenne du poids enfin* ».

Noémie explique que « *ça fait plaisir de le voir boire* », elle précise : « *quand j'étais petite j'ai dit que j'aurais toujours donné le biberon* ».

Perrine déclare : « *pour moi c'est assez normal de donner le biberon* », et que : « *je pense que donner le sein ou le biberon c'est un peu pareil comme il boit toutes les trois heures. Toutes les 3 heures il faut donner le sein ou le biberon, donc je pense que c'est pareil à part que c'est pas le même lait* ».

Romane explique que : « *je ne pense rien, c'est comme ça, c'est le fait, faut le donner, ça nourrit c'est des vitamines* ».

A déjà vu / fait (N= 11)

Julie est la seule adolescente à n'avoir jamais vu quelqu'un donner un biberon à un nouveau-né.

Les dix autres adolescentes ont déjà vu quelqu'un donner un biberon. Charlotte précise : « *je l'ai fait à mes petits frères* », elle explique que : « *j'aimais bien passer du temps avec eux* » ; elle nuance en disant : « *c'est mieux de donner le sein je trouve* ». Fanny a déjà vu sa tante nourrir sa filleule de 6 mois : « *ben pour nous c'est normal en fait, on a tous, tous biberon, jamais été allaité* ». Victoire en a pensé : « *c'était bien pour le nourrir* ». Noémie explique l'influence que cela a joué sur sa décision : « *je trouvais ça bien, et ils m'ont déjà demandé de le faire, c'est ça qui m'a aussi donner envie de donner le biberon* ». Emilie, ayant choisi l'allaitement maternel pour son enfant, précise : « *ma mère, toute ma famille, mon frère (...) j'ai vu que tout le monde donnait le biberon* », elle pense que « *c'est un choix* »

Avantages (N=11)

Fanny, Julie, Marie, Perrine et Sophie, soit cinq adolescentes, déclarent ne pas savoir les avantages de l'allaitement artificiel.

Les six autres adolescentes citent différents avantages. Alice et Charlotte évoquent le fait de nourrir l'enfant à l'extérieur de la maison : Alice dit « *c'est pratique dehors quand on se promène* », et Charlotte explique : « *ben tu peux le prendre partout* ». Charlotte ajoute : « *et puis après plus grand ils le prennent tout seul* ». Emilie évoque la pudeur et la régularité des biberons : « *bah pour les personnes qui sont pudiques ben, qui sont pudiques, ben voilà c'est mieux, parce que s'ils veulent pas allaiter c'est que voilà. Euh, aussi les biberons, c'est toutes les certaines heures, c'est pas à la demande et voilà* ». Noémie explique : « *ben le lait, il est déjà fait. Je sais même pas, si, il y a des trucs différents du lait de la mère* », elle pense que le lait des biberons est mieux que le lait maternel mais dit : « *je sais pas spécialement ce qu'il y a* ». Victoire explique que, pour elle, l'avantage de l'allaitement artificiel est : « *bah on sait quand il a fini* ». Romane dit que pour elle : « *ben déjà c'est plus simple que de donner à la bouteille ou au verre* ».

Inconvénients (N= 9)

Sophie, Noémie, Marie et Julie, donc quatre adolescentes, expliquent ne pas savoir les inconvénients de l'allaitement artificiel. De plus, Alice et Perrine n'ont pas répondu à la question.

Emilie et Fanny évoquent les mêmes inconvénients. Fanny explique : « *bah c'est le temps de préparer, c'est pas chaud, faut tout embarquer et tout* ». Emilie explique également : « *au niveau du temps qu'on doit préparer, au niveau du transport aussi, et puis c'est tout* ». De plus, elle rajoute : « *ben au niveau des moyens financiers* ». Charlotte explique que pour elle, les inconvénients sont : « *faut toujours les laver et il faut les stériliser* ». Romane explique que l'inconvénient est de « *le tenir* ». Victoire ne pense pas qu'il y ait des inconvénients.

2.2.7. Image du corps (N=10)

Alice a spontanément parlé de ses seins : « *non j'aime pas, déjà que j'aime pas mes seins, ils sont trop gros* », mais nuance en disant que ça ne l'a pas gêné pour essayer la première tétée en salle de naissance : « *ça me bloque pas, c'est juste que j'aime pas, déjà que j'aime pas quand on les touche. Après ma fille, c'est pas grave, c'est ma fille. C'est dans la rue ou bien si j'ai quelqu'un chez moi, et que je dois donner le sein je peux pas, même si on doit cacher je ne peux pas, ça me bloque* ». Et pendant sa grossesse, au sujet des changements corporels, elle dit : « *ah la la, c'est cor pire. Mes seins c'étaient gonflés, du lait j'en perdais beaucoup et mon corps a pas changé* ».

Charlotte, Fanny, Julie, Marie, Perrine, Romane et Victoire, soit sept adolescentes sur les dix ayant répondu à la question ont affirmé s'être sentie « *bien* » dans leur corps au moment de l'adolescence. Romane a nuancé par : « *quand j'étais un peu plus jeune, j'étais bouboule enfin j'étais une fille bien portante donc euh, en grandissant après je me suis élancée donc ..., bien non ça va je me suis sentie bien dans ma peau* ». Emilie également s'est décrit : « *j'étais bien, à part justement au niveau de la poitrine, j'étais plus complexée parce que j'avais pas beaucoup de poitrine mais sinon ça allait* ». Noémie a expliqué avoir un rapport particulier avec son corps : « *ben avant je me sentais complexée par mon corps déjà car on me faisait des remarques méchantes sur mon corps, donc ça m'a fait penser du mal sur mon corps, et c'est peut-être pour ça aussi que je ne veux pas donner* ». Elle explique également : « *j'ai arrêté l'école en 3^e pour des problèmes avec euh, au collège quoi* ».

Julie, Marie, Perrine, Romane, Victoire, et Noémie évoquent s'être sentie « *bien* » pendant la grossesse. Julie évoque les vergetures : « *ben pareil (bien), oui j'ai des vergetures et tout, à chaque fois on me demande bah t'a pas honte quand tu vas à la piscine, ben non j'ai pas honte* ». Marie et Romane évoquent la prise de poids, Marie déclare : « *bien aussi, à part je prenais du poids c'était pas grave quoi* », et Romane explique : « *pendant la grossesse, je me suis sentie bien mais des fois quand je me regardais, je me disais punaise j'ai pris des kg mais j'ai pas été mal dans ma tête je me le disais mais ça m'a pas...* ». Noémie explique s'être sentie bien grâce aux mouvements actifs fœtaux : « *ben bien, parce que le sentir bouger ça me faisait penser à ... pas un déshonneur, pas un complexe* ». Romane évoque

également sa poitrine : « *j'ai tout le temps eu ... ben j'ai tout le temps eu des petites totottes donc pendant la grossesse elle a grossit oui quand même, ça ne m'a pas dérangé* ». Charlotte, au sujet des changements corporels pendant la grossesse, déclare : « *ça m'a pas dérangé* », et Emilie explique que : « *ben j'ai eu beaucoup de vergetures, ben au moment de la grossesse ça m'a pas dérangé mais là ben voilà ça reste, j'ai grossi ça m'a pas dérangé non plus, je me sentais pas mal* ». Fanny est la seule n'ayant pas bien vécu les changements corporels imputables à la grossesse : « *bah c'était horrible, bah c'était moche, je me trouvais grosse, énorme, voilà je ne pouvais plus* ».

Au sujet de la fonction du sein, Alice, Charlotte, Julie, et Marie ne connaissent pas leur rôle. Emilie, Fanny, Perrine, Victoire et Romane évoquent la fonction d'allaitement. Romane ajoute la fonction érotique au sein : « *ben à allaiter un bébé, ben c'est bête ce que je vais dire mais pour un homme, voilà quoi, je vais pas vous faire un dessin* ». Noémie n'a pas répondu à la question.

Sophie n'a pas répondu aux questions concernant l'image du corps.

2.2.8. Société (N=11)

Neuf adolescentes sur les onze interrogées pensent que dans la société française, la majorité des femmes choisissent l'allaitement artificiel. Les raisons évoquées par les adolescentes pour expliquer ce choix sont diverses. Charlotte pense que le manque d'information sur l'allaitement maternel peut entraîner le choix de l'allaitement artificiel : « *peut-être qu'ils ne savent pas que c'est meilleur* ». Emilie explique ce choix par la pudeur : « *ben je pense plus au niveau pudeur. Il y a beaucoup de personne qui oseront pas forcément* ». Fanny explique avoir vu que l'allaitement artificiel dans sa famille, donc elle pense que dans la société, c'est identique : « *pour moi, ma famille, c'est tous biberons donc les autres sont biberons aussi* ». Perrine voit également autour d'elle une majorité d'allaitement artificiel, elle pense donc que dans la société, il y a plus d'allaitement artificiel : « *après moi, comme je vois souvent des gens donner le biberon, pour moi c'est plus le biberon comme je vois pas vraiment de personnes donner le sein. Oui je pense que ce serait plus le biberon* ». Alice et Noémie ne savent pas pourquoi la majorité des femmes choisiraient l'allaitement artificiel selon elles. Romane, quant à elle, pense qu'une majorité de femmes choisissent l'allaitement artificiel car « *je pense qu'il y a certaines femmes qui disent que ça fait trop mal, d'autres qui disent qui auront pas le temps parce qu'ils travaillent, d'autres qui préfèrent le lait en poudre* ». Marie et Sophie pensent qu'il y a plus d'allaitement artificiel à cause d'échec d'allaitement maternel : « *toutes les femmes n'arrivent pas à allaiter* », « *ben en fait je me trompe, c'est d'abord le sein, et si la maman n'arrive pas à donner au sein, elle arrête, elle demande aux médecins pour avoir des cachets pour arrêter tout le lait qui sort et tout, et après donner au biberon* ».

Deux adolescentes pensent qu'il y a une majorité d'allaitement maternel dans la société. Victoire ne sait pas pourquoi : « *je sais qu'il y en a beaucoup quand même qui font le sein, mais sinon je ne sais pas pourquoi* ». Julie évoque les bénéfices de l'allaitement maternel : « *je sais pas, c'est mieux* ».

2.2.9. Vision de l'entourage

2.2.9.1. Le père du bébé (N=10)

Charlotte, Emilie et Sophie, qui ont choisi l'allaitement maternel pendant la grossesse, expliquent que les pères des enfants ont une vision positive de l'allaitement :

- Charlotte : « *il m'a dit « tu vas allaiter », j'ai dit « non », il m'a dit : « mais si, c'est bon, il y a tout plein de truc bon », j'ai dit « oui »* ». Elle explique que la mère de Monsieur lui en a parlé : « *c'est sa mère, elle lui en a parlé* », et qu'il a une vision assez négative de l'allaitement artificiel : « *il m'a dit qu'il aimait pas, que c'était pas le meilleur choix* ».
- Sophie : « *le papa, il a dit « oui il faut donner »* »
- Emilie : « *le papa il pense que c'est bien* »

Alice explique que le père du nouveau-né préfère l'allaitement artificiel : « *c'est lui, il préfère aussi comme ça il lui donne de temps en temps le biberon* ». Fanny explique ne pas avoir discuté de l'allaitement artificiel avec Monsieur, mais explique que pour l'allaitement maternel : « *non, bah lui il ne voulait pas donc, euh pour pas la mono, la monopoliser* ».

Perrine explique ne pas savoir ce que pense le père de l'enfant de l'allaitement artificiel et explique : « *je pense que lui aussi c'est pour le tabac de pas allaiter* », « *je pense que lui aussi n'a vu que du biberon dans sa famille il a déjà deux petits neveux et sa sœur a donné le biberon, pas de sein donc* ».

Le conjoint de Noémie était présent et a confié : « *ma mère elle a toujours donné le biberon* », « *ben le sein, c'est une complicité avec la mère* », « *moi tu m'en as parlé un peu puis moi comme j'ai dit c'est son choix* ».

Victoire, Romane, Julie déclarent de ne pas avoir discuté de l'alimentation de l'enfant avec le père de celui-ci : Romane dit « *on a pas trop parlé de chose comme ça quoi* ».

Dans le discours de Marie, le père de l'enfant est absent.

2.2.9.2. La famille de l'adolescente (N=11)

Cinq adolescentes évoquent le fait que dans leurs familles, il y a une majorité d'allaitement artificiel. Alice explique que : « *on ne parle pas de l'allaitement. On parle plus de biberon parce que toute ma famille donne le biberon* ». Emilie dit que dans sa famille, l'allaitement artificiel est choisi en majorité : « *je pense que c'est plus au niveau pudeur* ». Fanny déclare : « *pour nous, c'est normal en fait, on a tous, tous biberon jamais été allaité* ». Noémie évoque également sa famille en ces termes : « *toute ma famille a donné le biberon* », et Perrine explique : « *c'est surtout que moi dans ma famille tout le monde a donné le biberon, j'ai jamais... comme mes cousines ont eu plusieurs enfants elles ont jamais donné le sein, elles ont donné le biberon. Donc donner le sein ...voilà* ». Romane explique que dans sa famille, il y a une majorité d'allaitement maternel : « *c'est comme ça dans la famille, ça tout le temps était comme ça, c'est moi qui ai pas voulu* ». Alice explique également qu'une de ses amies allaite son enfant et lui a dit : « *elle me dit elle est trop fatiguée* ».

Dix adolescentes expliquent avoir été allaitées artificiellement par leur mère. Victoire, Perrine, Marie, Charlotte et Alice ne savent pas pourquoi leur mère a fait ce choix. Emilie explique que « *ben l'allaitement, elle s'était même pas posée la question c'était non tout de suite, je ne sais pas pourquoi. Je pense que c'est pas, peut-être au niveau pudique et tout ça* ». Noémie explique que sa mère a choisi l'allaitement artificiel pour elle car : « *c'est sur, parce que j'étais prématurée donc peut-être elle a préféré me donner le biberon, à 7 mois* », « *peut-être parce que elle le faisait avec les autres avant, je ne lui ai pas vraiment posé la question* ». Sophie et Julie ne sont pas sûres d'avoir été nourries au biberon de lait artificiel. Fanny explique le choix de sa mère par le fait que dans sa famille, la norme est l'allaitement artificiel. Romane est la seule adolescente à avoir été allaitée. Elle explique le choix de sa mère par : « *ma maman m'a nourri au sein : parce qu'elle trouve que c'est mieux heu, ben déjà elle avait arrêté la cigarette pendant la grossesse, elle trouve que c'est mieux, c'est maternel* ».

Fanny, Julie, Marie, Noémie, et Perrine déclarent ne pas savoir ce que leurs familles pensent de l'alimentation du nouveau-né. Alice explique en avoir discuté avec ses parents : « *Ma mère, elle m'a plus conseillé le lolo et mon père aussi parce que je fume beaucoup* ». Charlotte explique que ses parents au sujet de l'allaitement maternel : « *que c'est rare que ..., bah ils ne savaient pas que j'allais le faire* », et au sujet de l'allaitement artificiel : « *ils pensent que c'est pareil. Il ne savent pas trop* ». Emilie explique avoir parlé de l'allaitement maternel avec sa mère : « *Ma mère elle disait « ben ouais il faut voir si t'as du lait » et tout, mais après tout le monde en a c'est juste qu'après il faut bien mettre à la tétée pour que le lait qui se fasse. Et puis voilà* ». Romane déclare avoir discuté avec sa mère de l'alimentation de son enfant : « *elle m'a juste dit si tu veux l'allaiter, arrête la cigarette, dans ce cas, l'allaites pas* », elle a pu parlé de l'allaitement artificiel : « *j'en ai parlé avec ma mère quand on est allé acheter des biberons, elle m'a dit de ne pas prendre des biberons en plastique* ». Romane explique que sa famille, au sujet de l'allaitement maternel : « *ben ils en pensent que du bien (...) toutes les personnes que je connais disent que c'est bien l'allaitement maternel* ». Sophie dit avoir discuté d'allaitement maternel avec sa famille : « *ils m'ont dit ben ma famille ils m'ont dit ma mère aussi, ils m'ont dit c'est bien il faut donner aux seins parce que c'est pour ton bien et pour pas avoir tout .. ; euh tout ...* ». Elle en a également discuté avec sa belle-sœur qui allaite : « *elle m'a expliqué aussi que c'est bien pour le sein, elle m'a expliqué comment elle allaitait* ». Au sujet de l'allaitement artificiel : « *ils m'ont dit ben c'est bien aussi de donner le biberon mais ils ont dit plus pour le sein* » Sophie explique également que sa mère est enceinte au moment de l'entretien et va essayer de donner le sein. Victoire explique avoir reçu des informations de son entourage (famille et collègues) : « *j'ai entendu des gens qui disaient que c'est pas très bon (de fumer et allaiter) ou que sinon fallait attendre 2 heures avant de refumer ou 2h avant la tétée* ».

2.2.9.3. Les professionnels de santé (N=11)

Sept adolescentes déclarent que les professionnels de santé leur ont demandé quel mode d'alimentation elles choisissaient. Il s'agit de Fanny, Julie, Noémie, Perrine, Romane, Sophie et Victoire.

Par exemple, Fanny explique : « *bah ils m'ont juste demandé ce que je voulais faire, si c'était ça ou le biberon, et j'ai dit le biberon donc euh.. on en a pas reparlé* ». Romane cite une discussion avec le gynécologue-obstétricien qui a suivi la grossesse : « *ils m'ont juste dit « est ce que vous allaitez », j'ai dit « non » « pourquoi » « parce que je fume » « ben faut arrêter » c'est tout* ». Julie quant à elle, déclare : « *ben on m'en a parlé que seulement que une fois que j'ai accouché c'est tout (...) ben ils m'ont demandé si je préférerais l'allaitement ou donner le biberon* ».

Sophie a reçu quelques informations par la sage-femme de la Protection Maternelle et Infantile : « *elle m'a expliqué aussi côté comment allaiter mais après je m'en rappelle plus* ». Romane a reçu également des informations spécifiques au tabac : « *j'avais vu une fois il y a une sage-femme qui était venue à la maison et elle m'avait dit que j'aurais pu allaiter, ça aurait pas forcément poser de problèmes* ». Marie a reçu des informations au moment de l'accouchement : « *ben la dame, une sage-femme qui est venue hier* », « *c'est pas un sujet que j'ai abordé avec les sages-femmes et tout* », « *on m'a dit qu'allaiter c'était un tout, fallait bien dormir, fallait pas être trop stressée pour arriver à allaiter* ». Alice déclare avoir posé la question d'un allaitement mixte : « *ben quand j'ai accouché, j'ai demandé de faire un biberon sur 2 au début pour voir si on pouvait mais on m'a dit non. C'est soit biberon, soit allaitement on m'a dit* ».

Charlotte et Emilie, qui allaitent leur enfant, ont également reçue des informations de la part des professionnels. Charlotte explique ce qu'on lui a expliqué : « *que c'était meilleur aussi et que c'était bien que je faisais ça* », « *ils m'ont dit que je devais arrêter un petit moment pour mettre un implant et qu'après je pouvais recommencer* ». Emilie a assisté à un cours d'allaitement, et explique que : « *quand ils savent que je voulais allaiter ils m'ont encouragé* ».

2.2.9.4. Renseignements personnels (N=4)

Même si cela ne faisait pas partie du guide d'entretien, trois adolescentes ont spontanément expliqué s'être renseignées via internet : Victoire : « *des sites ou qui parle des mamans qui en parlait* », Sophie : « *j'ai regardé sur internet* », Fanny : « *j'ai lu sur des forums sur internet qu'il disait tous que c'était mieux au sein qu'au biberon* ». Noémie, quant à elle, a lu les livres contenu dans « Mon Dossier Maternité » : « *j'ai lu les petits livres qu'il y avait dans la boîte* ».

TROISIÈME PARTIE :

Analyse et Discussion

3. TROISIÈME PARTIE

3.1.LIMITES ET POINTS FORTS

3.1.1. Limites

L'étude contient onze entretiens, ce qui ne permet pas la généralisation des résultats. On peut noter un biais de sélection, car les adolescentes étaient recrutées en fonction de la date de leur consultation prénatale qui devait coïncider avec les moments où je pouvais me déplacer. Cela a été impossible pour trois adolescentes ou un membre du personnel du centre hospitalier leur a proposé l'étude pour moi. De plus, lorsque l'autorisation parentale était distribuée au moment du premier contact en consultation prénatale, elle n'était pas toujours signée lors de la visite en Suites de Naissance, ce qui imposait un double déplacement. De surcroît, deux adolescentes recrutées en consultation prénatale ont été perdues de vue soit la note laissée dans le dossier demandant l'appel après l'accouchement s'est perdue, ou l'équipe obstétricale n'a pas appelée. Tout cela entraîne un biais de sélection important.

Les entretiens ayant lieu en Suites de Naissance, les patientes interrogées n'étaient pas forcément très disponibles psychologiquement pour l'entretien. Cependant, cela paraît être le meilleur moment pour discuter du sujet, car certaines ont choisi le mode d'alimentation de leur nouveau-né dans les derniers jours de grossesse ; il est donc impossible de réaliser ces entretiens pendant la grossesse. Et les réaliser à distance, cela paraît compliqué car le mode d'alimentation a pu changer (l'allaitement maternel a pu être arrêté), et les informations reçues pendant la grossesse ont pu être oubliées.

De plus, les entretiens ayant lieu en suites de Naissance, cinq entretiens ont été interrompus soit par l'équipe pour trois d'entre eux (avec Charlotte, Emilie, et Noémie) ; soit par la famille pour l'entretien avec Sophie, soit par le portable de la jeune femme qui sonne pour deux entretiens (avec Charlotte, et Romane). Pour deux des entretiens, le père de l'enfant était présent ce qui a pu influencer le discours de la jeune femme.

Certaines jeunes femmes n'ont pas répondu à certaines questions, elle répondait quelque chose qui n'avait aucun lien avec la question posée, ce qui entraîne un biais important.

3.1.2. Points forts

Le guide d'entretien est constitué d'une majorité de questions ouvertes. Cela permettait aux adolescentes, en majorité peu loquaces, de s'exprimer librement. Si elle n'y arrivait pas, notamment sur les questions concernant les connaissances sur l'allaitement maternel et artificiel, je me détachais de ce guide d'entretien pour poser des questions moins ouvertes (par exemple : à quel rythme donne t'on le biberon/le sein ?, comment prépare-t'on un biberon ?). Le guide d'entretien était un support afin de ne pas oublier certaines questions, mais les entretiens se sont plus déroulés comme une discussion. De plus, le

parallèle entre les questions sur l'allaitement maternel et l'allaitement artificiel permet une comparaison objective entre les connaissances, les pensées des jeunes femmes sur ces thèmes.

Les entretiens durant en moyenne trente minutes, c'était la durée nécessaire afin de mettre les jeunes femmes en confiance afin de recueillir les informations recherchées.

Globalement, les adolescentes se sont montrées très motivées pour participer à l'étude, sans doute du fait que l'étude s'intéresse aux motivations du choix, ce qui n'est pas souvent abordé pendant la grossesse.

De plus, l'étude s'intéressant aux déterminants du choix du mode d'alimentation des nouveau-nés dans une population spécifique, chez les mères adolescentes, peu de littérature sur le sujet a été retrouvée. Le choix a été fait de s'intéresser à tous les déterminants, ce qui peut sembler une limite, mais permet d'avoir une vision globale sur les motivations du choix.

3.2. ANALYSE

3.2.1. Hypothèse n°1 : le manque d'information sur l'allaitement maternel entraîne le choix de l'alimentation artificielle

Concernant l'allaitement maternel :

Quatre adolescentes ont évoqué pendant les entretiens, l'allaitement à la demande, dont deux ayant choisi l'allaitement maternel pour leur enfant. Sept ont évoqué les bénéfices pour l'enfant avec des mots comme « meilleur », « bon ». Emilie évoque le fait que « ça diminue les risques d'infection, d'allergie ». Une adolescente, qui a choisi l'allaitement maternel, explique que l'allaitement maternel protège contre le cancer du sein. Celle-ci explique également la composition du lait maternel, qui est évoquée également par Perrine, ayant choisi l'allaitement artificiel pour son enfant. Parmi les avantages cités, trois adolescentes évoquent les avantages pour l'enfant : « meilleur », « vitamines », « diminue les risques », l'une d'entre elles ajoute la relation que cela apporte avec l'enfant. Ces trois adolescentes sont Charlotte et Emilie, ayant choisi l'allaitement maternel, et Romane, qui a une vision très positive de ce mode d'alimentation. Deux adolescentes, ayant choisi l'allaitement artificiel, évoquent le temps de préparation diminué par rapport à la préparation des biberons. Cinq adolescentes déclarent ne pas savoir quels sont les avantages de l'allaitement maternel. Concernant les inconvénients, six adolescentes déclarent ne pas savoir quels sont t'ils, deux adolescentes évoquent l'allaitement en public, deux évoquent la douleur, une l'allaitement à la demande, Perrine pense qu'il n'y a pas d'inconvénients.

En conclusion, les adolescentes ayant le plus de connaissances sur l'allaitement maternel sont celles ayant choisi ce mode d'alimentation pour leur nouveau-né. Mais une grande partie des adolescentes de l'échantillon connaissent les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant.

Concernant l'allaitement artificiel :

Huit adolescentes expliquent le rythme d'alimentation (toutes les trois heures), et quatre évoquent le fait que les biberons peuvent être différés. Huit adolescentes expliquent la préparation du biberon, dont une avec des erreurs, celle-ci a choisi l'allaitement artificiel pour son enfant. Quatre adolescentes expliquent comment tenir l'enfant et donner le biberon. Concernant les avantages, Alice et Charlotte évoquent le fait de nourrir l'enfant à l'extérieur de la maison. Dans le même esprit, Emilie explique : « *bah pour les personnes qui sont pudiques ben, qui sont pudiques, ben voilà c'est mieux* ». Celle-ci évoque également la régularité des biberons. Victoire explique que, pour elle, l'avantage est « *ben on sait quand il a fini* ». Noémie explique que le « *lait est déjà fait* », et Romane que le biberon est simple à donner contrairement à l'utilisation d'autre objet. Cinq adolescentes déclarent ne pas savoir quels sont les avantages de l'alimentation artificielle. Concernant les inconvénients, la préparation du biberon est évoquée par deux adolescentes, dont une allaitante ; le nettoyage est évoqué par Charlotte. Emilie, quant à elle, en plus de la préparation, évoque le coût financier de l'alimentation artificiel, et le transport des biberons. Il est intéressant de remarquer que pour deux adolescentes, l'allaitement artificiel est un avantage en dehors de la maison, alors que pour une autre, le transport des biberons est un inconvénient. Victoire pense qu'il n'y a pas d'inconvénients à l'allaitement artificiel, et Romane pense que tenir le biberon en est un. Quatre adolescentes déclarent ne pas savoir s'il y a des inconvénients, et deux n'ont pas répondu à la question.

On peut remarquer qu'il y a peu de réflexion sur les avantages et inconvénients des modes d'alimentation. Cela reflète le manque d'anticipation des jeunes femmes sur le moyen d'alimenter leur enfant. Le manque d'anticipation est une caractéristique de la population interrogée d'après Wendland et al. (35).

Même si les adolescentes connaissent les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant, les entretiens nous font remarquer qu'elles ont plus de connaissances pratiques sur l'allaitement artificiel. Il existe donc un manque de connaissances sur la pratique de l'allaitement maternel dans notre échantillon. En effet, seules les adolescentes allaitantes ont ces connaissances.

En conclusion, **l'hypothèse n°1 est validée dans notre échantillon.**

3.2.2. Hypothèse n°2 : L'entourage de l'adolescente l'oriente vers l'allaitement artificiel.

Le père de l'enfant :

Les pères des enfants étaient tous présents. Les adolescentes allaitantes expliquaient qu'ils étaient tous favorables à l'allaitement maternel même si Emilie nuance avec : « *après par rapport au papa, c'est*

plus compliqué que le biberon parce que il peut pas participer ». Charlotte explique que le père de son enfant a eu une forte influence sur sa décision d'allaiter son enfant.

En ce qui concerne les adolescentes ayant choisi l'allaitement artificiel, trois adolescentes ne les ont pas consulté pour prendre la décision du mode d'alimentation. Le conjoint de Noémie lui a laissé le choix. Alice et Fanny expliquent que leur conjoint voulait l'allaitement artificiel pour pouvoir nourrir eux aussi l'enfant, et Perrine explique que son conjoint partageait sa crainte concernant l'allaitement maternel et le tabac.

En conclusion, dans l'échantillon, **l'avis du père paraît être un déterminant majeur dans le choix de l'allaitement maternel**, tandis qu'il paraît moins importante dans le choix de l'allaitement artificiel, sauf si le père exprime qu'il souhaite participer à l'alimentation de son enfant.

La famille de l'adolescente :

Cinq adolescentes sur les onze interrogées ont déclarées que dans leur famille, il y a une majorité d'allaitement artificiel, et parmi ces cinq adolescentes, quatre ont également choisi ce mode d'alimentation pour leur enfant. Noémie explique : *« toute ma famille a donné le biberon, donc j'ai peut-être voulu suivre pour faire pareil en fait »*, ce qui montre bien la place importante de la norme familiale dans sa décision d'allaitement artificiel pour son enfant. Emilie, ayant choisi l'allaitement maternel malgré cette majorité familiale, explique que seule sa tante a allaité. Elle a pu discuter d'allaitement maternel avec sa mère qui lui aurait dit : *« Ma mère elle disait « ben oué il faut voir si t'a du lait » et tout, mais après tout le monde en a c'est juste qu'après il faut bien mettre à la tétée pour que le lait qui se fasse. Et puis voilà »*. Ce contraste entre ce que sa mère lui aurait dit, et ce qu'elle en a pensé montre que Emilie s'est détachée des informations reçues par sa mère afin de prendre sa décision d'allaitement maternel. Parmi les deux autres adolescentes allaitantes, Sophie explique avoir été soutenue par sa famille dans son choix initial d'allaitement maternel, et l'avoir choisi lorsqu'elle a vu sa belle-soeur allaiter, et Charlotte a choisi l'allaitement maternel malgré le fait que sa famille ne soit pas au courant des bienfaits de celui-ci : *« ils pensent que c'est pareil. Il ne savent pas trop »*.

On peut remarquer aussi un rôle important de la famille dans le choix de l'alimentation artificiel lorsque la jeune-femme fume, notamment chez Alice, Romane et Victoire (trois adolescentes sur les six consommant du tabac). Romane est la seule adolescente qui explique que dans sa famille, il y a une majorité d'allaitement maternel, et qu'il y a eu une forte influence pour elle de son entourage lui disant qu'une femme qui fume ne peut pas allaiter : *« ben des collègues, des personnes qui en parlait pareil comme le gynéco, ben « tu fumes », « ben oui », « ben t'arrêtes pas », « ben non », on en revient tout le temps au même, mais c'est de la famille, une arrière grand-mère, un collègue, une amie »*.

Victoire et Marie expliquent toutes les deux avoir choisi l'allaitement artificiel lorsqu'elles ont vu leurs mères le choisir. Pour illustration, Victoire explique avoir pris sa décision *« bah depuis ce temps où j'ai vu ma mère donner le biberon à ses enfants, c'était, j'avais euh 13 ans je crois »*.

En conclusion, neuf adolescentes ont pris en compte l'avis explicite ou implicite de leur famille. La famille serait donc un déterminant majeur dans la prise de décision du mode d'alimentation du nouveau-né. **Dans notre échantillon, les familles ont été des moteurs dans le choix de l'allaitement artificiel par les adolescentes, et assez peu soutenant dans le choix de l'allaitement maternel de Charlotte et Emilie.**

Les professionnels de santé :

Charlotte et Emilie expliquent que les professionnels de santé se sont montrés soutenant vis-à-vis de leur choix d'allaiter leur enfant. Tandis que pour Sophie, on peut se demander au vue de son discours si la décision de passer à l'allaitement artificiel vient d'elle ou de l'équipe soignante : *« bah après quand ils ont vu que j'étais stressée, du coup j'étais en panique, et j'ai arrêté, ils m'ont dit d'arrêter, et j'ai arrêté, parce que c'est pas bon si je continue à donner le sein, le bébé, il boit pas, il peut, il m'a dit manquer de sucre »*.

Sept des onze jeunes femmes interrogées expliquent que les professionnels de santé leur ont juste demandé le mode d'alimentation choisi sans s'intéresser aux motivations de ce choix. S'intéresser à ces motivations ne nous permettrait pas d'améliorer les taux d'initiation d'allaitement maternel et de poursuite dans la jeune population ?

On peut également se demander aussi dans le discours de certaines jeunes femmes si les informations des professionnels de santé sont bien comprises ou si il n'y a pas des erreurs dans les informations transmises : Romane explique que le gynécologue-obstétricien qui a suivi sa grossesse lui aurait dit d'arrêter de fumer afin de pouvoir allaiter, Charlotte explique, quant à elle : *« ils m'ont dit que je devais arrêter un petit moment pour mettre un implant et qu'après je pouvais recommencer »*. De plus, certaines informations délivrées ont fait *« peur »* à une adolescente. En effet, Marie explique *« si j'aurais vraiment voulu allaiter et j'aurais pas arrivé, j'aurais été déçue, donc je me suis dit je vais pas prendre le risque et lui donner le biberon »*.

Quatre adolescentes expliquent spontanément ne pas oser poser leurs questions aux professionnels de santé. Sophie explique que : *« ils m'ont dit que si « vous avez des questions vous les posez », ben moi j'ose pas parce que je suis trop timide »*. Alice, au sujet de l'allaitement maternel et le tabac, explique que c'est sa mère qui a posé la question. Perrine déclare également : *« je suis une personne qui demande pas souvent les choses »*. Julie explique qu'elle n'a pas pensé à poser la question de l'allaitement et du tabac aux professionnels. Cela pose question : Sommes-nous vraiment accessible pour la jeune génération ?

Les trois adolescentes ayant choisi l'allaitement maternel pour leur enfant pendant la grossesse sont les trois adolescentes ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Est-ce le fait du hasard ou la préparation à la naissance a une influence positive dans le choix de l'allaitement maternel ? L'échantillon est trop petit pour répondre à cette interrogation.

En conclusion, les professionnels de santé paraissent avoir un rôle important à jouer dans l'aide à la prise de décision du mode d'alimentation du nouveau-né.

La société française :

Les adolescentes, allaitantes ou non, pensent pour neuf d'entre elles, que dans la société française, la majorité des enfants sont allaités artificiellement pour des raisons diverses (manque d'information, pudeur, douleur, travail, échec d'allaitement...). Les deux adolescentes qui pensent que l'allaitement maternel est majoritaire, sont deux adolescentes ayant choisi l'allaitement artificiel. Aucune adolescente n'a exprimé l'influence que cela a pu avoir sur leur décision.

En conclusion, le fait de penser, à tort, que l'allaitement artificiel est majoritaire en France n'a pas d'influence sur le choix de ce mode d'alimentation par la jeune femme.

En définitive, au sein de l'environnement proche de l'adolescente, le père de l'enfant est un élément moteur pour le choix de l'allaitement maternel, tandis que la famille est plutôt un frein à l'allaitement maternel. Cela s'explique probablement par le fait que l'allaitement artificiel était la norme de la génération précédente (5), tandis qu'aujourd'hui, de part les politiques de santé publique, cette norme s'inverse(6).

L'hypothèse n°2 est donc validée concernant la famille de l'enfant, et invalidée concernant le père de l'enfant et la société. L'étude ne permet pas de se positionner concernant les professionnels de santé.

3.2.3. Hypothèse n°3 : Le mode de vie de l'adolescente conduit vers le choix de l'allaitement artificiel.

Au sujet du tabac

Sur les six adolescentes présentant un tabagisme actif pendant la grossesse, Charlotte allaite son enfant et quatre expliquent que si elles n'avaient pas fumé, elles auraient choisi l'allaitement maternel pour leur enfant. Quatre ont reçues l'information comme quoi une femme fumeuse peut allaiter. Alice avoue que cette information l'a « *choquée* ». Parmi ces six adolescentes, trois ne souhaitaient pas arrêter, et trois ont essayé mais non pas réussi. De la substitution nicotinique par patch a été proposée à l'une d'entre elle mais elle l'a refusé : « *dans ma famille, tout ceux qui ont mis des patch en fait se sont retrouvés à l'hôpital sous oxygène ... donc j'ai pas voulu les mettre* ». Une consultation avec un tabacologue a été proposé à Perrine mais : « *je me suis dit comme dans un mois j'accouche, je me suis dit ça sert à rien d'arrêter maintenant, et après la grossesse je vais reprendre comme mon copain y fume* ». La troisième n'en a pas parlé à un professionnel de santé. Julie explique qu'elle aurait souhaité une information spécifique sur allaitement maternel et tabac pendant la grossesse.

En conclusion, dans notre échantillon, le tabac a une forte influence dans le refus d'allaitement maternel.

Statut professionnel

Charlotte et Emilie ont choisi l'allaitement maternel. Elles sont toutes les deux étudiantes et ont anticipé le retour à l'école par l'achat d'un tire-lait pour Charlotte (baccalauréat professionnel filière propreté, santé, hygiène), et des informations reçues en séance d'allaitement sur le tire-lait et la conservation du lait pour Emilie (Baccalauréat ST2S). Sophie, qui avait initialement choisi l'allaitement maternel, est actuellement à la recherche d'un emploi et a arrêté ses études il y a un an. Elle était en Section d'enseignement général et professionnel adapté.

Marie et Fanny font au moment des entretiens une pause dans leur études, et vont reprendre des BEP à la rentrée scolaire 2016 (coiffure, et une mention complémentaire de barmaid). Les sept autres adolescentes sont à la recherche d'un emploi, et ont arrêté leurs études. Deux adolescentes ont fait des formations après l'arrêt d'étude : Perrine a fait une formation dans la vente, Romane a fait un contrat de professionnalisation comme hôtesse de caisse pendant la grossesse

En conclusion, le faible niveau d'étude oriente probablement le choix du mode d'alimentation du nouveau-né vers l'allaitement artificiel, mais l'échantillon est trop petit pour pouvoir l'affirmer.

Finance

Emilie est la seule adolescente à avoir trouvé un avantage financier à l'allaitement maternel. En conclusion, **cela influence probablement la décision mais ce ne serait pas un critère majeur, l'échantillon est trop petit pour pouvoir l'affirmer.**

Lieux d'habitation

Les trois adolescentes ayant choisi l'allaitement maternel vivent chez leurs parents. Cela est-ce du au hasard ou est-ce une influence positive dans le choix de l'allaitement maternel ? L'échantillon est trop petit pour y répondre.

En conclusion : le mode de vie de l'adolescente notamment la consommation de tabac et le faible niveau d'étude jouerait un rôle important dans le choix de l'allaitement artificiel. **L'hypothèse n°3 est donc validée.**

3.2.4. Hypothèse n°4 : La pudeur de l'adolescente et ses représentations corporelles entraîne le choix de l'allaitement artificiel.

Sur les dix adolescentes ayant répondu aux questions concernant l'image du corps, la majorité (sept sur dix) ont affirmé s'être sentie « *bien* » pendant l'adolescence. Deux ont expliqué être complexée par leur poitrine dont Emilie, qui allaite son enfant, et Alice. Noémie a un rapport complexe avec son corps et explique « *c'est peut-être pour ça aussi que je ne veux pas donner* ». Neuf des dix adolescentes interrogées expliquent s'être sentie bien pendant la grossesse avec des mots tels que « *bien* », ou « *ça m'a pas dérangé* ». Seule Fanny n'a pas bien vécu sa grossesse au niveau corporel, elle l'exprime avec les mots « *grosse* », « *énorme* », « *moche* », et « *horrible* ». Concernant les fonctions du sein, cinq évoquent « *l'allaitement* », une la fonction érotique du sein en plus de celle d'allaitement.

Huit adolescentes sur dix se décrivent comme « *pudique* ». Alice explique la forte influence que la pudeur a eu sur son choix d'allaitement artificiel pour son enfant : « *C'est dans la rue, ou bien si j'ai quelqu'un chez moi, et que je dois donner le sein, je peux pas, même si on doit cacher, je ne peux pas, ça me bloque* ». Elle explique être pudique et dit : « *je peux pas faire montrer mes seins* ». Elle explique être complexée par ses seins qu'elle trouve « *trop gros* ». Victoire se décrit également comme « *pudique* » et explique au sujet de l'allaitement maternel, qu'elle ne se voit pas donner le sein si il y a des personnes autour : « *devant tout le monde, je peux pas* ». Elle explique que cela a été une forte influence pour elle. Marie explique que pour elle, l'allaitement en public peut être « *choquant* » et explique à ce sujet « *moi, j'aime pas* ». Pour Romane, Fanny, et Julie, elle affirme que la pudeur n'a pas influencé leur décision. Les jeunes femmes ayant au contraire choisi l'allaitement maternel tout en étant pudique expliquent que ça n'a pas été une influence majeure : Emilie parle beaucoup de la pudeur comme motif du refus d'allaitement, pour sa mère, sa famille, et la société. Elle se décrit comme quelqu'un de pudique mais a choisi l'allaitement maternel, cela ne l'a pas influencé. Et Charlotte explique qu'il est compliqué pour elle de donner le sein devant sa famille mais elle a anticipé le problème : « *ils m'ont dit d'aller dans une salle à part, ou mettre un truc pour cacher* ».

Perrine et Romane ne se décrivent pas comme pudiques.

En conclusion, globalement la pudeur n'a pas une influence majeure dans le choix du mode d'alimentation. Cela oriente la jeune femme vers l'allaitement artificiel si elle a au départ un rapport compliqué avec son corps.

Donc l'hypothèse n°4 est partiellement validée.

3.2.5. Hypothèse n°5 : Ses représentations positives de l'allaitement maternel l'orientent vers ce mode d'alimentation pour son enfant.

Cinq adolescentes sur les dix ayant répondu ont une vision positive de l'allaitement maternel. Il s'agit de Marie, Perrine, Romane, Julie et Fanny. Les raisons évoquées sont le contact avec l'enfant et les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant. Elles ont toutes choisi l'allaitement artificiel.

Noémie a une vision négative de l'allaitement maternel. Elle exprime « *ben ça me fait bizarre que elle, elle veut donner le sein puis moi non* », « *le biberon, il existe, c'est vrai que si il existait pas, on serait obligé de donner le sein donc...* ». On peut donc comprendre grâce à ses paroles que pour elle, la modernité est de choisir l'allaitement artificiel.

Les quatre autres adolescentes ont une vision entre positive et négative. Victoire explique qu'elle trouve l'allaitement maternel : « *bien pour des mamans non fumeuses et qui ont de la patience de faire ça* », et « *je ne me vois pas la force de donner le sein en fait* ». Alice a une vision positive de l'allaitement maternel vis-à-vis du contact avec l'enfant, mais une vision négative au sujet de la fatigue que cela engendrerait. Charlotte a une vision positive due au contact avec l'enfant mais exprimait des craintes pendant la grossesse au sujet de la qualité de son lait du fait de son jeune âge. Et Emilie a une vision assez négative après l'accouchement du fait de l'allaitement à la demande : « *c'est plus dur que je ne le pensais* ».

En conclusion, la vision positive de l'allaitement maternel n'oriente pas vers ce mode d'alimentation.

Concernant l'allaitement artificiel, Emilie a une vision assez négative : « *je pensais que c'était de l'argent, ben l'argent qu'on pouvait mettre ailleurs comme du lait, on peut en avoir gratuitement* ».

Victoire, Sophie, Marie et Noémie, soit quatre adolescentes sur dix, ont une vision positive de l'allaitement artificiel. Le mot « *bien* » est retrouvé dans le discours de Victoire, Sophie et Marie. Noémie explique que « *ça fait plaisir de le voir boire* ». Victoire et Fanny évoquent la notion de doses, Victoire explique « *ben on sait combien il prend* ». Fanny nuance sa vision avec le fait qu'elle trouve ça « *moins pratique que le sein déjà* » vis-à-vis de la préparation des biberons.

Perrine pense que « *donner le sein ou le biberon c'est un peu pareil* », ce qui montre qu'elle n'a ni une vision positive, ni une vision négative de l'allaitement artificiel.

Romane, Charlotte et Julie ne savent pas ce qu'elle en pense.

En conclusion, une vision positive de l'allaitement artificiel orienterait vers ce mode d'alimentation, mais l'échantillon est trop petit pour pouvoir l'affirmer.

En définitive, une vision positive de l'allaitement maternel n'orienterait pas vers ce mode d'alimentation pour l'enfant ; et la vision positive de l'allaitement artificiel orienterait vers ce mode d'alimentation mais ne serait pas un critère majeur.

Donc, l'hypothèse n°5 n'est pas validée.

3.3.DISCUSION ET PROPOSITIONS

3.3.1. Comparaison avec d'autres études

Peu d'études évoquent le choix du mode d'alimentation des nouveau-nés par les mères adolescentes, la comparaison s'est donc fait avec des études chez les mères de tout âge. Concernant l'influence du père de l'enfant et de la famille, notre étude est en accord avec l'étude de A.A. Chantry et al. (51) mais se contredisent au sujet du rôle du professionnel de santé. L'influence du père dans le choix du mode d'alimentation est également évoquée dans les études de I. Capponi et al. et de A. Pisacane et al. (7,18). Dans notre étude, plus de la moitié des adolescentes connaissaient l'existence d'effets bénéfiques de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant, et six évoquaient la relation avec l'enfant. Cela semble avoir eu une influence pour deux des trois adolescentes allaitantes. Cela ne paraît pas avoir été un facteur majeur dans le choix du mode d'alimentation pour les adolescentes de notre étude, ce qui contredit l'étude de A.A. Chantry et al. (51). La relation avec l'enfant est également citée dans l'étude de I. Capponi et al. (7) comme mise en avant par les mères allaitantes, ce que l'on retrouve dans notre étude. L'étude de V. Walburg et al. (17) a montré que les femmes françaises connaissent les bénéfices pour la santé de l'enfant, mais pas pour la santé de la mère, ce qui se confirme avec notre étude (seule une adolescente a évoqué la protection contre le cancer du sein). Cette étude (17) montre également que les Françaises accordent de l'importance aux interdits de l'allaitement comme le tabac, et aux inconvénients comme la fatigue, ce qui est retrouvé dans notre étude, avec le nombre important de refus d'allaitement ayant pour cause le tabagisme actif de la jeune mère, la fatigue évoquée par Alice, et l'alimentation évoquée par Perrine. L'allaitement en public évoqué négativement par cinq adolescentes est également évoqués dans l'étude de I. Capponi (7). Donc globalement, les adolescentes ont les mêmes influences que les femmes de tout âge concernant le choix du mode d'alimentation du nouveau-né.

Une étude canadienne (52) a été retrouvée citant trois autres études (53–55) explique que chez la mère adolescente, le choix du mode d'alimentation dépend de facteurs sociodémographiques (comme l'âge, la scolarité ...). Le refus de l'allaitement maternel peut être également le fait du manque de connaissance, une opinion négative de la grossesse, et le manque de soutien de l'entourage au sujet de l'allaitement maternel (53,54). Tout cela est en accord avec les résultats de notre étude.

3.3.2. Propositions

3.3.2.1. Trouver un moyen de faire passer les informations efficacement

Afin d'augmenter les taux d'allaitement maternel, conformément aux recommandations actuelle, dans la population des mères adolescentes, il faudrait inciter les jeunes femmes à participer à la préparation à la naissance et à la parentalité. Dans ces séances collectives, on peut imaginer qu'au milieu de groupes de femmes d'origine diverses et variées, d'âge différent, on peut aisément comprendre qu'elles peuvent ne pas se sentir à l'aise. Il faudrait, au temps que possible, leur proposer des séances

individuelles afin de libérer l'expression de ces jeunes femmes, la sage-femme de Protection Maternelle et Infantile est une interlocutrice privilégiée dans cette situation. Plusieurs femmes ont dit au cours des entretiens : « *je suis une personne qui demande pas souvent les choses surtout à pas parler facilement aux gens donc c'est ça pour ça, j'ai pas posé de questions* » ou « *ils m'ont dit que « si vous avez des questions vous les posez » ben moi j'ose pas parce que je suis trop timide* ». L'étude de Flemming(52) aboutit à la rédaction de recommandations par l'équipe de recherche : « une augmentation des taux d'allaitement peut être obtenue et maintenue par l'intermédiaire de la participation des mères de ces adolescentes aux cours prénataux et de l'offre d'un soutien prospectif de l'allaitement tenant compte des préoccupations propres aux adolescents ». Cela vient appuyer notre proposition de préparation spécifique et adaptée pour les futurs parents adolescents.

De plus, il apparaît nécessaire que nos moyens de communication doivent être adaptés aux jeunes âges de ces mères. Nous pourrions utiliser une bande dessinée abordant les principales croyances populaires (comme le tabagisme, les bénéfices pour la mère et l'enfant de l'allaitement maternel, comment pallier à la pudeur pour allaiter ...). Celle-ci pourrait être utilisée aussi bien dans le cadre d'une information pendant la grossesse, mais aussi dans le cadre de la scolarité, afin d'informer les plus jeunes en amont des grossesses. Elle permettrait également d'informer le futur père, celui-ci étant moteur dans le choix de l'allaitement maternel. Plusieurs adolescentes ayant évoqué la prise de décision antérieure à la grossesse, il apparaît donc nécessaire d'une information en amont de la grossesse. Cela concorde donc avec les recommandations trouvées dans l'article de A.A. Chantry et al. (51). Cette information pourrait se faire dans le cadre de la scolarité des enfants, ce qui est en accord avec les propositions du rapport du Professeur Turck et al. (56).

3.3.2.2. Communiquer sur le tabac et l'allaitement maternel

Le tabagisme actif de la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel. Il est recommandé l'utilisation de substitut nicotinique pendant l'allaitement, ou alors d'attendre deux heures avant de remettre l'enfant au sein après la consommation de tabac (57). Ces recommandations sont connues des jeunes femmes de l'échantillon, pourtant elles expriment encore des craintes concernant l'usage de tabac durant l'allaitement. Une information spécifique au sujet du tabagisme pendant l'allaitement maternel apparaît donc nécessaire, ainsi qu'une aide au sevrage tabagique. Cette information apparaît comme d'autant plus nécessaire si le sevrage tabagique est refusé et soldé par un échec. Bonnin et al. expliquent que la dépendance aux substances psychoactives fait partie des objectifs dans lesquels il doit y avoir une éducation à la santé (58).

3.3.2.3. Recherches complémentaires

Notre étude s'inscrivant dans un corpus d'étude au sujet du choix du mode d'alimentation se spécifiant assez peu sur les mères de jeunes âges, il serait intéressant de réaliser des études de plus grande

envergure dans cette population, se spécifiant sur l'un ou l'autre des modes d'alimentation afin d'en comprendre plus précisément les influences.

3.3.2.4. Réassurance des jeunes femmes

Durant les entretiens, plusieurs jeunes femmes se sont dévalorisées avec des phrases comme : « *Je n'ai pas pu beaucoup vous aider* » ou des jeunes femmes se dévalorisaient par rapport à l'échec de l'arrêt du tabac. Certaines adolescentes culpabilisaient à répondre « *je ne sais pas* » aux questions de l'entretien, on peut imaginer que de ne pas savoir répondre, elle pouvaient extrapoler sur le fait d'être une « mauvaise mère ». Il apparaît donc nécessaire, surtout dans la période où je les rencontrais (deux à trois jours après la naissance) qui pouvait être marquée par un baby-blues plus ou moins intense, de réassurer ces jeunes mères dans leurs compétences. Dans l'étude de Karrer et al. (59), parmi les objectifs cités par les adolescents et les professionnels de santé dans le domaine de l'éducation à la santé des adolescents, on peut notamment noter la communication (souhait des deux cotés), les adolescents souhaitaient aussi « reprendre confiance », et les professionnels souhaitaient informer sur le comportement alimentaire et le tabagisme. Dans l'article de Cauvin et al. (46), il explique également que les jeunes mères adolescentes peuvent avoir du mal « à reconnaître ses capacités propres ». Cela illustre bien notre propos comme quoi les adolescentes, et d'autant plus dans cette période de suites de naissances, ont besoin de réassurance, et le professionnel de santé a une place à prendre dans cette demande.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était de découvrir ce qui détermine le choix du mode d'alimentation des nouveau-nés par leurs mères adolescentes.

Nous avons pu montrer par cette étude que les mères adolescentes ayant décidé d'allaiter leur enfant ont plus de connaissances sur l'allaitement maternel que celles ayant choisi l'allaitement artificiel, et que toutes les adolescentes de l'échantillon ont des connaissances pratiques sur l'allaitement artificiel. Concernant le père de l'enfant, il paraît avoir une place majeure dans le choix de l'allaitement maternel, tandis que cette place paraît être moins importante dans le choix de l'allaitement artificiel. De plus, l'avis implicite ou explicite de la famille oriente la jeune femme vers l'allaitement artificiel dans notre échantillon, et le professionnel de santé paraît lui-aussi, avoir une place importante dans cette décision, place qui n'est pas toujours prise. De plus, le tabagisme actif de l'adolescente est un motif important de refus d'allaitement maternel dans notre échantillon, le faible niveau d'étude paraît lui-aussi jouer un rôle dans ce refus. La pudeur de l'adolescente paraît ne pas être un déterminant majeur dans le choix du mode d'alimentation, mais cela oriente la jeune femme vers l'allaitement artificielle si l'adolescente a des difficultés avec l'image de son corps. De surcroît, la vision positive de l'allaitement maternel n'oriente pas vers ce mode d'alimentation, et une vision positive de l'allaitement artificiel peut influencer le choix vers ce mode d'alimentation, mais ce ne serait pas un critère majeur.

Par comparaison avec la littérature, nous avons pu montrer que les mères adolescentes ont les mêmes influences que les mères de la population générale concernant le choix de l'allaitement maternel ou artificiel pour leur nouveau-né. Cependant, il apparaît qu'elles ont des modes de fonctionnement différents de la femme adulte. Le professionnel de santé ayant des messages à faire passer sur le mode d'alimentation, doit trouver un moyen de faire passer ces informations efficacement à la jeune femme en prenant en compte son environnement, et la jeune femme dans sa globalité (famille, mode de vie, connaissances et représentations ...). Il paraît important de communiquer autour du tabagisme actif pendant l'allaitement maternel, ceci étant perçu comme néfaste par les jeunes femmes, et pourtant conseillé par les professionnels de santé.

La sage-femme, qui est amenée à rencontrer les adolescentes durant toute leur grossesse, a donc un rôle important d'information et d'écoute des craintes au sujet de l'alimentation du nouveau-né. Elle a également un rôle de réassurance de ces jeunes femmes.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Benhamou D. et al. Recommandations pour la pratique clinique : Post-Partum (texte court). Collège national des gynécologues-obstétriciens français. 2015.
2. Krtolitz E., Roseblum O. « Allaiter ou non : une simple question de choix ? ». Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2015. Volume 63. N°1. Pages 17-22.
3. Jelliffe DB. L'alimentation du nourrisson dans les régions tropicales et subtropicales, Deuxième édition. Organisation mondiale de la santé. 1970.
4. Morel MF. « L'allaitement dans la France d'autrefois ». Les dossiers de l'Obstétrique. Octobre 2013. N° 430. Pages 10-12.
5. Rollet C. Histoire de l'allaitement en France : Pratiques et représentations. Mai 2006. Consulté le 8 Juin 2015 sur le site internet Co-naître : <http://www.co-naître.net/articles/histoireallaitementCRmai2006.pdf/>
6. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultat de l'étude Epifant, France, 2012. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2012. Volume 25. N°6. Pages 364-372.
7. Capponi I, Roland F. « Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences ». Devenir. 1 Juin 2013. Volume 25. N°2. Pages 117-136.
8. Knibiehler Y, Marand-Fouquet C. Histoire des mères du Moyen-âge à nos jours. France. Edition Montalba. 1977. 359 pages.
9. Laviolle G. Impact économique de l'allaitement artificiel. 2003. Consulté le 2 décembre 2015 sur : www.santeallaitementmaternel.com/se_former/apprehender_enjeux/enjeux_generaux/allaitement_artificiel.php
10. Bonet M, Blondel B, Khoshnood B. « Evaluating regional differences in breast-feeding in French maternity units : a multi-level approach ». Public Health Nutrition. Décembre 2010. Volume 13. N° 12. Pages 1946-1954.

11. Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet MI, Berrewaerts J. « Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : quels sont les facteurs en jeu ? ». Belgique : Ecole de santé Publique, Centre « Recherche en système de santé », Série de dossiers techniques. 2006. Référence 06-41.
12. Tillard B. "ce qu'il en coûte de nourrir...", in Bonnet D., Le Grand-Sebille C., Morel M.F. (dir.), Allaitement en marge, l'Harmattan, Paris, 2002.
13. Vilain A, De Peretti C, Herbet JB. Enquête nationale périnatale 2003 : compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et l'apport des autres sources. Bureau Etat de santé de la population DREES. 2005.
14. Delahaye MC. Bébés au biberon : petite histoire d'allaitement. Paris, France. Edition Hoëbeke. 2003. 91 pages.
15. Briex M. "Cachez ce sein que je ne saurais voir". Spirale. 2003. N°27. Pages 151-153.
16. Jodelet D, Ohana J. : "Représentations sociales de l'allaitement maternel : une pratique de santé entre nature et culture" in Petrillo G. Santé et société : la santé et la maladie comme phénomène sociaux, Delachaux et Niestlé, Lausanne, Paris. 2000. Pages 356-378
17. Walburg V. et al. « Les représentations de l'alimentation du bébé. Première partie : une étude comparative entre mères françaises et allemandes ». Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. Décembre 2007. Volume 17. N°4. Pages 150-155.
18. Pisacane A et al. « A Controlled Trial of the Father's Role in Breastfeeding Promotion ». Pediatrics. 1 Octobre 2005. Volume 116. N°4. Pages 494-498.
19. Bromberg Bar-Yam N, Darby L. « Fathers and breastfeeding: a review of the literature ». Journal of Human Lactation. 1997. N°13. Pages 45-50.
20. Article L1225-30 du Code du Travail.
21. Article L1225-32 du Code du Travail.
22. Organisation mondiale de la Santé. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève. OMS. 1981.

23. Site internet de l'OMS. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/ Consulté le 31 mai 2015.
24. Jeammet P. L'adolescence. France. Edition Solar. 2002. Pages 12-14.
25. Braconnier A, Marcelli D. L'adolescence aux mille visages. France. Edition Odile Jacob. 2002. Pages 105-108.
26. Site internet de l'INSEE. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local/asp?ref_id=POP1B&millesime=2011&niveau=1&typgeo=R EG&codgeo=31. Consulté le 25 mai 2015.
27. Seince N, Pharisien I, Uzan M. « Grossesse et accouchement des adolescentes ». Paris, France. Edition Elsevier Masson Gynécologie/obstétrique. 2008. Pages 1-6.
28. Jacques A, Lamjahdi S, Lefebvre A. « L'adolescence en exil, exil d'adolescence ». Cahiers de psychologie clinique. 9 Octobre 2009. Volume 33. N°2. Pages 177-200.
29. Dolto F, Doto-Tolitch C, Percheminier C. Paroles pour adolescents ou le complexe du Homard. Paris, France. Edition Hatier. 1990. 158 pages.
30. Baruch F. « Que vient révéler une grossesse à l'adolescence ? ». Dialogue. 2012. Volume 198. N°4. Pages 81-88.
31. Taborda-Simoes MdaC. « L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? ». Bulletin de psychologie. 1 mai 2005. Volume 479. N°5. Pages 521-534.
32. Parnot L, Rousseau A, Benazet M, Faure B, Lenhoret E, Sanchez A, Chabrol H. « Comparaison du vécu corporel en fonction du genre chez l'adolescent et le jeune adulte ». Journal de thérapie comportementale et cognitive. Juin 2006. Volume 16. N°2. Pages 45-48.
33. Bettoli L. « Parents mineurs : la grossesse, facteur de maturation pour les jeunes parents ? quels risques comporte-t-elle ? Quel accompagnement à Genève ? ». Thérapie familiale. 1 Juin 2003. Volume 24. N°2. Pages 179-191.
34. Code de Santé Publique. Article L 5134-1. Modifié par la loi N°2012-1404 du 17 décembre 2012, article 52.

35. Wendland J, Levandowski DC. « Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences ». L'Evolution psychiatrique. Juillet 2014. Volume 79. N°3. Pages 411-419.
36. Amsellem-Mainguy Y. « Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes ». Informations sociales. 1 Octobre 2011. Volume 165-166. N°3. Pages 156-163.
37. True K, Bajos N, Bohet A, Moreau C. « Timing of contraceptive initiation and association with future sexual and reproductive outcomes ». Human Reproduction. 1 Août 2004. Volume 29. Numéro 8. Pages 1651-1658.
38. Konicheckis A. « Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage des liens précoces ». Adolescence. 2006. Volume 55. N°1. Pages 175.
39. Jerome L. Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme. « La grossesse chez les adolescentes, étude rétrospective réalisée au CHU d'Angers du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2008 ». Ecole de Sages-Femmes René Rouchy. Université d'Angers. Mars 2010.
40. Article L2212-7 du Code de Santé Publique. Modifié par la loi N°2001-588 du 4 Juillet 2001 – Article 7.
41. Article 395 du Code Civil. Modifié par la loi N° 2007-308 du 5 Mars 2007 – Article 2 et 6. JORF du 7 Mars 2007 en vigueur le 1^{er} Janvier 2009.
42. Article 413-1 du Code Civil. Créé par la loi 2007-308 du 5 Mars 2007 – Article 1. JORF du 7 Mars 2007 en vigueur le 1^{er} Janvier 2009.
43. Article 413-2 du Code Civil. Créé par la loi 2007-308 du 5 Mars 2007 – Article 1. JORF du 7 Mars 2007 en vigueur le 1^{er} Janvier 2009.
44. Article 413-6 du Code Civil. Créé par la loi 2007-308 du 5 Mars 2007 – Article 1. JORF du 7 Mars 2007 en vigueur le 1^{er} Janvier 2009.
45. Winnicott DW, Spock B. Le bébé et sa mère. Paris, France. Edition Payot. 1992. 149 pages. Pages 59.

46. Cauvin P, Bérard S, Allari E. « Le bébé de l'adolescente : Un « objet de transition » pour sa mère ». *Adolescence*. 2006. Volume 55. N°1. Page 197-206.
47. Landy S, Schubert J, Cleland JF, Clark C, Montgomery JS. « Teenage pregnancy : family syndrome ? ». *Adolescence*. 1983. N°71. Pages 679-694.
48. Duncan S. « What's the problem with teenage parents ? and what's the problem with policy ? ». *Crit. Soc. Policy*. 2007. N°27. Pages 307-334.
49. Bailey PE, Bruno ZV, Bezerra MF, Quieroz I, Oliveira CM, Chen-Mok M. « Adolescent pregnancy 1 year later : the effects of abortion vs. Motherhood in Northeast Brazil ». *Journal of Adolescent Health*. Septembre 2001. Volume 29. N°3. Pages 223-232.
50. Pfiffelmann M, Roger P. « La prise de décision : l'apport de l'économie expérimentale en stratégie ». *Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*. 2013. Volume 5. N°1. Page 78.
51. Chantry AA, Monier I, Marcellin L. « Allaitement maternel (partie I) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation – Recommandation pour la pratique clinique ». *La revue Sage-Femme*. 2016. Volume 15. N°1. Pages 41-50.
52. Flemming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF. « Directive cliique sur la grossesse chez les adolescentes ». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Aout 2015. N°327. Pages S1-S20.
53. Wambach KA, Cole C. « Breastfeeding and Adolescents ». *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1 Mai 2000. Volume 29. N°3. Pages 282-294.
54. Park YK, Meier ER, Song WO. « Characteristics of teenage mothers and predictors of breastfeeding initiation in the Michigan WIC Program in 1995. Women, Infants, and Children ». *Journal of Human Lactation*. Février 2003. Volume 19. N°1. Pages 50-56.
55. Mossman M, Heaman M, Dennis C-L, Morris M. « The influence of adolescent mother's breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration ». *Journal of Human Lactation*. Août 2004. Volume 24. N°3. Pages 268-277.

56. Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, et al. « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère ». Archives de Pédiatrie. 2013. Volume 20. Pages 29-48.
57. Marcellin L, Chantry AA. « Allaitement maternel (Partie IV) : usages des médicaments, diététique et addiction – Recommandation pour la pratique clinique ». Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.030>
58. Bonnin F, Palicot A-M, « L'éducation pour la santé : un service au public, un enjeu de la modernisation du système de santé ». Santé Publique. 1 Septembre 2001. Volume 13. N°3. Pages 287-294.
59. Karrer M, Butter P, Vincent I. « Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées ». Santé publique. 2008. Volume 20. N°1. Pages 69-80.