



HAL
open science

La tétée d'accueil : quelles sont les raisons qui incitent les femmes à la réaliser ?

Pauline Roca

► To cite this version:

Pauline Roca. La tétée d'accueil : quelles sont les raisons qui incitent les femmes à la réaliser ?. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01415867

HAL Id: dumas-01415867

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01415867>

Submitted on 30 Mar 2017

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

PAULINE ROCA

En vue de l'obtention du **Diplôme d'État de sage-femme**

LA TETEE D'ACCUEIL

**Quelles sont les raisons qui incitent
les femmes à la réaliser ?**

Soutenu le : 21 juin 2016

Directeur de mémoire : Madame Sophie BAUMANN, sage-femme enseignante à l'UVSQ

JURY

Madame Claire DRAN, sage-femme enseignante à l'UVSQ

Madame Anne ROUSSEAU, sage-femme enseignante à l'UVSQ

Madame Mathilde LETOUZEY, pédiatre au CHI de Poissy St-Germain-en-Laye

Numéro national d'étudiant : 21204146

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique du département de maïeutique de l'U.V.S.Q. pour leur encadrement tout au long de ma formation.

Je remercie tout particulièrement Sophie Baumann, ma directrice de mémoire, pour sa patience, ses conseils, à la fois pour ce mémoire mais aussi pour son accompagnement pendant ces 4 années.

Bien évidemment, j'exprime également ma gratitude aux mères ainsi qu'à l'équipe des différents hôpitaux pour leurs conseils et leur accueil, ainsi qu'à mes parents, ma sœur, mes amis pour leurs conseils, leur soutien.

Table des matières

Avertissement	II
Remerciements.....	III
Table des matières.....	IV
Liste des figures	VI
Liste des annexes.....	VII
Lexique	VIII
Titre et résumé.....	IX
Title and Abstract	X
Introduction	1
1 Première partie : Contexte et concepts.	2
1.1 Définition de la tétée d'accueil et population concernée.	2
1.2 La tétée d'accueil : son déroulement pratique.	3
1.3 - Les bienfaits de la tétée d'accueil.	5
1.3.1 Pour le nouveau-né.....	5
1.3.2 Pour la mère.....	7
1.3.3 Pour le lien mère-enfant.....	7
1.4 - Les inconvénients de la tétée d'accueil.....	8
1.5 - Information et accompagnement de la tétée d'accueil.....	8
1.5.1 La sensibilisation à l'allaitement en cas d'indécision.	9
1.5.2 L'information prodiguée par le corps médical sur la tétée d'accueil.....	9

1.5.3 Le respect du consentement de la mère.....	10
2 Seconde partie : L'Étude.	12
2.1 Méthodologie.	12
2.1.1 - Cadrage de l'étude.....	12
2.1.2 - Inclusion de la population.	13
2.2 Résultats.....	14
2.2.1 Renseignements généraux.....	14
2.2.2 Connaissances et information des femmes.....	18
2.2.3 Réalisation de la tétée d'accueil.....	21
3 Troisième partie : Discussion.....	27
3.1 Les bienfaits du colostrum.....	27
3.2 L'information.....	28
3.2.1 Les sources d'informations :	28
3.2.2 Moment de l'information :	29
3.2.3 Qualité de l'information :	29
3.2.4 Délai entre information et réalisation de la tétée d'accueil :	30
3.3 La tétée d'accueil comme vecteur du choix d'alimentation	30
3.4 Premier contact.....	34
Conclusion.....	37
Bibliographie.....	38
Annexes.....	41

Liste des figures

Histogramme : Nombre de patientes par classe d'âge.	14
Histogramme : Niveau d'étude des mères ayant réalisé une tétée d'accueil.	15
Histogramme : Parité des patientes interviewées.	16
Histogramme : Choix d'alimentation antérieur selon la parité.	16
Diagramme : Femmes ayant réalisé une préparation à la naissance et type.	17
Diagramme : Choix d'alimentation des mères avant l'accouchement.	18
Histogramme : Sources d'informations des mères.	19
Diagramme : Moment de délivrance de l'information.	19
Histogramme : Personne à l'initiative de la tétée d'accueil.	22
Diagramme : Moment de la réalisation de la tétée d'accueil.	23
Histogramme : Choix d'alimentation.	25

Liste des annexes

Annexe : grille d'entretien.....	41
Retranscription d'un entretien :	42

Lexique

J1 : correspond au jour suivant la naissance de l'enfant.

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

AM : Allaitement maternel.

AA : Allaitement artificiel.

TTA : Tétée d'accueil

IgA : immunoglobuline A

HAS : Haute Autorité de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Motivation des femmes réalisant une tétée d'accueil.

Objectifs

La tétée d'accueil est la première tétée effectuée en salle de naissance par une femme ne souhaitant pas allaiter ou indécise quant au type d'alimentation pour son enfant. Sa réalisation technique ressemble à un allaitement maternel, mais elle diffère sur les enjeux humains, émotionnels, affectifs, mais aussi nutritionnels. Nous nous sommes donc intéressés aux raisons qui incitent les femmes à cette pratique.

Matériel et méthodes

Nous avons effectué une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs effectués de juillet à octobre 2015 auprès de 24 femmes ayant réalisé une tétée d'accueil. Les entretiens se sont déroulés en maternité auprès de mères en suite de couches.

Résultats

Notre étude a montré que les femmes connaissent les bienfaits du colostrum mais que ce n'est généralement pas la raison principale de leur choix. Elles ont estimé avoir bénéficié d'une information adéquate et non orientée. Elles choisissent essentiellement de la réaliser pour le premier contact avec leur bébé, et aussi comme outil décisionnel de leur choix d'alimentation ultérieure. La tétée d'accueil est perçue très positivement par les mères qui en ont fait l'expérience. Il est donc important de prévoir un moment pour la réaliser lorsque les femmes le souhaitent, avec l'accompagnement des professionnels de santé et notamment des sages-femmes, interlocutrices privilégiées des mères à la maternité.

Mots-clés : Tétée d'accueil, colostrum, outil décisionnel, premier contact, lien mère-enfant

Motivation of women practising a first moment breastfeeding

Objectives

First moment breastfeeding is done in delivery room by a woman not planning to breastfeed or undecided on breastfeeding.

Although it is similar to natural breastfeeding regarding its technical aspect, it is different regarding human, emotional, affective stakes and also nutritional stakes.

We are therefore interested in the value of first moment breastfeeding for mothers who chose this practice.

Tools and Methods

We conducted a study based on 24 semi-structured interviews from July to October 2015 with patients who performed first moment breastfeeding.

These interviews took place between the first and the third day following birth in a type 3 maternity ward.

Results

Thus, our study showed that women know the benefits of colostrum but it is usually not the main decision criteria. They consider having received relevant and unbiased information and chose to perform it mainly for a first contact with their babies, but also as a decision tool for ulterior nutrition decision.

First moment breastfeeding is deemed really positive by mothers. It is thus important to allow a time to perform it with the help of health professionals, midwives being the special interlocutor of mothers.

Key Words First moment breastfeeding, decision tool, first contact

Introduction

La tétée d'accueil est un choix qui m'a toujours questionnée. En effet, pourquoi une femme, qui n'a pas fait le choix d'un allaitement maternel, décide-t-elle tout de même de mettre son enfant au sein lors de leur première rencontre ?

Dans ce mémoire, nous nous sommes donc intéressés aux motivations des femmes qui réalisent une tétée d'accueil, afin de mieux comprendre les raisons et les enjeux de cette pratique pour elles, notre but, en tant que professionnelles de la périnatalité, étant de pouvoir les accompagner au mieux lors de ce moment si tel est leur choix.

Dans un premier temps, nous avons cherché de la bibliographie et des études antérieures à ce mémoire, afin de préciser notre axe de recherche, notre problématique et de formuler des hypothèses. Nous nous sommes aussi attachés à comprendre les enjeux de cette pratique, notamment nutritionnels et affectifs. Puis, nous avons réalisé une étude qualitative par le biais d'entretiens avec des femmes ayant réalisé une tétée d'accueil, dans le but de mieux comprendre leurs motivations. L'analyse de leurs réponses nous a permis de valider certaines de nos hypothèses de départ et de faire émerger d'autres pistes de réflexion.

1 La tétée d'accueil : contexte et concepts.

1.1 Définition de la tétée d'accueil.

Dans la littérature, les définitions de la tétée d'accueil sont diverses. On retrouve des différences essentiellement concernant deux points :

- le moment de sa réalisation : elle est proposée soit dans les deux premières heures de vie de l'enfant (1-3), soit au moment qui convient à la patiente. (4,5) Dans la première alternative, cela implique, dans une certaine mesure, la nécessité d'une réalisation en salle de naissance.
- les mères concernées par cette méthode : en règle générale, il s'agit de mères ayant choisi une alimentation artificielle pour leur enfant ou n'ayant pas encore établi leur choix. Mais la plupart des études ne font pas la distinction et toutes les mères sont alors concernées par la tétée d'accueil, quel que soit leur choix. (2, 4, 5)

Dans notre mémoire, nous considérerons la définition suivante : **la tétée d'accueil est la première tétée effectuée en salle de naissance par une femme ne souhaitant pas allaiter ou n'ayant pas encore décidé du type d'alimentation pour son enfant.** Ces dernières pourraient, par ce biais, arrêter leur choix. En raison de l'arrêt de cette définition, les femmes ayant choisi un allaitement maternel sont donc exclues de notre étude et seules les tétées réalisées dans les deux premières heures de vie de l'enfant seront prises en compte. On peut cependant remarquer, que dans certains hôpitaux, la tétée d'accueil est nommée autrement. On retrouve notamment les termes suivants : « tétée de bienvenue », « tétée d'initiation », « don de colostrum », ainsi que « tétée d'essai ». En dehors de cette dénomination, on ne note pas de différence notable entre les pratiques. On peut néanmoins s'interroger sur l'axe favorisé par l'hôpital concernant cet acte et sa dénomination : valorisation de l'allaitement maternel, étape de la création du lien mère-enfant, découverte du

couple mère-enfant...Par exemple, l'un des deux hôpitaux où a été testée notre grille d'entretien utilise le terme de « tétée de découverte ». En effet, les professionnels y travaillant considèrent que tous les enfants bénéficient d'un accueil et que nommer cette tétée ainsi dévaloriserait les femmes qui ne souhaitent pas la réaliser. On peut penser que la dénomination « tétée de découverte » fait à la fois référence à la découverte de l'enfant par sa mère et réciproquement, mais aussi, à la découverte de l'allaitement maternel. Pour ce mémoire, nous avons choisi d'utiliser la dénomination « tétée d'accueil » puisque c'est celle qui est utilisée dans la maternité où l'étude s'est déroulée.

1.2 Déroutement pratique.

La tétée d'accueil telle que nous l'avons définie se réalise en salle de travail, le plus précocement possible. Elle est proposée en général par la sage-femme, mais d'autres professionnels de santé peuvent être à son origine, comme l'auxiliaire de puériculture ou l'aide-soignante de la salle de naissance. Proposée mais non pas imposée, elle peut faire suite à un peau-à-peau précoce qui permet d'ajouter ses bienfaits à ceux propres à la tétée d'accueil qui seront explicités ci-dessous. (1, 3, 6, 7)

Dans les faits, si l'état du nouveau-né et celui de la mère le permettent, et si cette dernière le souhaite, l'enfant est placé dès sa naissance en peau-à-peau, idéalement pour une durée minimale d'une heure. Durant ce temps, proposer une tétée d'accueil fait sens, dans la mesure où ce premier contact va favoriser le développement des facultés innées d'allaitement résultant d'«un comportement génétique programmé». Cette expression fait référence aux capacités de fuissement, de reptation, et de succion. (4, 8, 9) Dès que le nouveau-né montre des signes qui manifestent de son envie de téter : sortie de la langue, mouvement de succion, fuissement, on proposera à la mère de s'installer dans une position plus propice à l'allaitement (10) : en règle générale, la position de la madone ou la position allongée sur le côté sont celles favorisées pour cette première tétée. Le nouveau-né va alors lécher le mamelon, rechercher le regard de sa mère, réaliser plusieurs phases d'observation du mamelon, avant de prendre le bout de sein en bouche. (5, 9) Cette séquence, qui

est décrite comme commune à toute première tétée, se retrouve chez une majorité de nouveau-nés en bonne santé ; sa durée est très variable et il faut laisser le temps au nouveau-né d'aboutir à cette première tétée et ne pas trop intervenir. (2, 5, 10, 11) La tétée d'accueil peut appartenir au concept de « biological nurturing ». Il s'agit d'une approche de l'allaitement décrite par Suzanne Colson, sage-femme anglaise, qui prend place dès la première tétée. Cela consiste en une approche de l'allaitement « zen », libéré des contraintes d'un apprentissage, cette approche pouvant être étendue à la tétée d'accueil. En effet, les patientes la réalisant n'ont pas la pression d'une tétée qui « doit réussir » ou de « bonnes habitudes » à prendre dès que possible. (12) On peut penser par exemple à la bonne position de l'enfant par rapport à la mère, à la prise correcte du sein par l'enfant, etc. Cela paraît donc tout à fait envisageable et intéressant d'appliquer ce concept aux patientes réalisant une tétée d'accueil. (13) Dans le « biological nurturing », la position de la mère est semi-assise afin que la gravité maintienne le nouveau-né sur le torse de sa mère. (14) Cela va également permettre de libérer le dos et la tête du nouveau-né de toute pression, le rendant plus libre de ses mouvements. Ainsi le nouveau-né peut utiliser au mieux ses capacités innées : les réflexes archaïques de ramper vers le sein, de fouissement, ... et cela donc va faciliter la prise du sein. (12, 15) Cette position est également propice à l'échange de regards qui précède bien souvent cette première tétée. (12, 13) Cette approche se base beaucoup sur l'inné, on oriente la dyade mère-enfant en tant que professionnel de santé mais sans chercher à enseigner ou imposer une technique. (12-14) Cette méthode souligne également l'importance du contact en peau à peau lors de cette tétée. (6)

La durée de la tétée d'accueil est variable selon les couples mère-enfant. La tétée d'accueil est avant tout un moment d'intense relation entre la mère et l'enfant et sa durée dépendra majoritairement du ressenti de la mère qu'il faudra respecter (5, 8, 16, 17), notamment si cette dernière n'apprécie pas ce contact ou a décidé qu'il ne durerait que quelques instants. (16, 17) Même s'il paraît intéressant de respecter ce temps de partage entre la mère et son enfant, la présence d'un professionnel de santé est souvent nécessaire pour guider la tétée d'accueil avec l'objectif principal de veiller à la sécurité du couple mère-enfant. En effet, lorsque l'on place un nouveau-né en peau à peau il y a toujours un risque de malaise ou de mort subite d'où

l'importance d'une surveillance attentive et bienveillante de ce moment. (8, 16)

1.3 Les bienfaits de la tétée d'accueil.

1.3.1 Bienfaits pour le nouveau-né.

Si l'on compare le lait humain au lait de vache, on observe que les deux sont parfaitement adaptés à la croissance des deux espèces : le veau double son poids de naissance en 2 mois, un enfant en 6 mois. Par contre, le cerveau d'un enfant croît deux fois plus vite par rapport à son poids que celui d'un veau. Le lait de vache utilisé dans le lait artificiel est donc modifié pour s'adapter au mieux aux besoins d'un enfant, mais il est calqué sur le lait mature et non sur le colostrum. Bien évidemment, les immunoglobulines ne peuvent pas être ajoutées dans le lait artificiel et ne sont donc présentes que dans le lait maternel. (18) Afin de pallier ce manque, les industriels ont depuis quelques années tenté de les remplacer par des probiotiques. (19) Le lait artificiel contient davantage de protéines que le lait maternel mais elles sont plus difficiles à assimiler pour l'enfant. A l'inverse l'ostéopontine (une hormone impliquée dans les processus de guérison, l'activation auto-immune et le remodelage osseux) est présente en plus grande quantité dans le lait maternel(130mg /l contre 10mg/l dans le lait artificiel). (19) Il ne s'agit que de deux exemples afin de souligner que malgré les progrès continus dans les laits artificiels, des disparités persistent toujours. Le colostrum étant bien évidemment l'aliment le plus adapté à l'enfant nouveau-né.

De nombreux bienfaits sont liés aux propriétés du colostrum. Il s'agit d'une sécrétion mammaire produite dans les 48 à 72 premières heures après la naissance. Il est particulièrement adapté aux besoins de l'enfant qui vient de naître. Le colostrum est moins riche en lipides et en lactose que le lait mature, il a une densité énergétique moindre (450 à 480 kcal/litre contre 650 à 700kcal/l.) (20-22) Les caséines y sont pratiquement absentes. Le colostrum est, par contre, plus riche en cellules

immunocompétentes : il en contient environ 10 fois plus que le lait mature, notamment en ce qui concerne les lymphocytes et les macrophages. Il y a également davantage d'oligosaccharides dans le colostrum (22-24g/l) par rapport au lait mature (12 à 13g/l) : ceux-ci ont un impact positif sur l'immunité en augmentant la diversité des bactéries intestinales et en limitant la multiplication des bactéries pathogènes. (23)

On y retrouve également des facteurs de croissance comme l'Insuline-like Growth Factor (IGF1), le Transforming Growth Factor (TGF), des facteurs de croissance leucocytaire (G-CSF) et l'Epidermal Growth Factor (EGF), qui ont une action trophique sur les muqueuses gastriques et intestinales (24, 25), ainsi que des cytokines (les cytokines appartiennent au système de l'immunité). Celles-ci sont notamment composées des TNFalpha, interleucines, chimiokine, interferon, qui agissent sur un grand nombre de cellules comme hormones impliquées dans la réponse aux infections et aux processus pro et anti-inflammatoires. (24, 26-29)

Certains de ces éléments visent notamment à protéger les nouveau-nés qui sont particulièrement vulnérables aux infections. (19) Même dans le cadre d'une tétée d'accueil, qui est par nature unique, le nouveau-né bénéficie du colostrum et de ses bienfaits. Cette pratique favorise la bonne adaptation du nouveau-né, (maintien de la température corporelle et de la glycémie). Le nouveau-né reçoit du colostrum et notamment les IgA ; la motricité digestive est stimulée, ce qui facilite l'élimination du méconium et permet une diminution de l'intensité de l'ictère physiologique. (19, 30) Ces bienfaits sont majoritairement liés à l'alimentation précoce. Cependant, ils sont renforcés par le colostrum qui lui seul contient les IgA.

Il semblerait que la colonisation du tube digestif dépende davantage de la tétée d'accueil que d'une certaine durée d'allaitement. L'enfant ayant reçu du colostrum sera colonisé en prédominance par des bifidobactéries (90%) alors que l'enfant nourri au lait en poudre dès le premier repas voit les entérobactéries prendre le dessus. Les raisons de ces différences sont les conditions de pH et la présence de lactoferrines dans le lait maternel. La flore digestive à l'âge adulte est possiblement dépendante du type d'alimentation des premiers mois mais aussi de la réalisation

d'une tétée d'accueil, puisqu'elle est réalisée alors que le tube digestif est encore considéré comme stérile, elle a donc une incidence importante. (18, 19, 31) Cependant, les autres bienfaits de l'allaitement maternel, par exemple, la réduction de l'obésité, des allergies et des infections ORL, ne sont pas présents après une unique tétée d'accueil. (24, 32, 33) De même, l'effet est moindre sur la stimulation digestive et l'immunité suite à une unique tétée par rapport à un allaitement maternel plus long. (31)

1.3.2 Bienfaits pour la mère.

Il est intéressant de noter que la tétée d'accueil, surtout si elle survient dans les deux premières heures suivant la naissance, permet une diminution du risque d'hémorragie maternelle du post-partum immédiat par atonie utérine. En effet, la succion de l'enfant lors de la tétée stimule la synthèse d'ocytocine : on observe une accélération des contractions utérines au moment de la tétée, ce qui favorisera une meilleure involution utérine et une diminution de la quantité des lochies. (27, 34) Lorsqu'on les interroge à ce sujet, certains professionnels de santé mentionnent également le rôle de la tétée d'accueil dans l'accès à la parentalité : le fait de mettre leur enfant au sein, même pour une unique tétée d'accueil, les ferait se sentir mère, capable de nourrir leur enfant. Cette notion n'a pas été retrouvée dans la littérature, mais nous y reviendrons dans l'analyse de nos résultats.

1.3.3 Bienfaits pour le lien mère-enfant.

La tétée d'accueil s'inscrit dans une « spirale transactionnelle » de la relation mère-enfant, ce qui correspond au renforcement du bien-être psychologique de la mère par celui de son enfant et réciproquement. (8, 20, 35) Cela signifie que la première tétée s'inscrit dans un continuum relationnel entre la mère et son bébé et

ne constitue pas une fin en soi, que la mère décide de continuer ou non un allaitement maternel. Il peut être intéressant de considérer cette première rencontre, autrement que sur le mode alimentaire et sécuritaire, mais comme une première étape de la construction d'une relation d'attachement. Pour la mère, et aussi pour le père la vision est le sens prédominant lors de cette première interaction. Et le fait que le bébé regarde sa mère et son père revêt une très grande importance pour eux. Regardés, ils se sentent alors reconnus par leur bébé et existent pour lui. (35) Cet échange de regards qui a bien souvent lieu lors d'une tétée d'accueil, va donc favoriser le lien parents-enfant. Dans la tétée d'accueil, au-delà de la recherche du sein et de l'initiation de la tétée, les informations sensorielles associées à un état d'éveil-alerte agissent comme déclencheurs de comportements relationnels innés. La recherche de contacts visuels, la mobilisation motrice, mais aussi les réponses vocales au son de la voix maternelle, sont déclencheurs de ses comportements relationnels innés chez le nouveau-né. (35)

1.4 Les inconvénients de la tétée d'accueil.

Les inconvénients de la tétée d'accueil semblent relativement peu nombreux. La littérature est pauvre concernant ces inconvénients ; néanmoins lorsque l'on interroge les professionnels de santé, certains redoutent que la tétée d'accueil entraîne une stimulation aréolaire qui entraînerait une montée laiteuse. Cet élément n'est pas retrouvé dans la littérature et cette crainte n'a pas été mentionnée par les femmes que nous avons rencontrées dans notre étude.

1.5 Information et accompagnement de la tétée d'accueil.

Après avoir évoqué les bienfaits et inconvénients de la tétée d'accueil, trois enjeux majeurs nous apparaissent : la sensibilisation à l'allaitement en cas d'indécision, l'information prodiguée par le corps médical sur la tétée d'accueil et le respect du consentement de la mère.

1.5.1 La sensibilisation à l'allaitement en cas d'indécision.

La tétée d'accueil peut également être considérée par certains professionnels de santé mais aussi par certaines mères, comme un outil décisionnel dans le choix du type d'allaitement. Cette pratique peut être utilisée par certaines femmes indécises afin de leur permettre de faire un choix en toute connaissance de cause, puisqu'elles l'ont réalisée une première fois. Les mères font alors leur choix après l'avoir testée. La tétée d'accueil devient alors une première expérience. Dans ce cas, les professionnels de santé devront être d'autant plus vigilants pour ne pas influencer la patiente par une position trop subjective sur l'allaitement. (33, 36)

1.5.2 L'information prodiguée par le corps médical sur la tétée d'accueil.

L'information est une obligation légale pour le corps médical et en particulier pour la sage-femme (37, 38). Le choix des femmes de réaliser ou non une tétée d'accueil dépend probablement de leurs connaissances et de leur(s) expérience(s), mais aussi de l'information reçue. Aussi, l'information devra être communiquée par les professionnels de santé de manière claire, loyale et non orientée : la tétée d'accueil doit rester un choix libre et éclairé de la mère. Le professionnel de santé « doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». (37)

On peut notamment penser au concept de la codécision, qui renvoie à la loi du 4 mars 2002, qui a été reprise dans l'état des lieux de la HAS d'octobre 2013 ; celle-ci insiste une fois de plus sur l'importance d'une décision partagée entre soignant et soigné, le soignant informant au mieux le patient pour qu'il choisisse en toute autonomie l'option qui lui convient le mieux selon l'importance qu'il « accorde personnellement aux différentes caractéristiques liées à chaque option ». (39)

De plus, nous devons nous assurer que l'information est compréhensible par la

patiente quels que soient son niveau d'éducation ou ses difficultés linguistiques. Il paraît également judicieux de choisir un moment où la patiente sera réceptive à cette information et ainsi, sera en mesure de réaliser librement ce choix. Il paraît donc pertinent selon nous d'éviter la période du travail ou du post-partum immédiat, et ce en raison de la fatigue, de la douleur, et du manque de délai de réflexion entre le moment de l'information et la réalisation de la tétée d'accueil. Ainsi, les cours de PNP semblent être le moment privilégié pour effectuer cette information. La qualité et l'antériorité de cette information garantissent un délai de réflexion, une prise de décision selon les souhaits réels de la patiente et son consentement sans contrainte.

1.5.3 Le respect du consentement de la mère.

Découlant du concept d'information on retrouve la notion de consentement. Le consentement du patient est décrit par la loi : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. ». « Cette liberté du patient est une exigence éthique fondamentale, corollaire du devoir d'information. [...] L'information est en effet la condition préalable de son consentement, conséquence qu'il tire de cette information. ». (40) Tous les actes médicaux sont concernés par ce devoir d'information et le recueil du consentement. La tétée d'accueil n'y fait pas exception.

Notre étude tentera de répondre à la problématique suivante :

Quelles sont les raisons qui incitent les femmes à réaliser une tétée d'accueil alors qu'elles ne souhaitent pas allaiter ou qu'elles n'ont pas encore arrêté leur choix pour l'alimentation de leur nouveau-né ?

Nous avons émis les hypothèses suivantes :

1. Les femmes choisissent la tétée d'accueil en raison des bienfaits du colostrum pour leur enfant.
2. Les femmes qui consentent à la tétée d'accueil le font à la suite de l'information qu'elles ont reçue.
3. Les femmes utilisent la tétée d'accueil comme un vecteur de leur choix d'alimentation pour leur enfant.

2 Seconde partie : L'Étude.

2.1 Méthodologie.

2.1.1 Cadrage de l'étude.

Afin de répondre à cette question de recherche, nous avons effectué des entretiens semi-directifs auprès de patientes ayant réalisé une tétée d'accueil. L'étude a été réalisée dans une maternité de niveau 3 réalisant environ 5000 naissances par an. De plus, bien qu'étant une maternité de niveau 3, le bassin de population est varié et une majorité de patientes sont sans facteur de risques. En outre, on observe de nombreuses cultures et niveaux socio-économiques différents, des primipares comme des multipares offrant une population relativement représentative.

Pour réaliser cette étude et dans l'optique de rencontrer les femmes pour effectuer nos entretiens, l'accord du chef de service de maternité a été recueilli ainsi que l'accord du Comité d'éthique de cet hôpital. Une déclaration auprès de la CNIL a également été réalisée.

La non-opposition des femmes participant à l'étude a été recueillie en amont de la réalisation des entretiens après une information écrite et orale. Suite à cette information, une patiente a refusé de participer à l'étude.

La grille d'entretien a préalablement été testée dans deux maternités. L'une d'elle est une maternité publique possédant le label « maternité amie des bébés » dont les pratiques sont donc fortement incitatives vis-à-vis de l'allaitement maternel. L'autre

est une maternité privée à but non lucratif, favorable également à l'allaitement maternel.

Les entretiens se sont tous déroulés dans une 3^{ème} maternité entre J1 et J3 lors du séjour en suites de couches des patientes. Il s'agissait d'entretiens de type semi-directifs qui ont duré en moyenne 10 minutes (de 6 à 20 minutes), réalisés une fois l'information donnée aux patientes et leur non-opposition recueillie. Les entretiens étaient enregistrés avec l'accord des patientes, puis retranscrits ensuite pour analyse. Après l'interview, un moment était dédié pour répondre aux interrogations des mères concernant leurs réponses à l'entretien et notamment sur les connaissances qui avaient pu leur manquer. Globalement, elles étaient très satisfaites de ce moment. A la fin de cette période de discussion post-entretien, il a été demandé aux femmes de réitérer leur non-opposition à l'utilisation de leurs réponses pour la réalisation de l'étude. A ce stade, toutes les patientes ont accepté. Afin d'anonymiser les entretiens, le nom réel des personnes interrogées n'a pas été recueilli. De même, aucune donnée personnelle et/ou identifiante n'a été mentionnée.

2.1.2 Inclusion de la population.

Au total, 24 entretiens ont été réalisés sur une période s'étendant de juillet à octobre 2015. Tous les entretiens ont été réalisés par mes soins et de la même manière pour toutes les patientes, y compris lors de la phase de test. Nous avons alors arrêté les entretiens car nous étions arrivés à la saturation concernant les réponses à nos questions. Seules les patientes ayant réalisé une tétée d'accueil ont participé à cette étude. En effet, dans ce mémoire, nous nous sommes intéressés aux motivations des patientes ayant réalisé une tétée d'accueil. Ainsi, les patientes ayant reçu une information sur la tétée d'accueil mais ayant choisi de ne pas la réaliser ont été exclues de notre population d'étude. Il est à noter qu'une unique patiente a refusé de participer à cette étude. Son choix de réaliser la tétée d'accueil concernait une contre-indication à l'allaitement en raison d'un antécédent de cancer

du sein, cette contre-indication ne s'étendant pas à la tétée d'accueil. Cette patiente a accepté que je mentionne son histoire, mais pas de participer à l'étude car elle a considéré qu'en parler davantage serait difficile pour elle en raison de sa douleur de ne pas pouvoir allaiter son enfant comme elle l'avait espéré.

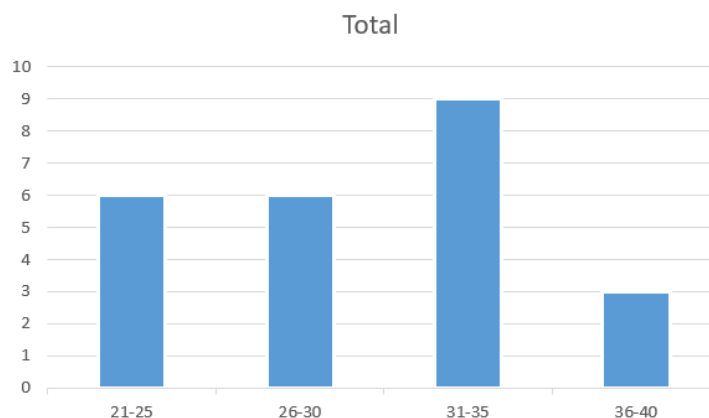
2.2 Résultats.

2.2.1 Renseignements généraux.

2.2.1.1 Age.

Les mères qui ont participé à cette étude ont une moyenne d'âge de 30 ans et 2 mois (extrêmes à 22 et 38 ans / médiane à 30 ans et 6 mois). Il s'agit donc d'une population assez homogène et relativement proche de l'âge de la maternité moyenne en France.

Histogramme : Nombre de patientes par classe d'âge.



2.2.1.2 Origine - milieux culturels.

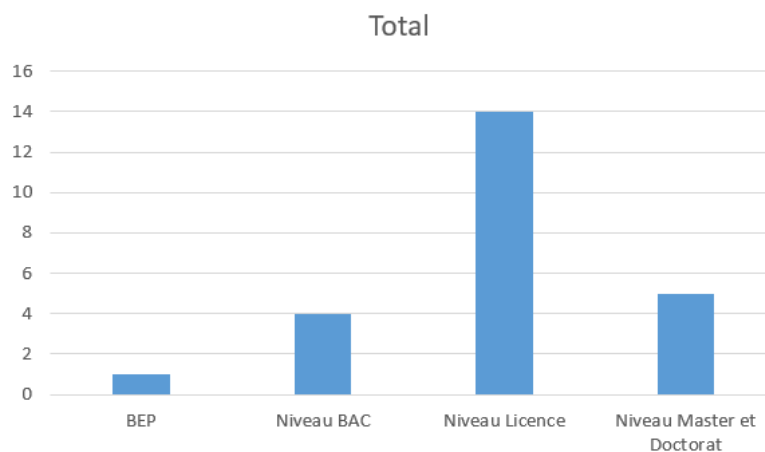
Les mères de notre étude sont majoritairement françaises (21 femmes sur 24), la deuxième occurrence est l'origine maghrébine (6 femmes sur 24 et notamment l'Algérie- 5 femmes). Ces mères sont globalement représentatives de notre maternité d'étude. On note qu'à l'exception d'une seule patiente, aucune n'a mentionné sa religion, son mode d'éducation ou l'appartenance à des valeurs autres que sa société de naissance.

Tableau : Origine des patientes.

Origine	NB - Entretien
Franco-portugaise	1
Franco-marocaine	1
Franco-hispano-algérienne	1
Franco-algérienne	1
Française	17
Algérienne	3
Total	24

2.2.1.3 Niveau d'étude.

Les femmes de notre échantillon ont toutes réalisé des études, avec 23 femmes sur 24 au moins titulaires d'un niveau Baccalauréat. 19 d'entre-elles sont titulaires d'une licence ou d'un master. Ainsi, les femmes ayant participé à notre étude sont globalement d'un niveau d'étude supérieur aux femmes qui accouchent généralement dans cette maternité.

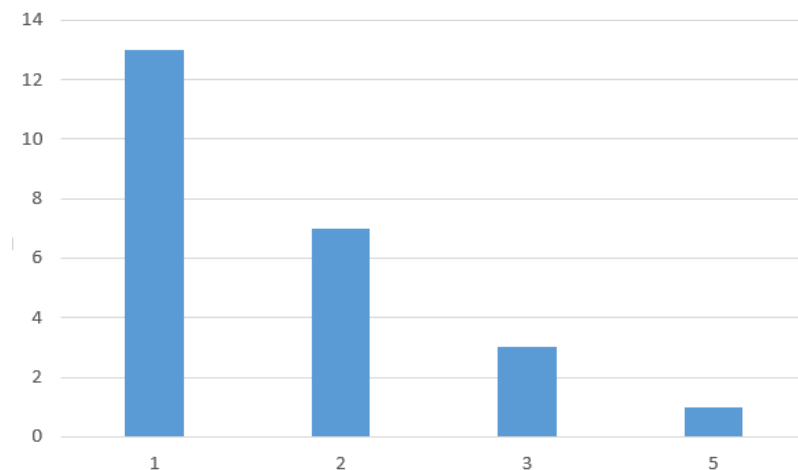


Histogramme :
Niveau d'étude des
mères ayant réalisé
une tétée d'accueil.

2.2.1.4 Parité.

Il s'agit majoritairement de primipares (médiane à 1), cependant la moyenne se situe à 1,7 et ce, notamment, par la présence d'une cinquième parité dans notre population d'étude.

Histogramme : Parité des patientes interviewées.



2.2.1.5 Choix antérieur.

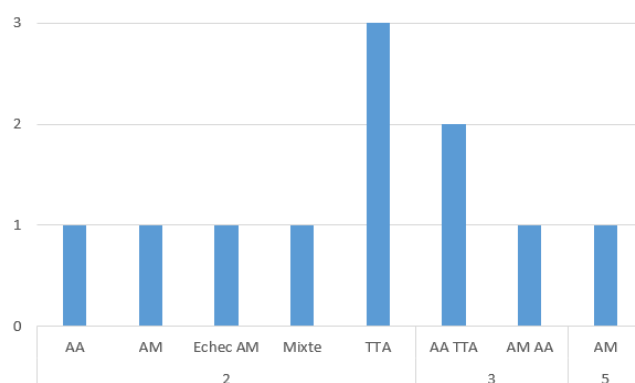
Pour les multipares, soit 11 femmes sur 24, il leur a été demandé leur choix d'alimentation pour leurs enfants précédents. Quatre d'entre elles avaient déjà expérimenté une tétée d'accueil ; quatre avaient allaité leurs enfants ; les autres avaient eu des choix et expériences variables comme on peut le constater sur la figure suivante.

Histogramme : Choix d'alimentation antérieur selon la parité.

AA : Allaitement artificiel

AM : Allaitement maternel

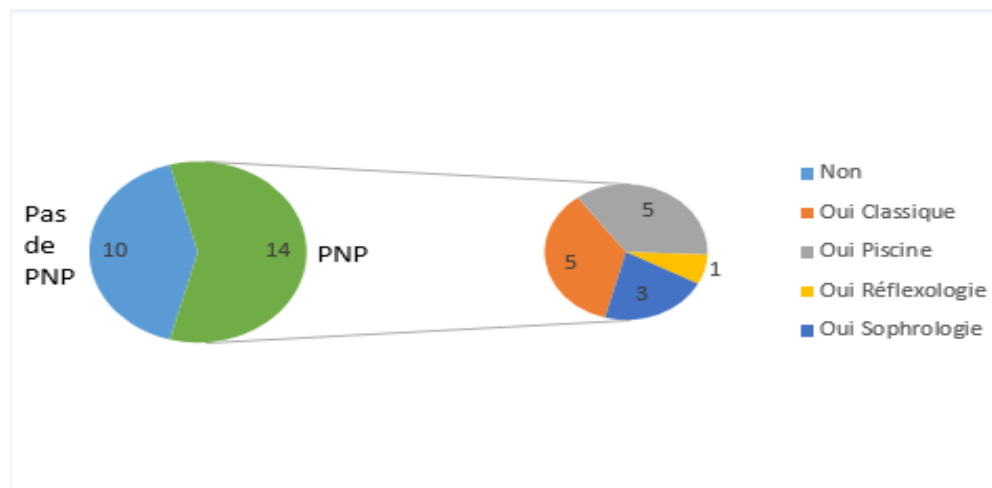
TTA : Tétée d'accueil



2.2.1.6 Préparation à la naissance.

Dans notre population, 14 femmes ont fait une préparation à la naissance et à la parentalité. Cela semble une proportion plus importante que la moyenne des femmes accouchant généralement dans cette maternité. Parmi celles qui n'ont pas choisi d'en faire une, certaines ont déclaré en avoir fait une lors de leur première grossesse et ne pas avoir ressenti le besoin, ou la possibilité, d'en faire une à nouveau pour cette grossesse-ci.

Diagramme : Femmes ayant réalisé une préparation à la naissance et type.



2.2.1.7 Mode d'accouchement.

La quasi-totalité des mères de notre étude (22 sur 24) ont accouché par voie basse. Cependant, en raison de notre définition limitant à 2h de vie la possibilité de réaliser une tétée d'accueil et du fait de l'organisation du service, les patientes ayant eu une césarienne ont plus rarement eu accès à cette pratique.

2.2.1.8 Choix d'alimentation durant la grossesse.

Parmi les 24 mères de notre étude : 15 avaient choisi une alimentation artificielle (AA), dont 3 avaient prévu de réaliser une tétée d'accueil (TTA+AA); 7 n'avaient pas encore décidé le mode d'alimentation pour leur enfant.

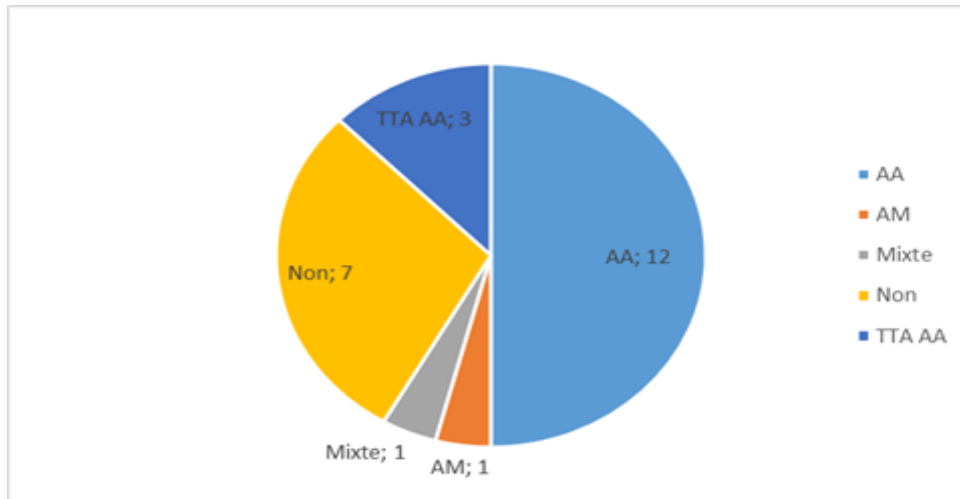


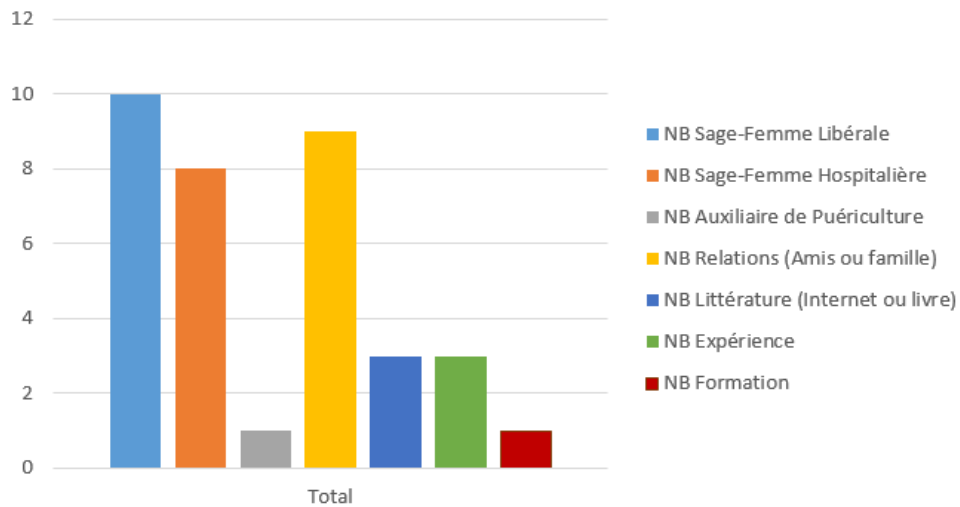
Diagramme : Choix d'alimentation des mères avant l'accouchement.

2.2.2 Connaissances et information des femmes.

2.2.2.1 Personnes délivrant l'information.

La plupart des femmes ont reçu l'information par plusieurs sources : parmi ces sources, on retrouve notamment les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières, tant au niveau des consultations, de la PNP, que par l'information en salle de naissance. Les mères ont également eu accès à une information sur la tétée d'accueil par des proches, des membres de leur famille, collègues, amis, ... qui leur ont transmis leurs propres connaissances et confié leurs expériences personnelles. Une femme a reçu les informations durant sa formation d'auxiliaire de puériculture. Enfin, trois femmes ont déclaré avoir recherché les informations sur internet.

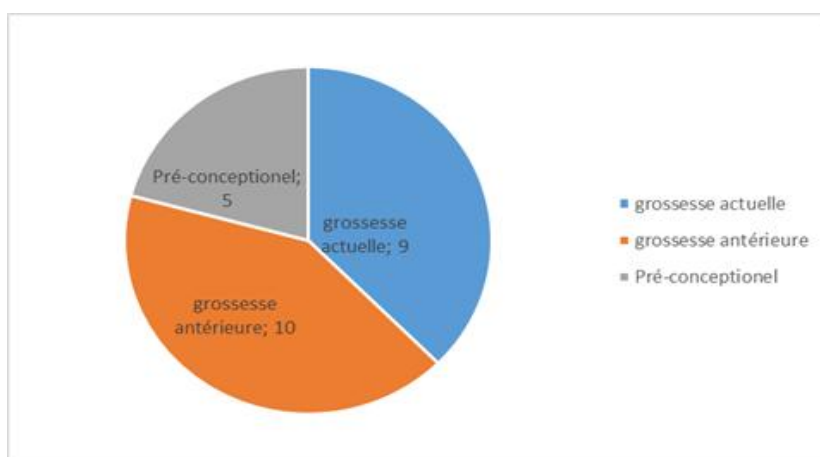
Histogramme : Source d'information des mères.



2.2.2.2 Moment de délivrance de l'information.

Dix femmes ont été informées lors de leur grossesse antérieure (majoritairement pendant la grossesse) ; parmi elles, une seule déclare avoir été informée au moment de la réalisation de la tétée d'accueil. Neuf femmes sur 24 ont été informées lors de leur grossesse actuelle, notamment pendant les cours de préparation à la naissance. Enfin 5 femmes ont été informées en période pré-conceptionnelle, dès l'enfance pour l'une, durant ses études pour une deuxième, ou peu de temps avant la grossesse pour les autres. Elle mentionne particulièrement le cas de grossesses parmi leurs proches.

Diagramme : Moment de délivrance de l'information.



2.2.2.3 Appréciation des femmes quant à la qualité de l'information reçue.

A l'exception de deux femmes, les mères de notre étude se déclarent toutes satisfaites de l'information qu'elles ont reçues, et ce, quelles que soient leurs sources, leurs expériences antérieures. Pour les deux patientes restantes, l'une estime ne pas pouvoir se prononcer par rapport à cette question, et l'autre considère que l'information qu'elle a reçue peut-être améliorée. Cette dernière estime n'avoir reçu les informations détaillées qu'une fois après avoir décidé d'allaiter et non avant de faire un choix.

2.2.2.4 Avantages de la tétée d'accueil cités par les patientes interviewées.

Globalement, les femmes ont été informées sur l'allaitement et établissent des parallèles pour retrouver les avantages de la tétée d'accueil. Seules deux patientes ont des croyances erronées : l'une d'elles pense que la tétée d'accueil stimule les défenses immunitaires de la mère mais pas celles de l'enfant, l'autre pense que la seule tétée d'accueil permet les bénéfices de l'allaitement maternel notamment une diminution des allergies et une meilleure santé à long terme.

En premier lieu, les mères citent le lien mère-enfant comme avantage de la tétée d'accueil (14 femmes sur 24). Puis, 13 d'entre elles citent les bienfaits immunitaires du colostrum, notamment les anticorps et la protection contre les infections. Peu de femmes connaissent les bienfaits digestifs du colostrum (3 sur 24). 5 évoquent l'effet de l'ocytocine sur l'involution utérine et la diminution des saignements mais deux d'entre elles, estiment que c'est un « *avantage-inconvénient* » du fait de la douleur. De plus, 4 mères évoquent la possibilité d'utiliser la tétée d'accueil comme outil décisionnel. L'une d'elle parle de l'effet tranquillisant de la tétée d'accueil sur l'enfant après l'épreuve de l'accouchement ; une autre mentionne un confort mammaire

lorsque sa fille a réussi à téter, et une dernière considère que la tétée d'accueil lui a permis de se déculpabiliser.

Une seule femme ne voit aucun avantage à la tétée d'accueil.

2.2.2.5 Inconvénients de la tétée d'accueil évoqués par les patientes.

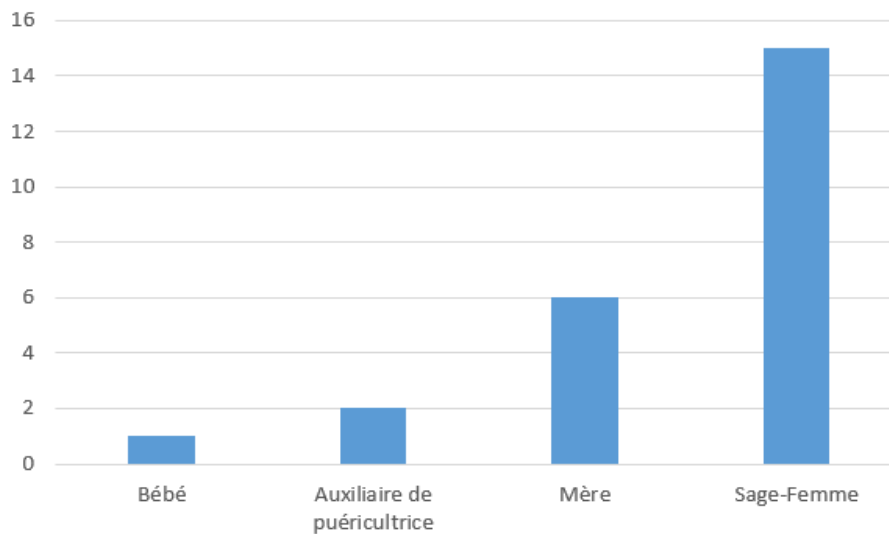
15 femmes sur 24 estiment qu'il n'y a aucun inconvénient à la tétée d'accueil. Parmi les inconvénients mentionnés, 5 femmes citent la douleur (utérine ou mammaire). 2 sur 9 estiment qu'elles étaient trop fatiguées et que la tétée d'accueil s'est ajoutée à leur épuisement ; l'une d'elles regrette l'absence de relation père-enfant pendant ce moment ; une a peur de la transition sein-biberon dès la deuxième alimentation. Enfin une mère déplore que la tétée d'accueil ait eu lieu en salle de naissance alors qu'elle était « *attachée* » par la perfusion, le tensiomètre, ... et regrette le manque d'intimité de ce moment.

2.2.3 Réalisation pratique de la tétée d'accueil.

2.2.3.1 Personne ayant proposé la tétée d'accueil.

Dans la majorité des cas (15 sur 24), c'est la sage-femme de salle de naissance qui a proposé aux parents de réaliser une tétée d'accueil : avant la naissance, au cours du travail ou après la naissance dans quelques cas. Six mères ont demandé à la réaliser : parmi celles-ci, trois d'entre elles précisent avoir eu le sentiment de devancer la proposition de l'équipe soignante. Elles l'attribuent au fait qu'elles étaient heureuses d'avoir découvert une solution qui leur convenait parfaitement. Ce sont les auxiliaires de puériculture qui ont proposé la tétée d'accueil chez deux des mères de notre étude. Enfin, un des bébés s'est lui-même mis au sein spontanément, ce qui a encouragé sa mère à réaliser une tétée d'accueil même si cela n'était pas son choix originel.

Histogramme : Personne à l'initiative de la tétée d'accueil.

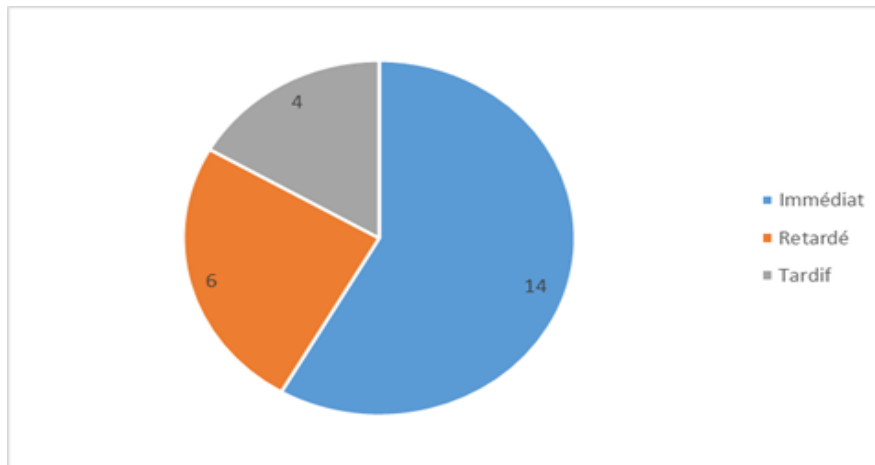


2.2.3.2 Moment où s'est déroulée la tétée d'accueil.

Nous avons classé en trois grandes catégories les informations que nous ont données les femmes, cependant elles soulignent bien souvent une perte de la notion de l'heure durant cette période.

- La catégorie « immédiat » se rapporte aux mises au sein en salle de naissance, juste après l'accouchement et dans la première heure de vie. Cela concerne 14 femmes sur 24.
- La catégorie « retardé » se rapporte aux tétées d'accueil ayant eu lieu en salle de naissance après certains soins et donc après H1. Cela concerne 6 mères sur 24.
- Enfin, la catégorie « tardif » se rapporte aux tétées d'accueil ayant eu lieu en salle de naissance juste avant le passage en suite de couches après H2. Cette catégorie représente 4 mères sur 24.

Diagramme : Moment de la réalisation de la tétée d'accueil.



2.2.3.3 Raisons évoquées par les femmes concernant leur choix de réaliser une tétée d'accueil

Les raisons qu'évoquent les femmes sont bien évidemment en relation avec leurs connaissances, cependant, on observe de grandes disparités entre les avantages et inconvénients connus et les raisons du choix avancées par les patientes. Ainsi 9 femmes sur les 24 citent le premier contact comme raison de leur choix ; 6 déclarent l'avoir fait par curiosité ; 4 disent que les bienfaits du colostrum ont joué dans leur décision de la réaliser et 4 autres pensent que cela est un outil décisionnel qui leur a permis de choisir de réaliser ou non un allaitement maternel. 3 mères estiment que cela leur est venu de manière instinctive, qu'elles n'ont pas eu à y réfléchir sur le moment. Deux des mères ont répondu à l'empressement de leur enfant à prendre le sein. Une des mères évoque une réponse à un sentiment de culpabilité ; une autre mentionne une envie de s'impliquer physiquement due à sa césarienne qui ne lui permet pas d'agir dans la naissance de son enfant. En pratiquant une tétée d'accueil, elle retrouve un acte actif et volontaire dans l'arrivée au monde de son enfant. Enfin, une des mères a choisi de la réaliser en raison d'une

impossibilité personnelle à allaiter malgré une volonté de le faire, la tétée d'accueil était donc pour elle un bon compromis.

2.2.3.4 Ressenti des mères sur ce moment.

17 femmes ont apprécié ce contact, qu'elles ont trouvé dans l'ensemble positif. Deux d'entre elles évoquent même un moment « *miraculeux* ». Elles évoquent également des sensations de frustration (1 mère), de curiosité (1 mère), un sentiment mitigé pour une femme (entre le plaisir du contact avec son enfant et la douleur éprouvée par la tétée d'accueil mais le plaisir du contact restant le plus important). Une des patientes évoque un moment long, douloureux et frustrant qu'elle considère aussi paradoxalement comme un moment « agréable ».

Deux des mères n'ont pas aimé en raison de la douleur.

Cinq femmes ont apprécié le contact avec leur enfant mais n'ont pas aimé la tétée d'accueil. Elles ont estimé celle-ci désagréable (1 mère), frustrante (1 mère) ou mitigé (1 mère) ; les deux autres estiment qu'il s'agissait tout de même d'une expérience positive.

2.2.3.5 Raison du choix d'alimentation artificielle pour les femmes ayant apprécié la tétée d'accueil.

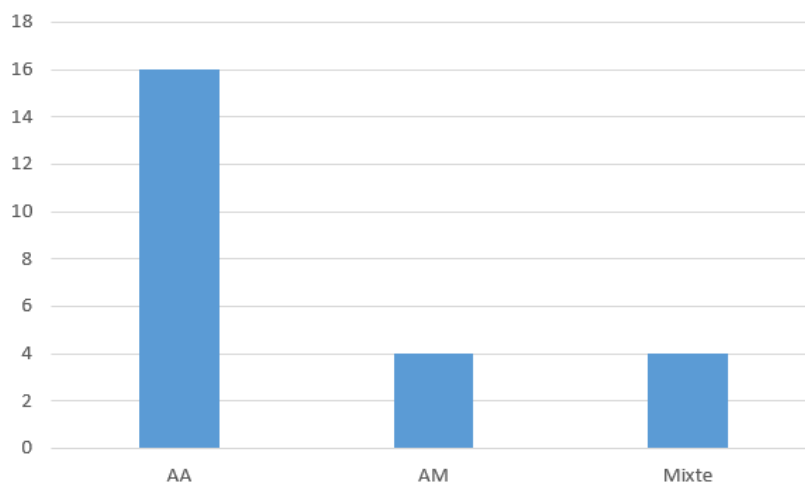
Parmi les mères ayant réalisé une tétée d'accueil, soient 16 femmes dans notre étude, un grand nombre d'entre-elles nous ont dit avoir apprécié ce moment. Pourtant la majorité d'entre-elles ont choisi une alimentation artificielle pour leur enfant. Nous nous sommes donc intéressés aux raisons de ce choix : les patientes évoquent en premier lieu une crainte vis-à-vis des quantités que prend leur enfant, et préfèrent la sécurité du contrôle visuel du biberon (pour 5 mères). Pour 4 femmes, l'essai n'a pas été concluant et ne leur a pas donné envie de poursuivre vers un allaitement maternel. 2 d'entre elles ont jugé la sensation désagréable et ont donc opté pour un allaitement artificiel. 2 autres ont apprécié la tétée d'accueil avec cet

enfant mais ont choisi de rester sur leur choix d'alimentation artificielle en raison d'une mauvaise expérience avec leurs aînés. Pour l'une des mères, la cause est liée à des séquelles d'un accident de la voie publique entraînant des douleurs dues à des cicatrices chéloïdes sur tout le torse. Pour une autre, la reprise de son travail à court terme l'empêche de se projeter dans un allaitement car elle n'envisage pas de devoir sevrer son enfant à court terme. Pour une autre, c'est la présence de plusieurs enfants en bas âge à son domicile qui lui fait craindre une fatigue trop importante. Enfin, deux patientes disent qu'elles ont choisi l'alimentation artificielle car elles estiment que l'allaitement maternel ne favorise pas suffisamment la relation père-enfant.

2.2.3.6 Choix d'alimentation.

Nous avons également demandé aux mères quel choix d'alimentation elles avaient fait en définitive : 16 ont décidé de passer à une alimentation artificielle, 4 ont décidé de poursuivre un allaitement maternel et 4 ont opté pour un allaitement mixte.

Histogramme : Choix d'alimentation.



2.2.3.7 La tétée d'accueil les a-t-elles aidées dans leur choix d'alimentation.

15 femmes sur 24, estiment que la tétée d'accueil les a aidées dans leur choix d'alimentation et 7 mères considèrent que la tétée d'accueil n'a pas influencé leur choix. Une estime qu'elle ne peut pas se prononcer, et une dernière considère que l'influence de la tétée d'accueil sur son choix était minime.

Nous nous sommes alors intéressés à savoir quelles femmes avaient changé d'avis suite à la tétée d'accueil. Nous avons donc exclu de cette sous-population les femmes qui n'avaient pas établi leur choix avant la tétée d'accueil (7 mères) : suite à la tétée d'accueil, 2 mères sont passées d'un projet d'allaitement artificiel à un allaitement mixte, et 1 femme est passée d'un projet d'alimentation artificielle à un allaitement maternel.

2.2.3.8 Avis du père.

Par curiosité, nous nous sommes intéressés à connaître l'avis des pères lorsque cela était possible. Sur les 13 présents au moment de l'entretien, 10 se déclarent heureux de cette expérience. Ils évoquent notamment le lien mère-enfant et le contact. L'un d'eux mentionne tout de même ne pas être en accord avec le choix d'alimentation pour leur enfant (alimentation artificielle). 2 pères estiment être satisfaits de la tétée d'accueil mais sont contre l'allaitement, qu'ils estiment stressant : en effet, ils craignent que leur enfant n'ait pas pris suffisamment de colostrum puisqu'ils n'ont aucun contrôle dessus. Enfin, l'un des pères s'est déclaré contre l'allaitement, y compris la tétée d'accueil, et s'oppose ainsi au choix de sa femme – bien qu'il le respecte.

3 Troisième partie : Discussion

En réalisant cette étude, nous nous sommes intéressés aux raisons qui incitent les femmes à réaliser une tétée d'accueil. Notre grille d'entretien a donc été pensée de manière à pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses. En plus de nos hypothèses initiales, un quatrième axe non prévu est apparu : le fait que les femmes réalisent une tétée d'accueil pour le contact avec leur enfant. Les trois hypothèses ainsi que ce quatrième axe formeront les étapes de notre discussion.

3.1 Les bienfaits du colostrum.

Au cours de nos entretiens, il est apparu que la plupart des femmes connaissent globalement les avantages du colostrum. En effet, lorsqu'on les questionne à ce sujet : 14 femmes sur les 24 femmes interrogées évoquent certains bienfaits du colostrum pour leur enfant, notamment les bienfaits immunitaires du colostrum. Parmi elles, Mme A nous dit : « *cela lui permet d'avoir le 1er lait qui est le meilleur a priori pour lui par rapport aux défenses immunitaires* ». Mme C précise que le colostrum « *donne les 1ers anticorps au bébé* », Mme G. développe même : « *C'est le premier lait, y a plein de choses dedans, qui luttent contre les bactéries, et tout ça ...* » Mme W. ajoute « *Le côté anticorps etc tout ce qui est bon pour la santé* », et Mme M. évoque « *Les anticorps un lait plus riche* ».

Deux femmes évoquent également les bienfaits digestifs du colostrum. Par exemple Mme I. nous a dit « *les avantages : [...] pour bébé, un lait qui fait pas mal au ventre, pas de colique tout ça* », une autre femme Mme Q. ajoute : « *Il me semble que c'est le plus riche et le meilleur pour bébé, après c'est plus facile à digérer pour lui* ».

Pourtant, seules 4 femmes évoquent ces mêmes bienfaits comme une des raisons de leur choix de réaliser une tétée d'accueil : Mme A. a de nouveau mentionné les bienfaits du colostrum comme motif de son choix, elle a répondu ainsi lorsqu'on lui a demandé ses raisons de réaliser une tétée d'accueil : « *Comme tout à l'heure, pour le bébé pour qu'il ait déjà le colostrum* ». Mme M. ajoute également : « *Pour qu'elle ait au moins un peu de colostrum car c'était important pour nous, même si on ne voulait pas réitérer la chose* ».

Ainsi, bien qu'informées sur les bienfaits du colostrum et donc de la tétée d'accueil, les femmes choisissent de la réaliser pour d'autres raisons. Notre hypothèse n'est donc que partiellement validée puisque la majorité des femmes rencontrées connaît les bienfaits du colostrum mais seules 4 d'entre elles les mentionnent comme une raison d'effectuer une tétée d'accueil.

3.2 L'information reçue sur la tétée d'accueil

Notre seconde hypothèse était que : « Les femmes qui consentent à la tétée d'accueil le font suite à l'information qu'elles ont reçue ». Nous nous sommes donc intéressés aux modalités d'information. En effet, nous pouvions craindre que les femmes soient influencées quant à la réalisation d'une tétée d'accueil par les professionnels de santé et que ce choix ne leur soit pas personnel mais éventuellement « imposé » en salle de naissance.

3.2.1 Les sources d'informations :

Au cours de l'analyse de nos entretiens, nous avons remarqué que les femmes ont, en premier lieu, été informées par le personnel médical : 10 l'ont été par des sages-femmes libérales, 8 par des sages-femmes hospitalières, une par une auxiliaire de

puériculture. La deuxième source d'information est constituée par les relations (collègues, amis ou famille). La littérature (livres, internet, revues) est citée par 3 femmes, tout comme l'expérience antérieure. Ainsi, nous avons pu observer que les sources d'informations des patientes ayant participé à notre étude sont variées et que bien souvent elles ont choisi de les cumuler.

3.2.2 Moment de l'information :

Nous avons ensuite cherché à connaître à quel moment l'information leur avait été délivrée.

4 femmes nous ont dit avoir été informées en pré-conceptionnel (voire même dans l'enfance pour l'une d'elles) : 3 femmes ont reçu l'information grâce à la grossesse de l'une de leurs proches, la dernière a reçu l'information lors de ses études.

10 femmes ont reçu l'information lors qu'une grossesse antérieure. Bien que toutes n'aient pas réalisé de tétée d'accueil lors de cette grossesse précédente, une seule avait été informée en salle de naissances, toutes les autres l'avaient été durant la grossesse.

Enfin, 9 femmes sur les 24 interrogées ont été informées au cours de la grossesse, lors des cours de préparation à la naissance ou des consultations de suivi.

3.2.3 Qualité de l'information :

A l'exception d'une femme, toutes jugent satisfaisante la qualité de l'information reçue quant à la tétée d'accueil.

3.2.4 Délai entre information et réalisation de la tétée d'accueil :

Les femmes de notre étude ont toutes eu un délai de réflexion, puisqu'aucune d'entre elles n'a reçu cette information pour la première fois en salle de naissance pour cette grossesse. Au plus tard, elles ont été informées lors des cours de préparation à la naissance qu'elles ont suivis entre le 7ème et le 8ème mois. Pourtant, seules 3 mères avaient décidé avant la naissance de réaliser la tétée d'accueil.

On peut donc en conclure que les femmes de notre échantillon ont librement choisi la tétée d'accueil après un délai de réflexion suffisant. Elles n'ont pas été influencées par les professionnelles de santé les ayant accompagnées. A l'exception d'une : Mme N. qui nous a dit à propos de sa sage-femme libérale : « *Elle a réussi à me convaincre d'essayer.* »

Au total : 20 mères sur 24 interrogées ont été informées par des professionnel de santé. Nous avons déjà établi que globalement les femmes de notre étude n'ont pas été influencées par cette information. Cependant, les mères ont également, pour 12 d'entre-elles, été informées par leur relation, ou la littérature.

Nous pouvons en conclure qu'elles ont toutes eu un délai de réflexion qui leur a permis de faire un choix libre et éclairé et que chaque femme a des motivations qui lui sont propres : premier contact avec leur bébé, côté instinctif, bienfaits du colostrum... Aucune femme dans notre étude ne s'est sentie influencée dans son choix. Aucune femme n'a vécu la tétée d'accueil comme une pratique qui lui aurait été « imposée » en salle de naissance par les professionnels de santé.

3.3 Vecteur du choix d'alimentation.

Notre troisième hypothèse était que : les femmes ayant participé à notre étude utilisaient la tétée d'accueil comme vecteur de leur choix d'alimentation pour leur

enfant. Parmi les mères ayant participé à notre étude, 4 d'entre-elles citent comme avantage à la tétée d'accueil la possibilité de l'utiliser comme outil décisionnel. Ainsi, une des femmes, Mme A, nous dit à propos de la tétée d'accueil qu'elle lui avait « *permis d'avoir une réelle idée de ce qu'est l'allaitement maternel* ». Une autre, Mme E. nous a confié : « *Je ne connais pas les avantages ni les inconvénients, car pour moi seins ou biberons c'est pareil. Je voulais simplement essayer pour connaître le ressenti.* » Finalement, cette patiente n'aura pas trouvé l'essai concluant et a décidé de s'orienter vers une alimentation au biberon. D'autres mères ont exprimé cette possibilité lorsqu'on les a interrogées sur les raisons de réaliser une tétée d'accueil. Ainsi Mme F. et G. nous ont déclaré : « *je voulais essayer.* » Mme F. s'est senti angoissée par l'absence de contrôle des quantités prises par son enfant et a opté pour un allaitement artificiel. Quant à Mme G. elle s'est orientée vers un allaitement mixte. D'autres femmes ont plutôt exprimé de la curiosité à l'égard de l'allaitement maternel, curiosité qu'elles ont pu assouvir par le biais de la tétée d'accueil. Mme J. nous a ainsi dit : « *Déjà la curiosité, je voulais vraiment tester, je me suis dit : si je ne le fais pas je vais le regretter ça va me donner hyper envie.* » Mme H. a également évoqué ce point : « *c'est quelque chose que j'avais envie de faire, d'essayer de voir ce que c'était d'allaiter* ». Suite à cette tétée d'accueil, Mme H. a choisi un allaitement maternel pour son enfant alors que Mme J. s'est dirigée sur une alimentation artificielle.

Lorsque nous les avons interrogées à ce sujet, 15 femmes sur 24 estiment que la tétée d'accueil les a aidées dans leur choix d'alimentation. Mme A. a d'ailleurs développé dans ce sens : « *pour moi, puisque j'étais pas vraiment pour l'allaitement maternel personnellement, et cela m'a permis d'affirmer ce choix lors de la tétée d'accueil* ». Mme J. a trouvé que cette tétée d'essai lui avait permis de ne « *pas du tout culpabiliser d'avoir arrêté le sein pour le biberon [...] Donc, ça me permet de savoir que ce qu'il me convient, c'est le biberon, donc je suis vraiment rassurée* ». Mme P. nous a déclaré : « *j'espérais que ça m'aide dans mon choix.* ».

De plus, on observe que 7 mères n'avaient pas établi leur choix d'alimentation avant la réalisation de la tétée d'accueil. On peut donc considérer que la tétée d'accueil a joué un rôle dans la prise de décision de ces femmes. Par exemple Mme B nous a dit à propos de la tétée d'accueil : « *cela a confirmé que j'allais sur un allaitement*

artificiel. ». Mme G et Mme F parlent également de leur envie d'essayer l'allaitement via la tétée d'accueil : « *Pour essayer* » « *Bébé pleurait lui donner le sein ça m'a paru naturel. Et puis je voulais essayer.* » Cette opinion est également partagée par Mme H. : « *c'est quelque chose que j'avais envie de faire, d'essayer de voir ce que c'était d'allaiter Cela m'a encouragé à continuer dans l'allaitement maternel* »

Enfin, 7 femmes ont changé d'avis sur le mode d'alimentation pour leur enfant à la suite de la tétée d'accueil. Mme D. a ainsi changé ses projets d'alimentation pour son enfant : « *Je voulais allaiter le 1er jour puis passer au biberon.[...] Après, vu que j'ai une montée laiteuse je vais peut-être partir sur un allaitement mixte en allaitant uniquement la nuit.* ». Mme G. est ainsi passée d'un projet d'allaitement mixte à un allaitement maternel exclusif : « *Je voulais faire les deux mais rien n'était fixé. Là j'en suis à un allaitement maternel pur.* » Concernant Mme I, la tétée d'accueil était véritablement une étape charnière de son projet d'alimentation, en effet Mme I est une troisième mère qui lors de son premier enfant a vécu un échec d'allaitement mais qui a réussi à allaiter son deuxième enfant, elle avait donc laissé en suspens sa décision jusqu'à la réalisation de la tétée d'accueil : « *Je savais pas si j'allais y arriver donc j'ai laissé en suspens jusqu'à voir comment allait se passer cette première tétée* ». Mme M. nous a déclaré : « *J'avais pas choisi, enfin je n'étais pas fermé à l'allaitement maternel. Mais plus on se rapprochait de la date de l'accouchement et plus j'avais les réflexes de quelqu'un qui ne veut pas allaiter, je me demandais si on avait assez de biberon, quel lait on allait acheter, etc* ». Elle nous a ainsi dit : avoir tout de même avoir attendu de réaliser la tétée d'accueil pour opter pour l'alimentation artificielle. Concernant Mme Q. « *la première fois, j'avais pas beaucoup de lait, j'avais reçu un choc par rapport à ma fille qui est descendue en néonate donc ça a pas du aider. Avec ma première, j'ai tenu jusqu'à 1 mois 1mois1/2 en galérant sur l'allaitement mixte et là je me suis dit je vais au moins faire la tétée d'accueil.* » la réalisation de la tétée d'accueil après son 1^{er} accouchement lui a permis de faire évoluer son choix pour son deuxième enfant : « *pour la deuxième j'avais décidé le biberon mais je suis revenue sur ma décision je vais faire un allaitement mixte finalement.* ». La tétée d'accueil a également permis à Mme W. d'affiner son choix : « *j'ai choisi un allaitement mixte qui n'était pas du tout mon choix de base mais c'est le fait de l'avoir à la gougoutte c'est ah ...c'est vraiment différent d'avec le deuxième*

ça n'a rien à voir avec le petit. [...] j'ai pas eu la force, j'avais pas de plaisir, je m'y retrouvais pas. » Finalement pour son troisième enfant, Mme W. aura choisi l'allaitement mixte suite à la tétée d'accueil. A l'inverse, Mme X. n'était pas décidée, elle a réalisé une tétée d'accueil et a finalement décidé de passer à une alimentation artificielle : *« Pour le contrôle des quantités et le côté rassurant du biberon. Au final j'ai choisi le biberon. »*

Mme N., quant à elle, n'est pas encore décidée dans son choix définitif d'alimentation, elle a décidé de continuer l'allaitement tant qu'elle y prenait du plaisir, mais d'arrêter dès qu'une difficulté apparaîtrait : *« Je pense que je vais même rester sur l'allaitement, après je ne sais pas du tout la durée, si je vais passer sur du mixte mais si ça continue comme ça sans avoir mal je vais encore continuer un peu, peut-être »*. Cette opinion est également partagée par les pères et notamment Mr U : *« la tétée d'accueil très très bien, pour que chacun essaie la tétée de bienvenue avant de faire son propre choix. »*

De plus, les seules qui évoquent les bienfaits du colostrum comme raison de leur choix de réaliser une tétée d'accueil sont celles ayant par la suite continué par un allaitement maternel. On peut donc s'interroger si la décision de réaliser une tétée d'accueil était réellement due à leur indécision ou s'il s'agissait plutôt d'une manière plus ou moins inconsciente de pallier un manque de confiance dans leur capacité à allaiter leur enfant.

Ainsi, on peut en conclure que la majorité des mères utilisent la tétée d'accueil comme un outil décisionnel de leur choix d'alimentation ultérieure en l'absence de choix antérieur. Mais la tétée d'accueil a aussi pour certaines modifié un choix préexistant. Notre dernière hypothèse est donc vérifiée.

3.4 Premier contact.

Lors de la réalisation de notre étude, 9 patientes ont déclaré avoir réalisé la tétée d'accueil en raison du 1er contact qu'elle leur offrait avec leur enfant, hypothèse que nous n'avions pas envisagée. Ainsi Mme A. nous dit : « *Cela permet déjà un 1er contact avec l'enfant ... j'ai apprécié le contact mais la tétée en elle-même pas réellement* », Mme B. « *cela permet de me tranquilliser et d'avoir un rapport avec mon enfant plus intense.* », Mme C « *J'ai senti que j'avais un fluide avec mon enfant, j'avais besoin de l'avoir contre moi et en fait j'en avais le besoin de participer à son alimentation sachant que je m'y étais pas du tout préparée c'était instantanée. C'était top, vraiment bien, sentir une connexion avec lui j'ai réalisé à ce moment-là que c'est bon il était vraiment avec nous, j'ai senti le fluide.* » De même Mme F. nous a répondu lorsqu'on l'a interrogée sur les avantages de la tétée d'accueil : « *Le contact avec l'enfant !* ». Il en est de même pour Mme K. : « *c'est le plaisir d'être collée avec eux de les retrouver contre soi* ». Mme T. évoque « *le côté rassurant, et pour le bébé aller chercher le sein, de respecter ça. Pour moi le plaisir de le faire et puis les tous 1ers moments avec le bébé* », pour Mme X. « *Le 1er contact est un moment agréable.* ».

D'autres mères l'évoquent lorsqu'on les interroge sur leur raison de réaliser une tétée d'accueil. Par exemple Mme L. nous a dit : « *C'était agréable comme première rencontre avec mon bébé* », Mme M. : « *c'est un moment de câlin avec bébé* », Mme N. va plus loin : « *c'est un lien privilégié entre la maman et le bébé quand il a pu téter, il était en transe comme animé* ». Mme U. considère que « *Cela crée un lien particulier* », pour Mme V. « *Le peau à peau est une façon de dire bonjour surtout associé à la tétée d'accueil [...] Lui souhaiter la bienvenue en salle d'accouchement.* ». Mme W. a également développé ce moment selon son ressenti : « *cette symbiose qu'on a dans le ventre d'une certaine façon et on garde un petit peu pour soi, c'est quelque chose de fusionnel...cette dépendance à l'enfant elle est magnifique car pleine de choses : lui il est rien sans vous, et vous vous n'êtes rien sans lui. C'est magnifique, [...] c'est super beau mais ça le matérialise bien*

l'allaitement je trouve... J'étais pas partie pour mais je suis avec une césarienne ou je participe pas à la naissance du bébé. Psychologiquement, je suis de tout cœur avec eux mais j'ai pas d'effort physique, donc voilà... et je me sens ... un petit peu... physiquement exploitée ... et je pense que c'était une manière de garder la relation avec un accouchement « normal ». Je sais pas ça m'a fait ça. C'est le contact physique qui était cassé. De fait, hein c'est normal et c'était une façon d'y remédier c'était spontané. J'ai apprécié c'est vraiment le fait que c'est fou ce truc-là, il bouge en toi t'es fusionnelle avec. » Cette manière de pallier la "perte" émotionnelle, d'avoir eu une césarienne en réalisant une tétée d'accueil est une raison qui a été mentionnée à plusieurs reprises par les équipes soignantes dans les services lorsque j'allais réaliser les entretiens. Ils ont, à plusieurs reprises, associé cette réalisation à une réponse à un sentiment de culpabilité. Cependant, dans notre étude, cela n'est pas ressorti puisque nous n'avons interrogé que deux patientes ayant eu une césarienne. Cela était dû à notre choix lors de la définition et a donc créé une des limites de notre étude. En effet, comme nous imposons une tétée d'accueil réalisée dans les 2 heures suivant la naissance cela était très difficile de recruter pour notre étude des patientes ayant à la fois une césarienne et eu l'occasion de réaliser une tétée d'accueil dans les 2 h. Nous n'avons donc pas pu nous pencher sur cette idée de réponse à une perte émotionnelle liée à la césarienne.

De plus, les femmes choisissent globalement de réaliser la tétée d'accueil pour le premier contact avec leur enfant. Cet avantage est rarement développé par les professionnelles de santé, mais plus par les femmes, qui en outre, le ressentent de manière quasiment instinctive. Par exemple, Mme C. « *J'ai senti que j'avais un fluide avec mon enfant, j'avais besoin de l'avoir contre moi, et en fait j'en avais le besoin de participer à son alimentation, sachant que je m'y étais pas du tout préparée, c'était instantané. C'était top, vraiment bien, sentir une connexion avec lui j'ai réalisé à ce moment-là, que c'est bon, il était vraiment avec nous, j'ai senti le fluide.* ». Pour Mme E. la tétée d'accueil est venue à elle comme une évidence : « *Parce que c'est normal quand on a porté un bébé pendant neuf mois de faire une tétée d'accueil, c'est normal même si on ne désire pas l'allaiter.* » .

Ainsi, sur les 24 mères qui ont participé à notre étude, 9 d'entre-elles ont évoqué le contact avec leur enfant comme raison de leur choix. Cela offre donc un éclairage différent à notre étude. Finalement, il semblerait que les femmes choisissent de réaliser une tétée d'accueil pour des raisons plus intimes qui relèvent davantage du domaine de l'instinct que du côté rationnel ou vouloir « bien faire » en donnant le « bon colostrum » à leur enfant. En effet, certaines femmes viennent en salle de naissances avec, entre autres, le souhait de réaliser une tétée d'accueil ; d'autres en ressentent l'envie ou le besoin seulement une fois que l'enfant est né et considèrent donc que cette idée s'est imposée à elles comme une évidence. Elles qualifient donc cette envie d' « instinctive ». Ce raisonnement conforte en partie l'idée de certains professionnels de santé qui vont proposer une tétée d'accueil, en pensant aux bienfaits de celle-ci sur la relation mère-enfant et pour son éventuel rôle bénéfique dans l'accès à la parentalité pour ces femmes.

Conclusion

Notre étude unicentrique, réalisée auprès de 24 mères en suites de couches, a montré que les femmes qui réalisent une tétée d'accueil sont représentatives des femmes accouchant dans cette maternité. Elles ont jugé avoir des connaissances suffisantes et une information satisfaisante sur la tétée d'accueil. Et ce, même lorsqu'objectivement, elles avaient des connaissances pauvres ou erronées sur la tétée d'accueil (par exemple un seul avantage connu, source d'information unique et peu fiable).

La tétée d'accueil est le plus souvent proposée par l'équipe soignante mais un certain nombre de mères en ont fait la demande elles-mêmes. En aucun cas, les femmes ont eu l'impression d'y être incitées par l'équipe soignante. Ainsi, dans notre étude, nous avons pu montrer que la plupart des femmes connaissent les bienfaits du colostrum mais que ce n'est généralement pas la raison principale de leur choix. Globalement les motivations des femmes qui réalisent une tétée d'accueil ne sont pas rationnelles ou scientifiques mais c'est plutôt le contact instinctif et intime avec leur enfant qui est mis en avant pour bon nombre d'entre elles. En effet, les femmes choisissent de la réaliser essentiellement pour ce 1er contact, mais l'utilisent aussi comme outil décisionnel de leur choix d'alimentation ultérieure.

De plus la tétée d'accueil est perçue comme très positive par les mères qui ont souvent souhaité la réaliser avant même l'accouchement. Mais pour certaines elle ne s'est imposée qu'à la naissance de leur bébé.

Il est donc important de prévoir un moment spécifique pour la réaliser après la naissance avec l'accompagnement des professionnels de santé, et notamment les sages-femmes, pour qui l'installation du lien mère-enfant constitue une préoccupation majeure en maternité.

Bibliographie

1. Bystrova K, et al. *Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later*. Birth. Juin 2009; numéro 36, pages:97–109.
2. Balland C. *Comment adapter notre regard professionnel sur les premiers instants de la vie ? : Évaluation de la quatrième condition ihab à Lons-le-Saunier*. Spirale. 2003;numéro 27 page 23 - 33.
3. Kajsa Brimdyr, et al. *A Realistic Evaluation of Two Training Programs on Implementing Skin-to-Skin as a Standard of Care*. The journal of perinatal education 2012, pages 149–157.
4. Laurence GIRARD. *De la première rencontre Allaitement maternel à la première tétée Observer l'intimité*. Les Dossiers de l'Obstétrique, Novembre 2011;numéro 409, pages 3 - 9
5. la leche league internationale. *L'Art de l'Allaitement Maternel*. Pocket 2012. 608 p.
6. Cantrill RM, et al. *Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study*. BMC Pregnancy Childbirth. 2014, pages 14 - 20.
7. Aghdas K, et Al. *Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial*. Women Birth. 2014 Mar;27(1), pages 37–40.
8. G. Gremmo-Feger, et Al, *De quoi le nouveau-né bien portant a-t-il besoin en salle de naissance ?* Journées nationales de Néonatalogie.2009.
9. G. Gremmo-Féger. *Accueil du nouveau-né en salle de naissance*. 2002; les dossiers de l'allaitement 51. pages 18 – 21.
10. Laurence GIRARD. *De la première rencontre à la première tétée 2011* Les dossiers de l'obstétrique numéro 408, page 12
11. Widström A-M, et Al. *Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation*. Acta Paediatr. 2011 Jan;100 pages 79–85.
12. Suzanne Colson. *Maternal breastfeeding positions : Have we got it right?* The practising midwife, 8. 2005 Dec pages 29 – 32.
13. geraldine Magnan. *suzanne colson, rendons l'allaitement aux mères. profession sage-femme 2012* numéro 181 pages 36 – 38.



14. Suzanne Colson *An Introduction to Biological Nurturing: New Angles on Breastfeeding*. breastfeedingtoday Numéro 5, 2010 pages 6 – 7.
15. Colson SD, et Al. *Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding*. Early Human Development 84. 2008 pages 441–449.
16. Marie Thirion. *Histoire de l'allaitement* chapitre *Histoire et culture* Albin-michel 2010 p. 232 – 242.
17. Capponi I, Roland F. Allaitement maternel : liberté individuelle sous influences. Devenir 25. 2013 pages:117- 136.
18. Angel Gil and Ricardo Rueda (2002). *Interaction of early diet and the development of the immune system*. Nutrition Research Reviews, 15, pages 263-292.
19. Bo Lönnerdal *Infant formula and infant nutrition: bioactive proteins of human milk and implications for composition of infant formulas* American Society for Nutrition 2014 pages 113 – 119.
20. FAO. La nutrition dans les pays en développement...Chapitre 7 L'allaitement maternel [Internet]. Available from: <http://www.fao.org/docrep/004/W0073F/w0073f08.htm> Consulté le 28/07/2015
21. M. Tackoen. *Breast milk : its nutritional composition and functional properties* rev med brux. 2012.33 pages 309 - 317
22. Sizun J, et Al. *Allaitement maternel et prématurité : intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille*. Spirale. 2003;27 pages 15 – 22.
23. Arkadios Dimitrogloua, et Al. *Effects of mannan oligosaccharide supplementation on growth performance, feed utilisation, intestinal histology and gut microbiota of gilthead sea bream* Science direct. 2010. pages 182–188.
24. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie :, Dominique TURCK et Al. *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère* [Internet].<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf> consulté le 08/06/2015.
25. association des lactarium de france. *composition-du-lait-maternel* [Internet]. <http://sdp.perinat-france.org/ADLF/composition-du-lait-maternel.php> consulté le 09/06/2015.
26. Olivia Ballard, et Al. *Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors*. Pediatric clinique 2013 Feb; pages 49–74.



27. Wen L, et Al. *The impact of breastfeeding on postpartum pain after vaginal and cesarean delivery*. J Clin Anesth. 2015 Feb;27: pages 33–38.
28. Khripun AI, et Al. *Immunological aspects in spleen ruptures surgery due to closed abdominal trauma*, Khirurgiia. 2015;(3): pages 76–80.
29. Ershov FI, Narovlyansky AN. *Usage of interferon inducers during viral infections* Vopr Virusol. 2015;60 pages :5–10.
30. Jost T, et Al. *Stability of the maternal gut microbiota during late pregnancy and early lactation*. Curr Microbiol. 2014 numéro;6 pages :419–427.
31. Langhendries J, et Al. *Acquisition de la flore intestinale néonatale: rôle sur la morbidité et perspectives thérapeutiques*. Archives de Pédiatrie. 1998 Jun; numéro 6 pages :644–653.
32. Kull I, *Breast feeding and allergic diseases in infants-a prospective birth cohort study*. Arch Dis Child. 2002 Dec;87 pages :478–481.
33. j. Sizun et Al. *Allaitement...* Spirale. 2003; numéro 27 pages:179 – 181
34. Organisation mondiale de la Santé. DEPARTEMENT SANTE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT [Internet]. 1999 http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf consulté le 01/03/2015.
35. Christelle Dodane & Karine Martel *La prosodie chez le bébé au stade pré-linguistique: premières formes stables*. 2008; Laboratoire de Caen et Montpellier.
36. Guigui G. *Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement*. Devenir. 2007;numéro 19 pages 261- 297.
37. Code de la santé publique - Article L1111-2. *Code de la santé publique*. 04/02/2016.
38. Code de la santé publique - Article L1111-4. *Code de la santé publique*. 4/02/2016.
- 39.HAS, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée »* Octobre 2013, 76 pages.
40. Conseil National de l'Ordre des Médecins *Article 36 - Consentement du patient* [Internet] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260> consulté le 05/04/2015.

Annexes

Annexe 1: grille d'entretien

Questions générales :

- Pourriez-vous me donner votre âge ?
- A quels origines/milieus culturels appartenez-vous?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Combien d'enfants avez-vous ?
- Si vous avez déjà un (des) enfant(s),
 - quels choix d'alimentation aviez-vous fait ?
 - Si vous aviez choisi l'alimentation artificielle, aviez-vous réalisé une tétée d'accueil ?
- Pour cette grossesse :
 - Avez-vous suivi une préparation à la naissance et à la parentalité ?
 - Si oui : de quel type ?
 - Aviez-vous choisi l'alimentation artificielle pour votre enfant pendant la grossesse ?

Information et connaissances des femmes :

- Par qui avez-vous été informé sur la tétée d'accueil ?
- A quel moment en avez-vous eu connaissance ?
- Cette information vous-a-t-elle semblé claire et suffisante ?



- Quels avantages de la tétée d'accueil connaissez-vous pour vous-même et pour votre enfant ?
- Y connaissez-vous des inconvénients ?

Réalisation d'une tétée d'accueil

- Qui vous a proposé de faire une tétée d'accueil et à quel moment s'est-elle déroulée ?
- Quelles sont les raisons de ce choix ?
- Qu'en avez-vous pensé ?
- Avez-vous apprécié ce moment ?
 - Si oui qu'est ce qui vous a fait choisir l'alimentation artificielle ?
- La tétée d'accueil vous-a-t-elle aidé dans votre choix d'alimentation ?

Retranscription d'un entretien :

Mme W.

Questions générales :

- Pourriez-vous me donner votre âge ?
« 34ans »
- A quels origines/milieus culturels appartenez-vous ?
« Espagne, algérienne, et je suis de nationalité française ! »
- Quel est votre niveau d'étude ?
« BAC+2 commerce »
- Combien d'enfants avez-vous ?
« 3 »
- Si vous avez déjà un (des) enfant(s),
 - Quel choix d'alimentation aviez-vous fait ?
« Biberons »
 - Si vous aviez choisi l'alimentation artificielle, aviez-vous réalisé une tétée d'accueil ?
« Pour le 2ème. C'était pas très agréable, j'ai pas adhéré en fait, trop jeune, c'est sûr, là je le vis total différent. »
- Pour cette grossesse :



- Avez-vous suivi une préparation à la naissance et à la parentalité ?
 - « non »
- Aviez-vous choisi l'alimentation artificielle pour votre enfant pendant la grossesse ?

« Oui »

Information et connaissances des femmes :

- Par qui avez-vous été informé sur la tétée d'accueil ?

« Pas à l'hôpital. C'est plutôt l'échange avec les amis etc plutôt le relationnel. »

- A quel moment en avez-vous eu connaissance ?

« Lors de la 2ème grossesse »

- Cette information vous-a-t-elle semblé claire et suffisante ?

« Oui très bien ça a levé toutes mes interrogations »

- Quels avantages de la tétée d'accueil connaissez-vous pour vous-même et pour votre enfant ?

« C'est... "ouah", cette symbiose qu'on a dans le ventre... d'une certaine façon et on garde un petit peu pour soi, c'est quelques chose de fusionnel. Le côté anticorps etc, tout ce qui est pour la santé, et pour moi c'est surtout la fusion avec l'enfant et puis récupérer physiquement après. L'allaitement pour moi c'est plus une contrainte, faut pas que ça dure. Parce que je fais un métier où je peux pas l'allaiter pendant 6 mois. Enfin si ... mais avec tire lait biberon ... mais là c'est allaitement mixte. Je pense pour un petit mois. Puis il passera au biberon je pense.

Je peux pas être immunodépendante et lui aussi.

Mais cette dépendance à l'enfant elle est magnifique car pleine de choses : lui il est rien sans vous et vous vous êtes rien sans lui. C'est magnifique, mais il y a le travail : on peut pas c'est super beau.

Mais ça matérialise bien l'allaitement je trouve... »

- Y connaissez-vous des inconvénients ?

« Non je crois pas »

Réalisation d'une tétée d'accueil

- Qui vous a proposé de faire une tétée d'accueil et à quel moment s'est-elle déroulée ?

« Alors on m'a demandé, enfin moi j'ai eu une césarienne on me l'a demandé au bloc opératoire hier matin. La sage-femme est venue se présenter avant qu'ils fassent leur travail et m'a demandé les vêtements du bébé etc . Et si je souhaitais lui donner la tétée etc puisqu'il fallait lui donner un petit biberon le temps que je me remette de tout ça quoi. Donc elle a donné un tout petit peu ; de manière à ce qu'il ait quand même envie d'y aller.

On m'a demandé j'ai même pas demandé.

J'en avais pas l'envie en arrivant mais quand on m'a demandé j'ai trouvé que c'était une bonne idée. »

- Quelles sont les raisons de ce choix ?

« J'étais pas partie pour mais je suis avec une césarienne ou je participe pas à la naissance du bébé. Psychologiquement je suis de tout cœur avec eux mais j'ai pas d'effort physique donc voilà... et je me sens ... un petit peu... physiquement exploitée ... et je pense que c'était une manière de garder la relation avec un accouchement « normal ».

Je sais pas, ça m'a fait ça



C'est le contact physique qui était cassé de fait ; hein ? C'est normal et c'était une façon d'y remédier, c'était spontané.

Un beau cas d'école peut-être ? »

➤ *Qu'en avez-vous pensé ?*

« J'ai apprécié c'est vraiment le fait que c'est fou ce truc-là, il bouge en toi, t'es fusionnelle avec ... A un moment donné il te manque, je crois, je sais pas comment ... voilà ça continue... c'est vraiment que ça le ressenti. »

➤ *Avez-vous apprécié ce moment ?*

« Oui tout à fait. »

○ *Si oui qu'est-ce qui vous a fait choisir l'alimentation artificielle ?*

« C'est vraiment différent d'avec le 2ème ça n'a rien à voir avec le petit en fait. J'ai eu une césarienne en urgence pour souffrance fœtale avec le 2ème et je l'ai très mal vécue psychologiquement, et du coup quand je suis sortie, que j'étais là au même jour j'avais 40 de fièvre et je pense qu'il faut vraiment être assez costaud quand on a une césarienne et qu'on allaite. L'allaitement crée des contractions et donc ça donnait encore plus mal à la cicatrice et moi j'étais trop faible psychologiquement et physiquement je pense que j'étais pas assez costaud. Et dès qu'il touchait ça irradiait d'une force ! Que là je retrouve pas. C'était très dur, très douloureux et j'ai pas eu la force, j'avais pas de plaisir, je m'y retrouvais pas. »

➤ *La tétée d'accueil vous-a-t-elle aidé dans votre choix d'alimentation ?*

« Oui

J'ai choisi un allaitement mixte qui n'était pas du tout mon choix de base mais c'est le fait de avoir l'avoir à la gougoutte c'est ah ..." »