



HAL
open science

La pression sociale exercée sur les femmes qui choisissent de nourrir leur enfant avec du lait artificiel

Salomé Martins

► To cite this version:

Salomé Martins. La pression sociale exercée sur les femmes qui choisissent de nourrir leur enfant avec du lait artificiel. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04568052

HAL Id: dumas-04568052

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04568052v1>

Submitted on 3 May 2024

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.



Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
Faculté de Médecine
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

La pression sociale exercée sur les femmes qui choisissent de nourrir leur enfant avec du lait artificiel

Salomé MARTINS
Née le 12 août 1999
A Aix en Provence, Bouches-du-Rhône

Mémoire présenté et soutenu le 20 Mars 2023
Directeur de mémoire : Nathalie RUSSIANO

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME
2023

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Madame Nathalie Russiano et ma guidante Madame Marielle Bourgeois pour leur disponibilité, leur soutien et leurs conseils tout au long de ce travail.

A Madame Alexandra Musso pour son aide et ses réponses à mes questions sur le travail statistique.

A mes camarades de promotion, Jasmine, Haïfa, Léa et toutes ces belles rencontres qui ont rendu si agréables ces quatre années de travail.

A mes parents, mon frère et ma sœur pour leur amour et leur soutien durant ces années d'études.

A Alexandre pour son soutien et ses conseils durant les moments difficiles, qui a toujours su m'encourager et croire en moi.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Liste des Tableaux, Figures et Annexes | 4 |
| Liste des abréviations | 5 |
| 1. Introduction | 6 |
| 2. Définitions | 10 |
| 3. Histoire de l'allaitement | 12 |
| 4. Matériel et méthode | 14 |
| 4.1 Protocole de recherche et population de l'étude | 14 |
| 4.2 Critères de jugement | 15 |
| 4.3 Analyses statistiques | 15 |
| 5. Résultats | 16 |
| 5.1 Identification de la pression sociale exercée sur les femmes qui n'allaitent pas | 17 |
| 5.1.1 Niveau de pression sociale | 17 |
| 5.1.2 Efficacité et conséquences des recommandations de l'OMS | 19 |
| 5.2 Identification des facteurs de vulnérabilité | 20 |
| 5.2.1 La région | 20 |
| 5.2.2 Les caractéristiques sociodémographiques | 21 |
| 5.2.3 Les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement | 23 |
| 5.2.4 Les expériences et antécédents d'allaitement maternel | 24 |
| 5.2.5 Les caractéristiques de la décision d'AA | 27 |
| 5.3 Influence de la pression sociale sur les affects négatifs | 30 |
| 5.3.1 La culpabilité | 30 |
| 5.3.2 La honte | 32 |
| 5.3.3 L'estime de soi | 34 |
| 6. Discussion | 36 |
| 6.1 Synthèse des principaux résultats et comparaison | 36 |
| 6.1.1 Identification de la pression sociale | 36 |
| 6.1.2 Les caractéristiques de la pression sociale | 37 |
| 6.1.3 Les facteurs de vulnérabilité | 38 |
| 6.1.4 Influence de la pression sociale sur le sentiment de culpabilité | 42 |
| 6.1.5 Influence de la pression sociale sur le sentiment de honte..... | 42 |
| 6.1.6 Influence de la pression sociale sur l'estime de soi | 43 |
| 6.2 Forces et limites de l'étude | 44 |
| 6.2.1 Limites de l'étude | 44 |
| 6.2.2 Forces de l'étude | 45 |
| 7. Conclusion | 48 |

Liste des Tableaux et Figures

Figure 1. Boîte à moustache du score de pression social

Tableau 1. Caractéristiques de l'influence sociale

Tableau 1 bis. Caractéristiques de l'influence sociale

Tableau 2. Perception des recommandations de l'OMS

Tableau 3. Caractéristiques géographiques

Tableau 4. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 4 bis. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 5. Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement

Tableau 6. Caractéristiques des expériences d'allaitement maternel

Tableau 7. Caractéristiques de la tétée de bienvenue

Tableau 8. Caractéristiques de la décision d'AA

Tableau 8 bis. Caractéristiques de la décision d'AA

Tableau 9. Identification du sentiment de culpabilité selon la médiane du score de pression

Tableau 10. Identification du sentiment de honte selon la médiane du score de pression

Tableau 11. Caractéristiques de l'estime de soi des participantes selon la médiane du score de pression

Tableau 11 bis. Caractéristiques des ressentis selon la médiane du score de pression

Liste des Annexes

Annexe 1. Pyramide des besoins de Maslow

Annexe 2. Questionnaire

Liste des abréviations

AA : Alimentation artificielle

AM : Allaitement maternel

OMS : Organisation mondiale de la santé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

PNNS : Programme national nutrition santé

SA : Semaines d'aménorrhée

1. Introduction

La question du choix d'alimentation qui conviendra le mieux au couple parents/enfant se pose avant, pendant et après la grossesse. De nos jours, l'allaitement maternel n'a plus à prouver son bénéfice sur la santé de l'enfant et de la mère. Ainsi depuis plusieurs années, la promotion de l'allaitement maternel est devenue un enjeu de santé publique majeur. La promotion de l'allaitement maternel est l'un des objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS), de plus l'OMS préconise depuis 2001 : « un allaitement exclusif au sein jusqu'à 6 mois ».

Pour différentes raisons les couples peuvent choisir une alimentation artificielle au biberon pour leur enfant. L'OMS définit le lait artificiel comme « tout aliment commercialisé, ou présenté de toute manière comme un produit de remplacement partiel ou total du lait maternel humain, qu'il convienne ou non à cet usage ».

D'après l'enquête nationale périnatale, 738 000 bébés sont nés vivants en France en 2021. Deux tiers des femmes ont déclaré avoir choisi le mode d'alimentation de leur enfant avant la grossesse et un tiers des femmes l'a choisi pendant la grossesse. Le mode d'alimentation choisi préférentiellement avant la naissance par les mères était l'allaitement maternel (soit 64,8%), puis le lait artificiel du commerce venait en seconde place (soit 26,7%) et enfin venait l'allaitement mixte (soit 8,5%). Cependant, durant le séjour en maternité, les différents taux des modes d'alimentation sont en décalage avec le mode d'alimentation initialement choisi. On retrouve un taux d'allaitement maternel exclusif à 56,3% et un taux d'allaitement mixte à 13,4%. Malgré cette discordance, la promotion de l'allaitement maternel a fait ses preuves. Les taux d'allaitement maternel exclusif ont augmenté par rapport à l'enquête de 2016. De plus, le taux des femmes ayant essayé une mise au sein dans les deux premières heures de vie de l'enfant avec la tétée de bienvenue est en légère augmentation avec un taux de 69,4% en 2021, contre 65,7% en 2016 (1).

À notre connaissance, aucune étude n'a analysé l'influence sociale pesant sur le choix d'alimentation artificielle en France. En revanche, dans la littérature anglo-saxonne, la pratique de l'alimentation au lait artificiel est identifiée comme un défaut moral et un échec par les femmes. Dans des études réalisées en Angleterre et en Ecosse, des mères ont déclaré se sentir sous la « pression » d'allaiter. Cette pression leur était transmise par les nombreux messages culturels et promotionnels de l'allaitement ainsi que par l'attitude des professionnels de santé (2)(3).

- La promotion de l'allaitement maternel

La promotion de l'allaitement maternel est largement analysée et critiquée dans la littérature anglo-saxonne. Dans une étude publiée en 2016, *Britney Benoit et al*, ont utilisé le féminisme phénoménologique pour analyser les conséquences des pratiques courantes de la promotion de l'allaitement maternel. La promotion de l'allaitement telle qu'elle est actuellement pratiquée est perçue comme une obligation morale et une source de culpabilité (4). De même *Ellie Lee*, dans son article suggère que même si les messages de santé publique pro-allaitement reflètent les connaissances scientifiques sur les différents avantages nutritionnels et immunologiques du lait maternel, ils génèrent également des dimensions moralisatrices (5).

Ces différentes études nous permettent de réfléchir sur la nature de nos informations en santé publique. Par conséquent, certaines études ont cherché à trouver une alternative entre preuves scientifiques et messages moralisateurs. Dans son étude, *Jessica Nihlén Fahlquist*, suggère la diffusion de messages promotionnels plus empathiques avec la mise en place de dialogues attentifs autour de l'alimentation du nourrisson (6). De plus, *Amy Brown* suggère dans sa publication que les professionnels et les politiques devraient mettre l'accent sur des valeurs plus larges comme « chaque tétée compte » plutôt que « recommandé jusqu'à 6 mois » (7).

- Soutien des professionnels

Quelques études anglo-saxonnes ont étudié l'attitude des professionnels face aux choix d'alimentation artificielle. Il semblerait que les mères utilisant du lait artificiel reçoivent moins de conseils et de soutien que les mères qui allaitent. Dans leur étude, *Jessica Appleton et al* ont exploré les sources de conseils reçus par les femmes qui nourrissent leur enfant avec du lait artificiel. Ces mères ont déclaré ne pas recevoir assez d'informations. Plus d'une femme sur cinq n'avaient jamais reçu de conseil de la part d'un professionnel de santé (8).

L'information et le soutien adéquat pour les mères qui utilisent le biberon est indispensable afin d'éviter les erreurs de préparation. Une revue de la littérature anglaise, déclare que le manque d'information de la part des professionnels de santé induit des erreurs de préparation du lait artificiel. De plus, les mères déclarent ne pas se sentir habilitées à prendre des décisions en matière de préparation et d'alimentation (9).

Ainsi, dans leur étude, *Thomson et al* suggèrent des stratégies de soutien qui tiennent compte des contraintes personnelles, culturelles, idéologiques et structurelles pour les mères non allaitantes (2).

- Conséquences psychologiques

Cette pression sociale et le manque de soutien perçu par les mères, nous amène à réfléchir sur les éventuelles conséquences et complications que cela pourrait engendrer. Dans la littérature anglo-saxonne existante, les affects négatifs tels que la dépression, l'anxiété, la culpabilité et la honte ont été associés à une durée d'allaitement maternel courte et à la pratique d'une alimentation artificielle au biberon. Dans une récente revue de la littérature, des chercheurs ont sélectionné 20 articles explorant la culpabilité et la honte en relation avec la méthode d'alimentation choisie. Dans ces revues, les résultats quantitatifs ont démontré que la culpabilité était plus fréquemment ressentie chez les mères qui avaient choisi de ne pas allaiter. En revanche, aucune littérature quantitative n'a examiné la honte en fonction du mode d'alimentation du nourrisson (10).

Abraham Maslow a créé en 1940 une pyramide de hiérarchisation des besoins fondamentaux. Le besoin d'accomplissement de soi et le besoin d'estime de soi ne peuvent être satisfaits que si les autres besoins primordiaux au bas de la pyramide sont satisfaits. Effectivement, les individus doivent d'abord satisfaire leurs besoins physiologiques, leurs besoins de sécurité et leur besoin d'appartenance à un groupe social (*Annexe I*). Aujourd'hui, l'acceptation sociale et l'appartenance à un groupe est au cœur des préoccupations et semble indispensable pour satisfaire le besoin d'accomplissement et les besoins d'estime de soi. L'acceptation sociale passe par l'influence sociale ou la pression sociale qui est l'influence exercée par un individu, ou par un groupe sur chacun de ses membres, dont le résultat est d'imposer des normes dominantes en matière d'attitude et de comportement.

Il semble aujourd'hui indispensable, dans un Pays comme la France où l'allaitement maternel est prôné, de s'intéresser au vécu et au ressenti des couples qui ne souhaitent pas choisir un allaitement maternel pour leur enfant. Aucune étude descriptive et quantitative n'a été faite en France, ce qui justifie mes recherches.

L'hypothèse principale de cette étude est que comme dans les pays Anglo-saxons, la pression de la société en France pèse sur les mères qui ne veulent pas allaiter et cette pression engendre chez elles des sentiments négatifs de culpabilité, de honte et une faible estime d'elles-mêmes.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier la pression sociale qui pèse en France sur les mères qui n'allaitent pas et d'identifier les facteurs de vulnérabilité devant nécessiter une prise en charge renforcée et adaptée afin d'éviter le développement d'affects négatifs.

L'objectif secondaire est d'analyser les répercussions de la pression sociale sur les sentiments de honte, de culpabilité et sur l'estime de soi de ces mères.

2. Définitions

Une revue de la littérature parue en 2022 souligne l'importance de définir les notions de culpabilité et de honte dans un contexte d'alimentation du nourrisson afin d'éviter les mauvaises interprétations et de permettre des enquêtes plus approfondies et plus ciblées. Afin d'apporter des définitions académiques de culpabilité et de honte spécifiques au contexte d'alimentation du nouveau-né, cette étude a exploré 20 articles dont seulement 2 avaient défini ces notions en utilisant des définitions générales (11).

La honte et la culpabilité sont des émotions réflexives qui appartiennent aux émotions morales et apparaissent lorsque les normes socioculturelles sont rompues. Bien que ces émotions puissent se produire simultanément et provenir de la même transgression perçue ou réelle, il semble indispensable d'après les recherches de *Lazare* de les différencier et de les interpréter en fonction du contexte. Selon lui, un acte peut culpabiliser l'individu et, en s'intériorisant il provoquera par la suite de la honte (12).

- La culpabilité

Selon *Lazare (1987)* et *Lewis (1971)*, la culpabilité comprend un sentiment de tension, de remords et de regret concernant une transgression morale mais elle n'intègre pas l'auto-conscience ni l'auto-condamnation. La culpabilité est extériorisée et orientée vers le comportement (12).

Selon la revue de la littérature de *Leanne Jackson*, dans un contexte d'alimentation du nourrisson la culpabilité a été associée à un sentiment défensif (11).

- La honte

La honte est définie comme l'intériorisation de la culpabilité. Elle se produit lorsqu'il y a une brèche entre l'évaluation cognitive du moi idéal et celle du moi réel. Selon *Lewis (1971)*, la honte intègre l'affect, les cognitions et les actions telles que le retrait et l'isolement. Ce sentiment d'humiliation dû à la conscience d'une faute implique l'évaluation de soi qui émerge à travers la prise de conscience d'une déficience ou du sentiment de ne pas être assez bon. Selon les recherches de *Leanne Jackson*, dans un contexte d'alimentation du nourrisson, la honte a été associée à la dissociation de son identité maternelle et elle s'est avérée être associée à la dépression du post-partum (11). D'après *Lazare (1987)*, la honte se produit par l'interaction

entre 3 facteurs : l'évènement provoquant la honte, la vulnérabilité du sujet et le contexte social. Selon lui, c'est lorsque l'individu sollicite une aide professionnelle que se produit l'interaction entre l'évènement générateur de honte et la vulnérabilité du sujet. Encore selon lui, le mécanisme de défense de la honte est le désir de se cacher et de s'échapper. Il souligne également l'importance du contexte social et des réseaux personnels dans l'exacerbation ou l'atténuation du sentiment de honte (12).

Selon un article publié par *Cambridge University press* en 2020, la honte est un sentiment plus dommageable et moins adaptatif que la culpabilité. Le problème est le degré de vulnérabilité des femmes face à la honte. Pour lutter contre cette vulnérabilité, il faudrait aider les mères à se construire leurs propres idéaux d'une bonne maternité (13).

- L'estime de soi

Ces émotions peuvent avoir des répercussions sur l'estime de soi des femmes et sur leur rôle de mère. L'estime de soi en psychologie est un terme qui désigne le jugement qu'une personne a sur sa propre valeur, c'est une définition qui a évolué au cours du temps. *Rosenberg* définit l'estime de soi comme un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle à l'égard de soi. Il fut le premier à mettre au point une échelle permettant de mesurer l'estime de soi en psychologie. Selon *Lazare*, la honte agresse les perceptions en matière de maîtrise de soi, d'indépendance et de compétence (12).

3. Histoire de l'alimentation du nourrisson

La pratique de l'allaitement maternel existe depuis des siècles. Cependant lorsque l'on se penche sur son évaluation, on prend conscience de l'évolution des mentalités et de l'influence de la société sur la méthode d'alimentation. La pratique de l'allaitement a évolué au cours des époques selon la place de la femme au sein de la société.

Durant l'antiquité le lait maternel était signe de vie et de santé. Cependant, allaiter était considéré comme étant un frein aux rôles de maîtresse de maison. C'est ainsi que les nourrices sont apparues à partir de 2000 ans avant Jésus-Christ. À cette époque, les mères venant des milieux les plus aisés avaient recours à des nourrices, ainsi elles pouvaient procréer à nouveau et remplir leurs devoirs de maîtresse de maison (14)

Durant le Moyen-Âge, la pratique des nourrices a continué à se développer, cependant l'allaitement des enfants par leur propre mère était largement préféré. Le lait maternel à cette époque était considéré comme possédant des qualités magiques et on croyait qu'il pouvait transmettre à la fois des caractéristiques physiques et psychologiques. Les mères allaitantes étaient considérées comme des saintes et le choix des nourrices pour les femmes les plus aisées était un choix crucial. C'est à partir de cette époque, que semble avoir été pratiqué l'allaitement artificiel ; on utilisait des cornes de vache mais cela restait une alternative peu utilisée.

Tout au long de la Renaissance, l'utilisation d'une nourrice était la meilleure alternative pour les mères qui ne pouvaient pas allaiter leurs enfants. A cette époque, être nourrice était une profession populaire, bien rémunérée et hautement organisée. En France les nourrices étaient enregistrées dans les bureaux municipaux de l'emploi, des lois étaient établies et appliquées pour réglementer leur emploi. Elles devaient passer un examen médical et il était interdit qu'une nourrice allaite un autre enfant jusqu'à ce que son propre enfant ait 9 mois. Durant la Renaissance, principalement les familles les plus riches avaient recours à une nourrice.

À partir du XVI^{ème} siècle, les nourrices sont accusées d'être à l'origine du fort taux de mortalité infantile. La pratique des soins par une nourrice est passée des familles les plus riches aux familles à faible revenu et l'utilisation du biberon est devenu signe de richesse. C'est également à partir de cette époque, que les seins deviennent signes de symboles sexuels.

À partir du XIX^{ème} siècle, l'industrie du biberon est à son apogée avec la révolution industrielle. On assiste à la disparition progressive des nourrices jusqu'à leur extinction en 1990. Ainsi, à cette époque, avec la révolution industrielle et l'apparition des courants féministes, l'allaitement artificiel était prédominant sur l'allaitement maternel. Les mères voulaient travailler sur le même pied d'égalité que les hommes.

Au début du 20^{ème} siècle, l'allaitement artificiel continue de croître et prend une place importante dans l'alimentation du nourrisson. Grâce aux travaux de Pasteur et à la baisse de la mortalité infantile, le biberon semble l'alternative la plus sûre. En revanche, la recherche médicale progresse vite et souligne à partir des années 70 l'importance indiscutable du lait maternel. En 1991, L'OMS et l'Unicef lancent des actions pour faire évoluer et favoriser les pratiques de l'allaitement maternel. À partir de cette période, la promotion de l'allaitement devient un enjeu de Santé publique. L'allaitement maternel en France explose en 1996 et ne cesse de croître jusqu'à aujourd'hui (15).

4. Matériel et Méthode

4.1 Protocole de recherche et population de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative transversale descriptive et comparative, conduite par un questionnaire. Le questionnaire a été diffusé via les réseaux sociaux afin d'obtenir des résultats provenant de toutes les régions de France. Après informations précises des critères d'inclusion de l'étude et des objectifs, le questionnaire est resté en ligne du 19 septembre 2022 au 11 novembre 2022 (*Annexe II*).

Les critères d'inclusion étaient d'avoir accouché dans l'année en France et d'être sortie de la maternité avec un mode d'alimentation au biberon pour l'enfant.

Les critères de non-inclusion étaient les allaitements mixtes et le tire allaitement.

Les critères d'exclusion de l'étude étaient d'être une mère mineure ou de ne pas avoir accouché en France.

Le questionnaire était divisé en cinq parties. La première partie du questionnaire était composée de trois sous-parties : l'une d'elles recueillait les caractéristiques sociodémographiques de la population, la deuxième concernait les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement, enfin la dernière permettait d'interroger les mères sur leur expérience de près ou de loin en matière d'allaitement maternel au sein.

La deuxième partie était composée de deux sous-parties : la première partie se composait de 9 questions suivant une échelle de Likert qui nous a permis d'identifier et de quantifier l'influence sociale subie par ces mères. L'autre sous-partie questionnait les femmes sur leurs connaissances et leurs perceptions des recommandations de l'OMS en matière d'allaitement. La troisième partie du questionnaire a interrogé les mères sur leur choix d'alimentation artificiel au biberon. Enfin la quatrième partie était composée de trois sous-parties. Chacune des sous-parties à l'aide de plusieurs questions nous permettant d'identifier un sentiment : La culpabilité, la honte et la faible estime de soi.

4.2 Critères de jugement

Le critère de jugement principal a été l'identification de la pression sociale ressentie chez les mères qui n'allaitent pas leur nourrisson et l'identification des caractéristiques personnelles de la population en faveur d'un niveau de pression sociale élevé.

Le critère de jugement secondaire a été le lien entre l'intensité de l'influence sociale ressentie et les émotions de culpabilité, de honte et de faible estime de soi.

4.3 Analyses statistiques

Dans un premier temps, nous avons regroupé nos résultats sur Excel. Nous avons établi un score d'influence sociale noté sur 27 pour chaque mère. Grâce à la médiane du score de pression nous avons obtenu deux échantillons comparables : les mères subissant une faible pression sociale et celles subissant un niveau de pression plus intense.

Les analyses univariées et bivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel Open Epi. Nous avons utilisé le test du Khi2 pour les comparaisons de variables qualitatives et le test t de student pour les variables quantitatives, calculées au risque d'erreur alpha de 5%.

Nous avons considéré une p value inférieure à 0,05 comme statistiquement significative, et une p value supérieure à 0,05 comme étant non significative.

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type tandis que les variables qualitatives ont été décrites par leur répartition et leur pourcentage.

Les analyses de ce modèle seront présentées avec les calculs du risque relatif (RR), accompagnées de leur intervalle de confiance à 95%.

5. Résultats

Nous avons récupéré 1034 réponses au questionnaire. Parmi ces réponses, 2 femmes n'avaient pas accouché en France et 2 autres femmes étaient mineures et ont donc été exclues de notre analyse. Finalement, 1030 réponses étaient exploitables pour cette étude.

5.1 Identification de la pression sociale exercée sur l'alimentation artificielle

5.1.1 Niveau de pression sociale

La pression de la société a été analysée à l'aide de 9 questions, chacune utilisant une échelle de Likert avec 4 choix de réponses : Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord. Afin d'établir un score final, chaque choix de réponse correspondait à un chiffre allant de 0 (pas du tout d'accord) à 3 (tout à fait d'accord). Ainsi, nous avons établi pour chaque femme un score de pression sociale sur 27.

| Total | |
|--|------------|
| n (%) | |
| 1030 (%) | |
| Caractéristiques de l'influence sociale | |
| Il a été facile pour vous de choisir de nourrir votre enfant avec du lait artificiel | |
| Pas du tout d'accord (0) | 131 (12,7) |
| Pas d'accord (1) | 136 (13,2) |
| D'accord (2) | 183 (17,8) |
| Tout à fait d'accord (3) | 580 (56,3) |
| Vous avez fait ce choix seule, sans votre entourage | |
| Pas du tout d'accord (0) | 73 (7,1) |
| Pas d'accord (1) | 93 (9,0) |
| D'accord (2) | 142 (13,8) |
| Tout à fait d'accord (3) | 722 (70,1) |
| Vous avez fait ce choix en toute sérénité, dans un état de tranquillité et de confiance sur le plan moral | |
| Pas du tout d'accord (0) | 134 (13,0) |
| Pas d'accord (1) | 152 (14,8) |
| D'accord (2) | 193 (18,7) |
| Tout à fait d'accord (3) | 551 (53,5) |
| Vous avez fait ce choix sans hésiter | |
| Pas du tout d'accord (0) | 167 (16,2) |
| Pas d'accord (1) | 141 (13,7) |
| D'accord (2) | 227 (22,0) |
| Tout à fait d'accord (3) | 495 (48,1) |
| Vous ne vous sentez jamais mise à l'écart dans la société depuis cette décision | |
| Pas du tout d'accord (0) | 82 (8,0) |
| Pas d'accord (1) | 117 (11,4) |
| D'accord (2) | 254 (24,7) |
| Tout à fait d'accord (3) | 577 (56,0) |

Tableau 1 : Identification de la pression sociale sur les mères non allaitantes

| Total | |
|---|------------|
| n (%) | |
| 1030 (%) | |
| Caractéristiques de l'influence sociale | |
| Vous n'avez jamais subi des remarques négatives et désobligeantes sur votre choix de la part d'un professionnel de santé | |
| Pas du tout d'accord (0) | 154 (15,0) |
| Pas d'accord (1) | 159 (15,4) |
| D'accord (2) | 180 (17,5) |
| Tout à fait d'accord (3) | 537 (52,1) |
| Vous n'avez jamais subi des remarques négatives et désobligeantes sur votre choix de la part de vos proches | |
| Pas du tout d'accord (0) | 152 (14,8) |
| Pas d'accord (1) | 204 (19,8) |
| D'accord (2) | 209 (20,3) |
| Tout à fait d'accord (3) | 465 (45,1) |
| Vous vous sentez accompagnée dans votre démarche et vous avez reçu toute les informations nécessaires | |
| Pas du tout d'accord (0) | 96 (9,3) |
| Pas d'accord (1) | 163 (15,8) |
| D'accord (2) | 265 (25,7) |
| Tout à fait d'accord (3) | 506 (49,1) |
| Pour vous l'allaitement maternel n'est pas une norme sociale que vous avez transgressée | |
| Pas du tout d'accord (0) | 397 (38,5) |
| Pas d'accord (1) | 123 (11,9) |
| D'accord (2) | 258 (25,0) |
| Tout à fait d'accord (3) | 252 (24,5) |

Tableau 1 bis : Identification de la pression sociale sur les mères non allaitantes

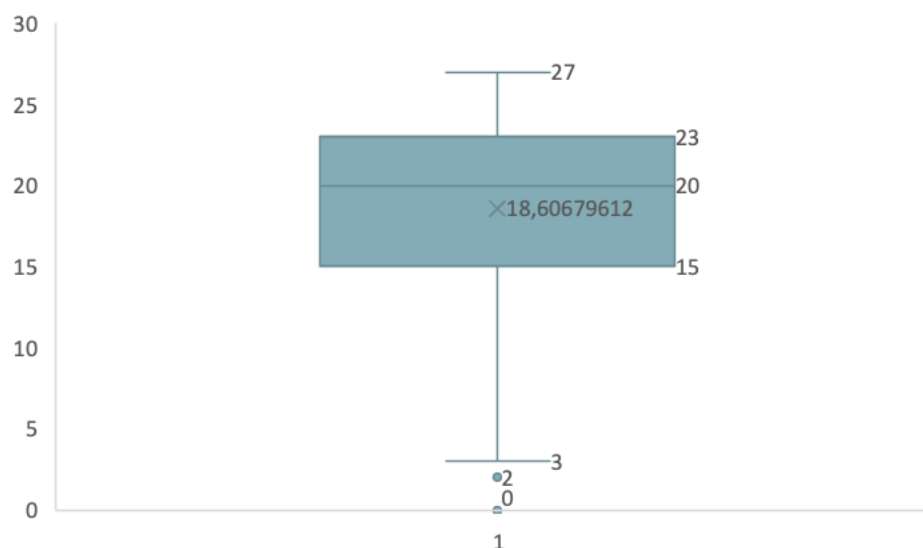
La moyenne obtenue du score de pression était de 18,6 et la médiane de 20.

Nous avons fixé un score de pression à l'aide de la médiane afin d'avoir des échantillons comparables. Les mères qui avaient obtenu un score de pression inférieur ou égal à 20 sur 27 étaient celles qui subissaient un niveau de pression sociale élevé. Celles qui avaient obtenu un score supérieur à 20 sur 27 subissaient un moindre niveau de pression sociale.

Ainsi, un niveau de pression sociale élevé était perçu chez 575 mères (soit 55,8%) tandis qu'un niveau de pression sociale moins important était ressenti chez 455 mères (soit 44,2%).

Après avoir exploité ces résultats, nous avons formé deux échantillons de population selon le niveau d'intensité de pression sociale. Les tableaux seront donc présentés en fonction de la médiane du score de pression qui est de 20, afin d'avoir deux échantillons comparables.

Figure 1 : Boîte à moustache du score de pression sociale sur l'ensemble de la population cible



5.1.2 Efficacité et conséquences des recommandations de l’OMS

D’après la littérature anglo-saxonne existante, la pression sociale est transmise par les messages promotionnels et les recommandations de l’OMS en matière d’allaitement. Il semble indispensable d’analyser la perception de ces messages pro-allaitement dans un pays tel que la France. Ainsi, nous avons interrogé les participantes sur leurs connaissances et leurs perceptions des préconisations de l’OMS.

| Total | |
|--|------------|
| n (%) | |
| 1030 (100) | |
| Caractéristiques de la perception des recommandations de l'OMS par les mères | |
| Vous connaissiez les préconisations de l'OMS au sujet de l'allaitement | |
| Oui | 907 (88,1) |
| Non | 123 (11,9) |
| Vous percevez ces recommandations comme une pression | |
| Oui | 814 (79,0) |
| Non | 216 (21,0) |

Tableau 2 : La perception des messages de santé publique en matière d’allaitement par les mères qui n’allaitent pas

La grande majorité de notre population connaissait les préconisations d'allaitement de l'OMS (soit 88,1%). Seulement une minorité d'entre elles n'avait jamais entendu parler de ces recommandations (soit 11,9%).

Pour que toutes les femmes de notre étude puissent analyser ces recommandations, nous avons mentionné dans notre questionnaire les préconisations de l'OMS publiées en 2001. La majorité des mères de notre étude percevait les recommandations de l'OMS comme une pression (soit 79,0%). Seulement 21,0% d'entre elles ne percevaient pas ces préconisations comme une source de pression.

5.2 Identification des facteurs de vulnérabilité

Nous souhaitons analyser les facteurs de vulnérabilité à prendre en compte afin d'adapter notre prise en charge avant, pendant et après l'accouchement. Pour cela, nous avons recherché les caractéristiques de la population pouvant être associées à un niveau de pression sociale élevé.

5.2.1 La région

La répartition géographique de notre population cible est décrite dans le *Tableau 3*.

| | Total | > 20 | ≤20 | p |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| | 1030 (100) | 455 (44,2) | 575 (55,8) | |
| Caractéristiques géographiques | | | | |
| Régions | | | | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 95 (9,2) | 49 (51,6) | 46 (48,4) | 0,13 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 62 (6,0) | 23 (37,1) | 39 (62,9) | |
| Bretagne | 55 (5,3) | 24 (43,6) | 31 (56,4) | |
| Centre-Val de Loire | 36 (3,5) | 9 (25,0) | 27 (75,0) | |
| Corse | 3 (0,3) | 3 (100,0) | 0 (0,0) | |
| Grand-Est | 80 (7,8) | 43 (53,8) | 37 (46,3) | |
| Hauts-de-France | 90 (8,7) | 39 (43,3) | 51 (56,7) | |
| Île-de-France | 100 (9,7) | 45 (45,0) | 55 (55,0) | |
| Normandie | 68 (6,6) | 33 (48,5) | 35 (51,5) | |
| Nouvelle-Aquitaine | 107 (10,4) | 43 (40,2) | 64 (59,8) | |
| Occitanie | 95 (9,2) | 44 (46,3) | 51 (53,7) | |
| Pays de la Loire | 91 (8,8) | 38 (41,8) | 53 (58,2) | |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 148 (14,4) | 62 (41,9) | 86 (58,1) | |

Tableau 3 : Répartition régionale de la population selon la médiane du score de pression

On n'observait pas de différence statistiquement significative en fonction des régions. En revanche, on observe que la grande majorité des participantes provenait de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (soit 14,4%).

5.2.2 Les caractéristiques sociodémographiques

Certaines caractéristiques sociodémographiques ont eu un impact sur l'intensité de pression sociale ressentie. Nous présenterons uniquement les variables ayant des différences statistiquement significatives selon le niveau de pression ($p < 0,05$).

La situation familiale, professionnelle et la nationalité n'ont pas eu d'incidence sur le niveau de pression sociale. Les caractéristiques qui ont présenté des différences significatives selon le niveau de pression sociale étaient l'âge et le niveau d'étude.

Les caractéristiques sociodémographiques sont décrites dans le *Tableau 4* et le *Tableau 4 bis*.

| | Total | > 20 | ≤20 | | | |
|---|-------------|------------|------------|--------|------|-------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | p | RR | [IC 95%] |
| | 1030 (%) | 455 (44,2) | 575 (55,8) | | | |
| Caractéristiques sociodémographiques | | | | | | |
| Âge | | | | | | |
| Entre 18 et 25 ans | 184 (17,9) | 59 (32,1) | 125 (68,0) | <0,001 | 0,69 | 0,55 - 0,86 |
| Entre 26 et 30 ans | 398 (38,6) | 164 (41,2) | 234 (58,8) | 0,13 | | |
| Entre 31 et 35 ans | 337 (32,7) | 175 (51,9) | 162 (48,1) | <0,001 | 1,29 | 1,12 - 1,47 |
| Plus de 35 ans | 111 (10,8) | 57 (51,4) | 54 (48,6) | 0,11 | | |
| Nationalité | | | | | | |
| Française | 1021 (99,1) | 453 (44,4) | 568 (55,6) | 0,18 | | |
| Autres | 9 (0,9) | 2 (22,2) | 7 (77,7) | | | |
| Niveau d'étude | | | | | | |
| Bac | 312 (30,3) | 155 (49,7) | 157 (50,3) | 0,02 | 1,19 | 1,03 - 1,37 |
| < Bac | 99 (9,6) | 53 (53,5) | 46 (46,5) | 0,05 | 1,24 | 1,02 - 1,51 |
| Bac +1, Bac +2, Bac +3 | 411 (39,9) | 167 (40,6) | 244 (59,4) | 0,06 | | |
| > Bac +4 | 208 (20,2) | 80 (38,5) | 128 (61,5) | 0,06 | | |

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques de la population selon la médiane du score de pression

| | Total | > 20 | ≤20 | p | RR | [IC 95%] |
|---|------------|------------|------------|------|----|----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | | |
| | 1030 (%) | 455 (44,2) | 575 (55,8) | | | |
| Caractéristiques sociodémographiques | | | | | | |
| Situation professionnelle | | | | | | |
| Profession de santé | 269 (26,1) | 115 (42,8) | 154 (57,2) | 0,58 | | |
| Profession hors santé | 684 (66,4) | 312 (45,6) | 372 (54,4) | 0,19 | | |
| Étudiante | 4 (0,4) | 0 (0,0) | 4 (100,0) | NR | | |
| Sans emploi | 73 (7,1) | 28 (38,4) | 45 (61,6) | 0,3 | | |
| Situation familiale | | | | | | |
| Célibataire / Divorcée / Séparée | 19 (1,8) | 10 (52,6) | 9 (47,4) | 0,45 | | |
| En couple | 369 (35,8) | 165 (44,7) | 204 (55,3) | 0,79 | | |
| Mariée / Pacsée | 641 (62,2) | 280 (43,7) | 361 (56,3) | 0,68 | | |
| Autres | 1 (0,1) | 0 (0,0) | 1 (100,0) | NR | | |

Tableau 4 bis : Caractéristiques sociodémographiques de la population selon la médiane du score de pression

- L'âge

Les mères qui avaient entre 18 et 25 ans subissaient majoritairement un niveau de pression sociale élevé (68,0% vs 32,1% ; $p < 0,001$). Les mères qui avaient entre 31 et 35 ans subissaient un niveau de pression sociale moins important (51,4% vs 48,6% ; $p < 0,001$).

- Le niveau d'étude

Les mères qui avaient un niveau baccalauréat subissaient majoritairement une forte pression sociale (50,3% vs 49,7% ; $p : 0,02$). En revanche, les mères qui avaient un niveau inférieur au baccalauréat ressentait pour la plupart une faible pression sociale (53,5% vs 46,5% ; $p : 0,05$). Il semblerait que les mères ayant fait des études supérieures soient celles subissant un niveau de pression sociale plus élevé.

5.2.3 Les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement

La structure du lieu d'accouchement, la survenue désirée ou inopinée de la grossesse ainsi que le temps passé depuis l'accouchement n'étaient pas des variables statiquement différentes entre les deux populations. Le terme d'accouchement était l'unique variable ayant une incidence sur le niveau de pression sociale.

Les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement sont décrites dans le *Tableau 5*.

| | Total n (%) | > 20 n (%) | ≤ 20 n (%) | p | RR | [IC 95%] |
|--|----------------|---------------|---------------|-------------|------|-------------|
| | 1030 (100) | 455 (44,2) | 575 (55,8) | | | |
| Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement | | | | | | |
| Structure du lieu d'accouchement | | | | | | |
| Public | 726 (70,5) | 324 (44,6) | 402 (55,4) | 0,65 | | |
| Privée | 304 (29,5) | 131 (43,1) | 173 (56,9) | | | |
| Autre | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | | | |
| Survenue de la grossesse | | | | | | |
| Désirée | 915 (88,8) | 409 (44,7) | 506 (55,3) | 0,34 | | |
| Inopinée | 115 (11,2) | 46 (40,0) | 69 (60,0) | | | |
| Terme d'accouchement | | | | | | |
| Avant 37 Sa | 61 (0,06) | 27 (44,3) | 34 (55,7) | 0,99 | | |
| Entre 37+1 Sa et 39+6 Sa | 596 (57,9) | 283 (47,5) | 313 (52,5) | 0,01 | 1,2 | 1,04 - 1,38 |
| ≥ 40 Sa | 311 (30,2) | 125 (40,2) | 186 (59,8) | 0,09 | | |
| Terme inconnu | 62 (6,0) | 20 (32,3) | 42 (67,7) | 0,05 | 0,72 | 0,50 - 1,04 |
| Date d'accouchement | | | | | | |
| Entre 0 et 4 jours | 38 (3,7) | 16 (42,1) | 22 (57,9) | 0,79 | | |
| Entre 5 jours et 1 mois | 109 (10,6) | 52 (47,7) | 57 (52,3) | 0,43 | | |
| Entre 1 et 3 mois | 251 (24,4) | 104 (41,4) | 147 (58,6) | 0,32 | | |
| Entre 3 et 6 mois | 269 (26,1) | 118 (43,9) | 151 (56,1) | 0,91 | | |
| Entre 6 mois et 1 an | 363 (35,2) | 165 (45,5) | 198 (54,5) | 0,54 | | |

Tableau 5 : Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement selon la médiane du score de pression sociale

- Le terme d'accouchement

Lorsque les mères avaient accouché entre 37 SA + 1 jour et 39 SA + 6 jours, elles subissaient majoritairement une forte pression sociale (52,5% vs 47,5% ; p : 0,01). Tout comme les mères qui ne connaissaient pas leur terme d'accouchement (67,7% vs 32,3% ; p : 0,05).

5.2.4 Les expériences et antécédents d'allaitement maternel

D'après nos résultats, il semblerait que les expériences et les antécédents en matière d'allaitement maternel soient des facteurs de vulnérabilité à prendre en compte. Effectivement, toutes ces caractéristiques présentaient des différences significatives selon le niveau de pression sociale.

Les caractéristiques de l'expérience en matière d'allaitement maternel sont décrites dans le *Tableau 6* et celles concernant la tétée de bienvenue sont décrites dans le *Tableau 7*.

| | Total n (%) | > 20 n (%) | ≤ 20 n (%) | p | RR | [IC 95%] |
|--|----------------|---------------|---------------|------------------|------|-------------|
| Caractéristiques de l'expérience d'allaitement maternel | | | | | | |
| Vous avez été allaitée par votre mère | | | | | | |
| Oui | 276 (26,8) | 96 (34,8) | 180 (65,2) | <0,001 | 0,73 | 0,61 - 0,87 |
| Non | 707 (68,6) | 341 (48,2) | 366 (51,8) | <0,001 | 1,37 | 1,16 - 1,61 |
| Vous ne savez pas | 47 (4,6) | 18 (38,3) | 29 (61,7) | 0,41 | | |
| Parité | | | | | | |
| Primipare | 649 (63,0) | 268 (41,3) | 381 (58,7) | 0,02 | 0,84 | 0,73 - 0,97 |
| Multipare | 381 (37,0) | 187 (49,1) | 194 (50,9) | | | |
| Vous avez donné le sein à votre/vos ainé(s) | | | | | | |
| Oui | 110 (10,7) | 39 (35,5) | 71 (64,5) | <0,001 | | |
| Non | 271 (26,3) | 148 (54,6) | 123 (45,4) | | | |
| Vous n'êtes pas concernée | 649 (63,0) | 268 (41,3) | 381 (58,7) | | | |

Tableau 6: Caractéristiques des expériences d'allaitement maternel

- Le schéma familial

Il semblerait que l'expérience des mères de nos participantes soit influente sur le choix d'alimentation artificielle. Effectivement, la majorité des participantes n'ont pas été allaitées par leur mère (soit 68,6% vs 26,8%). Cependant, les femmes qui ont été allaitées subissaient majoritairement une pression sociale élevée (soit 65,2% vs 34,8% ; $p < 0,001$).

- La parité

La plupart de nos participantes étaient des primipares (soit 63,0% vs 37,0%). De plus, les primipares subissaient majoritairement une forte pression sociale (58,7% vs 41,3% ; $p : 0,02$). Les primipares de notre étude subissaient plus de pression que les multipares (soit 58,7% vs 50,9%).

- Antécédent d'allaitement maternel au sein

Les participantes qui avaient déjà initié leur(s) ainé(s) à l'allaitement maternel au sein subissaient majoritairement une forte pression sociale (64,5% vs 35,5% ; $p < 0,001$). Contrairement à celles qui n'avaient aucune expérience en matière d'allaitement et qui subissaient pour la plupart une faible pression sociale (54,6% vs 45,4% ; $p < 0,001$).

| | Total | > 20 | ≤ 20 | | | |
|---|------------|------------|------------|------------------|------|-------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | p | RR | [IC 95%] |
| | 1030 (100) | 455 (44,2) | 575 (55,8) | | | |
| Caractéristiques de l'expérience d'allaitement maternel | | | | | | |
| Vous avez fait la tétée de bienvenue | | | | | | |
| Oui | 511 (49,6) | 176 (34,4) | 335 (65,6) | <0,001 | 0,64 | 0,55 - 0,74 |
| Non | 507 (49,2) | 279 (55,0) | 228 (45,0) | <0,001 | 1,64 | 1,42 - 1,89 |
| Vides | 12 (1,2) | 0 (0,0) | 12 (100,0) | NR | | |
| Vous avez fait la tétée de bienvenue car | | | | | | |
| Par choix | 494 (96,7) | 175 (35,4) | 319 (64,6) | <0,001 | | |
| On vous l'a imposée | 17 (3,3) | 1 (5,9) | 16 (94,1) | | | |
| Vous n'avez pas fait la tétée de bienvenue car | | | | | | |
| On ne vous l'a pas proposée | 99 (19,5) | 53 (53,5) | 46 (46,5) | 0,05 | | |
| Par choix | 289 (57,0) | 173 (59,9) | 116 (40,1) | <0,001 | | |
| Car vous/votre enfant aviez besoin de soins | 119 (23,5) | 53 (44,5) | 66 (55,5) | 0,93 | | |
| Vous avez fait la tétée de bienvenue par choix, concernant son influence | | | | | | |
| Elle a influencé votre décision d'AA | 124 (25,1) | 33 (26,6) | 91 (73,4) | 0,02 | 0,69 | 0,50-0,95 |
| Elle n'a pas influencé votre décision d'AA | 370 (74,9) | 142 (38,4) | 228 (61,6) | | | |

Tableau 7 : Caractéristiques de la tétée de bienvenue

- Initiation à la tétée de bienvenue :

La proportion de mères ayant donné la tétée de bienvenue en salle de naissance et de celles ne l'ayant pas donné était presque similaire (49,6% vs 49,2%). Les participantes qui avaient donné la tétée de bienvenue à leur enfant ressentait majoritairement un niveau de pression sociale élevé (65,6% vs 34,4% ; $p < 0,001$), contrairement à celles qui n'avaient pas donnée le sein en salle de naissance à leur nouveau-né et qui ressentait pour la plupart une faible pression sociale (55,0% vs 45,0% ; $p < 0,001$).

Parmi les participantes qui avaient initié leur nourrisson à la tétée de bienvenue, la grande majorité d'entre elles l'avait faite par choix (soit 96,7%). En revanche, 17 femmes avaient ressenti cette mise au sein comme une obligation (soit 3,3%) et elles subissaient majoritairement une forte pression sociale (soit 94,1% vs 5,9% ; $p < 0,001$). Les femmes qui faisaient la tétée de bienvenue par choix, avaient moins de risque de subir une forte pression sociale.

Parmi les femmes qui n'avaient pas fait la tétée de bienvenue, la grande majorité d'entre elles ne l'avait pas faite par choix (soit 57,0%) ou car des soins étaient nécessaires (soit 23,5%). Cependant, 19,5% des participantes déclaraient qu'elle ne leur avait pas été proposée et la majorité d'entre elles subissait une faible pression sociale (soit 53,5% vs 46,5% ; $p < 0,05$). Les femmes qui n'avaient pas fait la tétée de bienvenue par choix ou car personne ne leur avait proposé, avaient moins de risques de subir une forte pression sociale.

- Influence de la tétée de bienvenue

Les femmes qui avaient donné la tétée de bienvenue à leur enfant subissaient en majorité une forte pression (soit 64,6% vs 35,4%). De plus, la plupart d'entre elles ont déclaré ne pas avoir été influencées par celle-ci (soit 74,9% vs 25,1%). On observe que les participantes ayant été influencées par la tétée de bienvenue subissaient plus de pression sociale que les autres (soit 73,4% vs 61,6% ; $p : 0,02$).

5.2.5 Les caractéristiques de la décision d'alimentation artificielle

Nous avons interrogé les mères sur les caractéristiques et les conditions de leur décision d'alimentation artificielle, afin d'analyser si celles-ci avaient un impact sur le niveau de pression sociale ressentie.

Les caractéristiques de la décision d'AA sont décrites dans le *Tableau 8* et le *Tableau 8 bis*.

| | Total n(%) | > 20 n (%) | ≤ 20 n (%) | p | RR | [IC 95%] |
|--|---------------|---------------|---------------|------------------|------|-------------|
| Caractéristiques de la décision d'AA | | | | | | |
| Vous avez décidé de choisir une alimentation au biberon pour votre enfant | | | | | | |
| Avant d'être enceinte | 454 (44,1) | 288 (63,4) | 166 (36,6) | <0,001 | 2,19 | 1,89 - 2,53 |
| Pendant la grossesse | 191 (18,5) | 84 (44,0) | 107 (56,0) | 0,95 | | |
| Après l'accouchement | 161 (15,6) | 46 (28,6) | 115 (71,4) | <0,001 | 0,61 | 0,47 - 0,78 |
| En maternité ou en sortant de la maternité | 224 (21,7) | 37 (16,5) | 187 (83,5) | <0,001 | 0,32 | 0,24 - 0,43 |
| Vous vous êtes inspirées dans votre choix d'AA | | | | | | |
| D'un modèle familial | 193 (18,7) | 99 (51,3) | 94 (48,7) | 0,03 | 1,20 | 1,03 - 1,41 |
| D'un modèle politique | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | | | |
| D'un modèle féministe | 19 (1,8) | 6 (31,6) | 13 (68,4) | 0,27 | | |
| D'un modèle anticonformiste | 4 (0,4) | 0 (0,0) | 4 (100,0) | 0,07 | | |
| D'une personne du domaine médicale | 24 (2,3) | 3 (12,5) | 21 (87,5) | 0,002 | 0,28 | 0,09-0,80 |
| D'une personne célèbre | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | | | |
| De vos amis | 28 (2,7) | 9 (32,1) | 19 (67,9) | 0,19 | | |
| De valeurs culturelles | 25 (2,4) | 18 (72,0) | 7 (28,0) | 0,005 | 1,66 | 1,28-2,14 |
| D'internet | 17 (1,7) | 2 (11,8) | 15 (88,2) | 0,007 | 0,26 | 0,07-0,97 |
| Aucune de ces réponses | 720 (69,9) | 318 (44,2) | 402 (55,8) | 0,99 | | |

Tableau 8 : Caractéristiques de la décision d'alimentation artificielle

- Moment de la décision d'alimentation artificielle

Le moment de la décision d'alimentation artificielle est une variable statistiquement différente selon le niveau de pression sociale. Les mères qui avaient choisi tardivement d'utiliser le biberon subissaient une pression sociale plus élevée que celles qui l'avaient décidé précocement. Les mères qui avaient choisi de ne pas allaiter avant d'être enceinte subissaient un niveau de pression sociale faible (63,4% vs 36,6% ; $p < 0,001$), contrairement à celles qui avaient choisi tardivement d'utiliser le biberon. En effet, celles qui avaient choisi d'utiliser le biberon après l'accouchement subissaient un niveau élevé de pression (71,4% vs 28,6% ; $p < 0,001$), tout comme celles ayant essayé l'allaitement au sein et ayant changé d'avis en maternité (83,5% vs 16,5% ; $p < 0,001$).

- Inspiration du choix d'AA

Nos participantes qui s'étaient inspirées d'un modèle familial subissaient majoritairement une faible pression sociale (soit 51,3% vs 48,7% ; $p : 0,03$). De même, que les femmes qui s'étaient inspirées de leurs propres valeurs culturelles (soit 72,0% vs 28,0% ; $p : 0,005$).

En revanche, les femmes qui s'étaient inspirées d'une personne du domaine médical ou d'internet, subissaient majoritairement une forte pression sociale.

| | Total | > 20 | ≤ 20 | p | RR | [IC 95%] |
|---|------------|------------|------------|------------------|------|-------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | | | |
| | 1030 (100) | 455 (44,2) | 575 (55,8) | | | |
| Caractéristiques du choix d'AA | | | | | | |
| Par pudeur et pour préserver votre intimité | | | | | | |
| Oui | 297 (28,8) | 149 (50,2) | 148 (49,8) | 0,01 | 1,20 | 1,04 - 1,39 |
| Pour pouvoir vous reposer | | | | | | |
| Oui | 415 (30,3) | 191 (46,0) | 224 (54,0) | 0,33 | | |
| Pour vous sentir plus libre | | | | | | |
| Oui | 520 (50,5) | 258 (49,6) | 262 (50,4) | <0,001 | 1,28 | 1,12 - 1,48 |
| Pour faire participer votre conjoint | | | | | | |
| Oui | 653 (63,4) | 318 (48,7) | 335 (51,3) | <0,001 | 1,34 | 1,15 - 1,57 |
| Pour préserver l'esthétique de votre poitrine | | | | | | |
| Oui | 90 (8,7) | 45 (50,0) | 45 (50,0) | 0,24 | | |
| Suite à un échec antérieur d'allaitement maternel | | | | | | |
| Oui | 176 (17,1) | 43 (24,4) | 133 (75,6) | <0,001 | 0,51 | 0,39 - 0,66 |
| Suite à une contre-indication à l'allaitement maternel | | | | | | |
| Oui | 30 (2,9) | 12 (40,0) | 18 (60,0) | 0,64 | | |
| Suite à un transfert de votre bébé en néonatalogie | | | | | | |
| Oui | 38 (3,7) | 13 (34,2) | 25 (65,8) | 0,21 | | |
| Pour pouvoir reprendre rapidement votre travail | | | | | | |
| Oui | 117 (11,4) | 58 (49,6) | 59 (50,4) | 0,21 | | |
| Pour pouvoir vérifier les quantités de lait absorbées | | | | | | |
| Oui | 327 (31,7) | 160 (48,9) | 167 (51,1) | 0,04 | 1,17 | 1,01 - 1,34 |
| Pour des raisons d'ordre organisationnel | | | | | | |
| Oui | 266 (25,8) | 135 (50,8) | 131 (49,2) | 0,01 | 1,21 | 1,05 - 1,40 |
| Pour la praticité de l'allaitement artificiel | | | | | | |
| Oui | 370 (35,9) | 175 (47,3) | 195 (52,7) | 0,13 | | |
| Car vous n'avez pas de congé maternel | | | | | | |
| Oui | 16 (1,6) | 9 (56,3) | 7 (43,8) | 0,33 | | |
| Autre | | | | | | |
| Oui | 180 (17,5) | 72 (40,0) | 108 (60,0) | 0,21 | | |

Tableau 8 bis : Caractéristiques du choix d'AA

- Raisons du choix d'alimentation artificielle

Les raisons et les motivations de la décision d'alimentation artificielle sont des variables qui influencent le niveau de pression sociale ressentie par les participantes. Les mères qui avaient décidé de ne pas allaiter pour se sentir plus libre, pour faire participer le conjoint, suite à un échec antérieur d'allaitement maternel ou pour pouvoir vérifier les quantités de lait absorbées subissaient dans la majorité une forte pression sociale.

En revanche, les femmes qui avaient fait ce choix par pudeur et pour préserver leur intimité ainsi que pour des raisons d'ordre organisationnel subissaient majoritairement une faible pression sociale.

5.3 Influence de la pression sociale sur les affects négatifs

5.3.1 La culpabilité

Selon *Lazare (1987)* et *Lewis (1971)*, la culpabilité comprend un sentiment de tension, de remords et de regret. De plus, la culpabilité est liée au fait d'avoir fait quelque chose d'interdit et son autocritique est ressentie comme provenant d'une voix interne (16).

Nous avons utilisé ces déclarations pour construire notre questionnaire. Nous avons créé 5 questions à réponses binaires qui nous ont permis d'identifier chez les femmes le sentiment de culpabilité. Toutes les variables des caractéristiques du sentiment de culpabilité étaient significatives ($p < 0,001$).

Les caractéristiques d'identification de la culpabilité sont décrites dans le *Tableau 9*.

| | Total n (100) | > 20 n (100) | ≤20 n (100) | p | RR | [IC 95%] |
|--|------------------|-----------------|----------------|------------------|-------|--------------|
| | 1030 (100) | 455 (44,2) | 575 (55,8) | | | |
| Identification du sentiment de culpabilité | | | | | | |
| Vous pensez avoir fait le bon choix | | | | | | |
| D'accord | 936 (90,9) | 450 (48,1) | 486 (51,9) | <0,001 | 9,04 | 3,84 - 21,26 |
| Pas d'accord | 94 (9,1) | 5 (5,3) | 89 (94,7) | | | |
| Vous ne vous jugez pas et ne remettez jamais en question votre rôle de mère | | | | | | |
| D'accord | 871 (84,6) | 445 (51,1) | 426 (48,9) | <0,001 | 8,12 | 4,44 - 14,85 |
| Pas d'accord | 159 (15,4) | 10 (6,3) | 149 (93,7) | | | |
| Vous n'avez jamais regretté votre décision jusqu'à présent | | | | | | |
| D'accord | 848 (82,3) | 445 (52,5) | 403 (47,5) | <0,001 | 9,55 | 5,21 - 17,51 |
| Pas d'accord | 182 (17,7) | 10 (5,5) | 172 (94,5) | | | |
| Vous ne vous sentez pas obligée de justifier votre décision d'AA | | | | | | |
| D'accord | 666 (64,7) | 393 (59,0) | 273 (41,0) | <0,001 | 3,46 | 36,6 - 47,35 |
| Pas d'accord | 364 (35,3) | 62 (17,0) | 302 (83,0) | | | |
| Vous ne ressentez aucune culpabilité à avoir choisi dun AA | | | | | | |
| D'accord | 831 (80,7) | 445 (53,5) | 386 (46,5) | <0,001 | 10,66 | 5,81 - 19,56 |
| Pas d'accord | 199 (19,3) | 10 (5,0) | 189 (95,0) | | | |

Tableau 9 : Identification du sentiment de culpabilité selon la médiane du score de pression sociale

- Perception du choix d'AA

La plupart de nos participantes pensaient avoir fait le bon choix (soit 90,9% vs 9,1%). En revanche, les mères qui ont déclaré ne pas avoir fait le bon choix subissaient dans l'immense majorité des cas une forte pression sociale (soit 94,7% vs 5,3% ; $p < 0,001$). Ainsi, les femmes qui pensaient ne pas avoir fait le bon choix avaient plus de risque d'appartenir à la catégorie de femmes subissant une forte pression sociale (soit 94,7% vs 51,9%).

- Auto-Jugement et remords

La plupart des participantes déclarait ne pas se juger et n'avoir jamais remis en question leur rôle de mère (soit 84,6% vs 15,4%). Cependant, on remarque que lorsque les mères se jugeaient, elles subissaient pour la majorité une forte pression sociale (93,7% vs 6,3% ; $p < 0,001$). À contrario, les mères qui ne se jugeaient pas, subissaient pour la plupart une faible pression sociale (51,1% vs 48,9% ; $p < 0,001$). Ainsi, les femmes qui se jugeaient et remettaient en question leur rôle de mère avaient plus de risque d'appartenir à la population de femmes subissant une forte pression sociale.

- Regret

Plus de 82% de nos participantes n'ont jamais regretté leur décision d'AA. Ces femmes, subissaient une faible pression sociale dans la majorité des cas (52,5% vs 47,5% ; $p < 0,001$). L'autre proportion de participantes ayant évoqué un sentiment de regret (soit 17,7%), subissait en grande partie une forte pression sociale (94,5% vs 5,5% ; $p < 0,001$). Par conséquent, les femmes qui avaient déjà ressentie du regret, étaient plus à risque de subir une forte pression sociale.

- Justification du choix d'AA

. Les participantes qui se sentaient obligées de se justifier, subissaient pour la plupart une forte pression sociale (soit 83,0% vs 17,0% ; $p < 0,001$). Contrairement à celles qui n'avaient pas besoin de se justifier et qui subissaient majoritairement une moindre pression sociale (soit 59,0% vs 41,0% ; $p < 0,001$). Ainsi, les femmes qui ressentaient le besoin de défendre leur choix d'AA, avaient plus de risque de subir une forte pression sociale.

- Culpabilité

La plupart des participantes déclarait ne pas ressentir de culpabilité (80,7% vs 19,3%). Les mères qui disaient culpabiliser, subissaient dans la majorité une forte pression sociale (soit 95,0% vs 5,0% ; $p < 0,001$) alors que celles qui déclaraient ne pas culpabiliser ressentiaient majoritairement une faible pression sociale (soit 53,5% vs 46,5% ; $p < 0,001$). D'après notre analyse, lorsque les participantes avaient conscience du sentiment de culpabilité ; elles avaient plus de risque d'appartenir à la population de femmes subissant une forte pression sociale.

5.3.2 La honte

D'après *Robert N. Emde et al*, l'autocritique n'est pas vocale mais fonctionne à travers une image visuelle de l'autre. La honte implique un sentiment d'être petit et sans pouvoir avec un désir d'être hors de la vue et d'éviter le regard des autres (16). Selon *Lazare*, la honte conduit à un désir de s'échapper et de se cacher (12). Suite aux déclarations de *Lazare*, nous avons analysé l'interaction entre l'évènement provoquant la honte (soit l'alimentation artificielle) et les individus sociaux pouvant éprouver des limitations physiques ou psychologiques qui agressent les perceptions de soi (médicaux et familiaux, sociale).

Pour identifier le sentiment de honte, nous avons posé 4 questions à réponses binaires. Parmi ces questions, 3 sont des variables statistiquement significatives ($p < 0,001$).

| | Total n (100) | > 20 n (%) | ≤20 n (%) | p | RR | [IC 95%] |
|--|------------------|---------------|--------------|--------|------|-------------|
| | 1030 (100) | 455 (44,2) | 575 (55,8) | | | |
| Identification du sentiment de honte | | | | | | |
| Vous vous sentez légitime de parler de votre décision d'AA aux personnels soignants | | | | | | |
| D'accord | 582 (56,5) | 266 (45,7) | 316 (54,3) | 0,26 | | |
| Pas d'accord | 448 (43,5) | 189 (42,2) | 259 (57,8) | | | |
| Vous vous sentez légitime de parler de votre décision d'AA à vos proches | | | | | | |
| D'accord | 847 (82,2) | 421 (49,7) | 426 (50,3) | <0,001 | 2,68 | 1,96 - 3,65 |
| Pas d'accord | 183 (17,8) | 34 (18,6) | 149 (81,4) | | | |
| Vous vous sentez à l'aise lorsque vous donnez le biberon à votre enfant et vous n'avez pas envie de vous cacher | | | | | | |
| D'accord | 977 (94,9) | 455 (46,6) | 522 (53,4) | <0,001 | | |
| Pas d'accord | 53 (5,1) | 0 (0,0) | 53 (100,0) | | | |
| Vous pensez que vous n'avez pas à avoir honte d'avoir choisi de nourrir votre enfant au biberon | | | | | | |
| D'accord | 957 (92,9) | 454 (47,4) | 503 (52,6) | <0,001 | | |
| Pas d'accord | 73 (7,1) | 1 (1,4) | 72 (98,6) | | | |

Tableau 10 : Identification du sentiment de honte selon la médiane du score de pression sociale

- Légitimité face aux personnels soignants

D'après nos résultats, le ressenti des mères face aux personnels soignants était similaire dans les deux groupes. En revanche, une importante proportion de la population cible déclarait ne pas se sentir légitime de parler de leur choix d'AA devant des professionnels de santé (soit 43,5%).

- Légitimité face aux proches

La majorité des participantes, se sentait légitime de parler de leur décision d'alimentation artificielle à leurs proches (82,2% vs 17,8%). En revanche, lorsque les femmes ne se sentaient pas légitimes d'en parler, elles subissaient dans la majorité des cas une forte pression sociale (soit 81,4% vs 18,6% ; $p < 0,001$). Elles étaient plus à risque de subir une forte pression sociale que celles qui se sentaient légitimes d'en parler à leur entourage (soit 81,4% vs 50,3% ; $p < 0,001$).

- Désir de se cacher et de s'échapper

L'immense majorité des participantes déclarait être à l'aise et ne pas avoir envie de se cacher en public (soit 94,9% vs 5,1%). Les femmes qui ne se sentaient pas à l'aise en public subissaient dans 100% des cas une forte pression sociale.

- Honte

L'immense majorité de notre population déclarait ne pas avoir honte d'avoir choisi une alimentation artificielle au biberon pour leur enfant (soit 92,9% vs 7,1%). Cependant, les femmes qui déclaraient avoir honte étaient majoritairement des mères subissant une forte pression sociale (98,6% vs 1,4% ; $p < 0,001$). Les participantes qui avaient honte d'utiliser le biberon avaient plus de risque de subir une forte pression sociale (soit 98,6% vs 52,6% ; $p < 0,001$).

4.3.1 L'estime de soi

Pour analyser l'estime de soi chez ces femmes, les mères ont dû répondre à 2 questions à réponses binaires puis à une question à réponse multiple.

On observe des différences significatives dans les deux groupes en ce qui concerne l'estime de soi ($p < 0,001$).

Les caractéristiques de l'estime de soi des participantes sont décrites dans le *Tableau 11* et le *Tableau 11 bis*.

| | Total | > 20 | ≤ 20 | | | |
|--|------------|-------------|-------------|------------------|------|--------------|
| | n (%) | n (100) | n (100) | p | RR | [IC 95%] |
| | 1030 (100) | 455 (44,17) | 575 (55,83) | | | |
| Identification de l'estime de soi | | | | | | |
| Vous vous percevez comme une personne aussi capable que les autres | | | | | | |
| D'accord | 946 (91,8) | 449 (98,7) | 497 (86,4) | <0,001 | 6,65 | 3,07 - 14,41 |
| Pas d'accord | 84 (8,2) | 6 (7,1) | 78 (92,9) | | | |
| Vous êtes fier de vous et vous êtes capable de faire les choses aussi bien que les autres mères | | | | | | |
| D'accord | 959 (93,1) | 451 (99,1) | 508 (88,3) | <0,001 | 8,35 | 3,22 - 21,68 |
| Pas d'accord | 71 (6,9) | 4 (0,9) | 67 (11,7) | | | |

Tableau 11 : Caractéristiques de l'estime de soi des participantes selon la médiane du score de pression

- Comparaison aux autres mères

Les participantes qui pensaient ne pas être aussi capables que les autres subissaient majoritairement une forte pression sociale (92,9% vs 7,1% ; $p < 0,001$). Ces femmes étaient plus à risque de subir une forte pression sociale que les autres (soit 92,9% vs 52,5%).

- Fierté personnelle

La majorité des participantes se sentait fière et capable de faire les choses aussi bien que les autres mères, qu'elles subissent une faible ou une forte pression (93,1% et 6,9%). En revanche, on observe que les mères qui n'étaient pas fières d'elles subissaient majoritairement une forte pression sociale (soit 94,4% vs 5,6% ; $p < 0,001$). De plus, ces femmes avaient plus de risque de subir une forte pression sociale que si elles étaient fières d'elles (soit 94,4% vs 53,0% ; $p < 0,001$).

| | Total n (%) | > 20 n (100) | ≤20 n (100) | p | RR | [IC 95%] |
|--|----------------|-----------------|----------------|---------|------|-------------|
| | 1030 (100) | 455 (44,17) | 575 (55,83) | | | |
| Caractéristiques de vos ressentis depuis votre décision d'alimentation artificiel | | | | | | |
| Vous vous sentez | | | | | | |
| Libre | | | | | | |
| Oui | 588 (57,1) | 300 (65,9) | 288 (50,1) | < 0,001 | 1,46 | 1,25 - 1,69 |
| Fière de vous | | | | | | |
| Oui | 380 (36,9) | 216 (47,5) | 164 (28,5) | < 0,001 | 1,55 | 1,35 - 1,77 |
| Rebelle | | | | | | |
| Oui | 46 (4,5) | 15 (3,3) | 31 (5,4) | 0,11 | | |
| Originale | | | | | | |
| Oui | 16 (1,6) | 7 (1,5) | 9 (1,6) | 0,97 | | |
| Moderne | | | | | | |
| Oui | 174 (16,9) | 80 (17,6) | 94 (16,3) | 0,6 | | |
| Jugée | | | | | | |
| Oui | 170 (16,5) | 22 (4,8) | 148 (25,7) | < 0,001 | 0,26 | 0,17 - 0,38 |
| Rejetée | | | | | | |
| Oui | 10 (1,0) | 1 (0,2) | 9 (1,6) | 0,03 | 0,22 | 0,03 - 1,44 |
| Désobéissante | | | | | | |
| Oui | 41 (4,0) | 7 (1,5) | 34 (5,9) | < 0,001 | 0,38 | 0,19-0,74 |
| Fautive | | | | | | |
| Oui | 122 (11,8) | 4 (0,9) | 118 (20,5) | < 0,001 | 0,07 | 0,03 - 0,17 |
| Égoïste | | | | | | |
| Oui | 141 (13,7) | 18 (4,0) | 123 (21,4) | < 0,001 | 0,26 | 0,17 - 0,40 |
| Autre | | | | | | |
| Oui | 123 (11,9) | 52 (11,4) | 71 (12,3) | 0,65 | | |

Tableau 11 bis: Caractéristiques des ressentis selon la médiane du score de pression

Depuis leur décision d'alimentation artificielle, les mères qui ressentaient un niveau de pression important se sentaient en majorité jugées (25,7% vs 4,8% ; $p < 0,001$), rejetées (1,6% vs 0,2% ; $p < 0,03$), désobéissantes (5,9% vs 1,5% ; $p < 0,001$), fautives (20,5% vs 0,9% ; $p < 0,001$) et égoïstes (21,4% vs 4,0% ; $p < 0,001$). En revanche, celles qui subissaient une pression moins importante, se sentaient majoritairement libres (65,9% vs 50,1% ; $p < 0,001$) et fières d'elles (47,5% vs 28,5% ; $p < 0,001$). Ainsi, l'intensité du niveau de pression sociale ressentie semble avoir un impact sur l'estime de soi des mères et sur leur ressenti.

6. Discussion

6.1 Synthèse des principaux résultats et comparaison

6.1.1 Identification de la pression sociale pesant sur le choix d'AA

- La promotion de l'allaitement maternel au sein

En accord avec la littérature existante, nos résultats démontrent que la promotion de l'allaitement maternel au sein est une source de préoccupation et de remise en question pour les femmes qui n'allaitent pas. En France, la diffusion des messages de santé publique en matière d'allaitement maternel semble efficace. En effet, les recommandations de l'OMS au sujet de l'allaitement étaient connues par l'immense majorité des participantes de notre étude (soit 88,1%). Cependant comme l'ont suggéré *Britney Benoit et al* ainsi que *Ellie Lee*, cette promotion est perçue comme une source de pression et peut être liée à des problèmes d'expériences émotionnelles négatives (4) (5). Dans notre étude, 79% des femmes ont perçu les préconisations de l'OMS comme une pression.

Comme dans la littérature anglo-saxonne, il semble que les mères françaises soient demandeuses d'une approche promotionnelle de l'allaitement différente. La France devrait également réfléchir sur la nature des informations et des messages de santé publique.

- Le niveau de pression sociale

Gill Thomson et al ainsi que *Briege M Lagan et al*, ont fait référence dans leurs études à la façon dont les femmes se sentaient « sous la pression » d'allaiter (2) (3). Nous retrouvons cette même association dans notre étude. Effectivement, 99,3% de nos participantes ont subi une pression sociale suite à leur décision de ne pas allaiter. Seulement 7 participantes ont obtenu un score de pression de 0 sur 27 (soit 0,7%) et n'ont donc subi aucune pression sociale.

6.1.2 Les caractéristiques de la pression sociale

- Choix personnel

Le besoin d'appartenance à un groupe est un des besoins primaires selon la pyramide de *Maslow*. L'influence sociale joue un rôle essentiel dans les interactions sociales humaines et dans l'appartenance à un groupe social. Lorsque les mères ne suivent pas les normes sociales d'appartenance à un groupe, elles peuvent se sentir exclues. Selon l'étude réalisée par *Holcomb* en 2017, lorsque les femmes ne perçoivent pas la décision d'alimentation artificielle comme leur propre décision, elles ressentent moins de culpabilité, moins de responsabilité et donc moins de pression (19).

C'est pour cette raison que nous avons demandé aux femmes si elles avaient choisi seules d'utiliser une AA pour identifier la pression sociale. D'après nos résultats, la majorité des mères a déclaré avoir décidé entièrement seule et sans l'aide de l'entourage de nourrir leur nourrisson avec du lait artificiel (soit 70,1%). En revanche, 29,9% des participantes n'ont pas pris cette décision seules.

- Remarques négatives et désobligeantes

D'après la revue de la littérature *Leanne Jackson et al*, la source de culpabilité et de pression des mères non allaitantes est le plus souvent associée aux soignants, tandis que les mères allaitantes associent leur culpabilité aux membres de leur famille (11).

Dans notre étude, la majorité des participantes n'a jamais subi de remarques négatives de la part d'un professionnel de santé (soit 52,1% vs 47,9%). En revanche, plus de la moitié des femmes a déjà reçu une remarque de la part d'un proche (soit 54,9% vs 45,1%). Par conséquent, les femmes de notre étude ont subi majoritairement des remarques négatives et désobligeantes de la part de leur entourage. Malheureusement, le pourcentage de femmes ayant subi des remarques venant des professionnels de santé reste encore très élevé (soit 47,9%).

- Accompagnement de l'alimentation artificielle

De nombreux articles ont lié les problèmes de bien-être émotionnel au manque d'informations et de soutien des professionnels à l'arrêt de l'allaitement (2) (3). En accord avec la littérature existante, les participantes de notre étude suggèrent pour la majorité ne pas être totalement accompagnées dans leur démarche et ne pas recevoir toutes les informations nécessaires. Seulement 49,1% des femmes ont déclaré être totalement satisfaites de l'accompagnement et des informations fournies. Cependant, 50,9% des femmes ont déclaré ne pas être tout à fait d'accord. En accord avec les déclarations de *Thomson et al*, il semblerait qu'en France nous devrions mettre en place des stratégies de soutien qui tiennent compte des contraintes personnelles, culturelles, idéologiques et structurelles.

- Norme sociale transgressée

Dans une étude réalisée en Norvège, *Ingjerd Hvatum et Kari Glavin* ont interrogé des mères ayant arrêté précocement l'allaitement maternel au sein. Ces mères déclaraient avoir besoin d'un soutien social car elles estimaient avoir enfreint une règle et ne plus répondre aux attentes culturelles. Le désir de s'adapter à la culture de leur pays étaient indispensable pour elles (20). Nous avons retrouvé cette même association, l'immense majorité de nos participantes perçoit l'allaitement au sein comme une norme sociale (75,5% contre 24,5%).

6.1.3 Les facteurs de vulnérabilité

- L'âge

À notre connaissance aucune étude n'a étudié la relation entre les caractéristiques sociodémographiques de la population et le niveau de pression sociale. D'après nos résultats, l'âge est un facteur de vulnérabilité à prendre en compte chez les femmes qui ne souhaitent pas allaiter. Effectivement, les mères les plus jeunes ont subi plus de pression sociale que les mères qui avaient entre 31 et 35 ans.

- Le niveau d'étude

Au vu des résultats de notre analyse, au plus les femmes ont fait d'études, au plus elles sont à risque de subir une forte pression sociale. Les mères qui avaient un niveau inférieur au baccalauréat ressentaient pour la majorité une faible pression sociale. En revanche, celles ayant un niveau baccalauréat ressentaient une forte pression sociale.

- Le terme d'accouchement

À notre connaissance, aucune étude n'a également étudié la relation entre les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement des femmes non allaitantes et la pression sociale. D'après nos résultats, seulement le terme d'accouchement était statistiquement différent selon le niveau de pression sociale. Il semblerait que le terme d'accouchement soit un facteur de vulnérabilité à prendre en compte lors du suivi post-partum. Lorsque les mères avaient accouché entre 37 Sa + 1 jour et 39 Sa + 6 jours ou lorsqu'elles ne connaissaient pas leur terme d'accouchement, elles subissaient majoritairement une forte pression sociale.

- Le schéma familial

La famille, comme toute structure sociale, exerce une grande influence dans l'apprentissage des valeurs et des normes qui sont indispensables au développement des relations sociales.

A notre connaissance, aucune étude n'a étudié la place du schéma familial dans la décision d'alimentation artificielle.

Il semblerait que le schéma familial occupe une place importante dans le processus de pression sociale subi par les femmes non allaitantes. Effectivement, la majorité de nos participantes ont suivi les traces de leurs mères en utilisant du lait artificiel (soit 68,6%). De plus, les mères qui avaient été allaitées subissaient majoritairement une forte pression sociale contrairement aux autres.

- La parité

Selon *Lazare*, la primiparité est un facteur de vulnérabilité pouvant exacerber les affects négatifs et le mauvais vécu de la maternité. Les primipares se sont senties plus souvent dépassées par la maternité et par les implications physiques et psychologiques de l'accouchement. De ce fait, les primipares ressentaient un besoin de soutien plus prononcé (12). Nos résultats sont en accord avec les recherches de *Lazare*, les primipares ont subi plus de pression sociale que les multipares (soit 58,7% vs 50,9%).

- Antécédents d'allaitement

Dans une étude réalisée en Australie, des mères ont déclaré vivre l'arrêt de leur AM comme un chagrin dévastateur. Ces mères étaient prêtes à subir de nombreux problèmes afin de prolonger leur AM. Il semblerait, que les femmes ayant déjà eu une expérience en matière d'allaitement exclusif soient également voire d'autant plus touchées par les affects négatifs liés à la perception d'un AA « mauvais » et « non naturel ». (21).

Nous retrouvons cette association à travers nos résultats. Lorsque les femmes avaient déjà une expérience en matière d'allaitement avec leur(s) ainé(s), elles subissaient majoritairement une forte pression. Contrairement à celles sans expérience qui subissaient une faible pression.

- La tétée de bienvenue

À notre connaissance, aucune étude n'a étudié la relation entre la tétée de bienvenue et le niveau de pression sociale. Cependant à travers nos résultats, la tétée de bienvenue semble avoir une influence considérable sur le niveau de pression sociale. Les femmes qui avaient donné la tétée de bienvenue à leur enfant, subissaient majoritairement un niveau de pression élevé. Contrairement à celles n'ayant pas donné le sein en salle de naissance et qui subissaient pour la plupart une faible pression sociale.

De plus, le contexte de la mise au sein en salle de naissance semble avoir une influence sur le niveau de pression. En accord avec les déclarations de *Holcomb*, les femmes qui ne percevaient pas l'absence de mise au sein comme une décision provenant d'elle, ressentaient moins de pression (19). Effectivement, lorsque la tétée de bienvenue n'était pas proposée aux femmes, elles subissaient moins de pression sociale, contrairement à celles n'ayant pas initié leur enfant au sein en salle de naissance par choix et qui subissaient majoritairement plus de pression.

De plus, les femmes qui avaient donné la tétée de bienvenue car on leur avait imposée subissaient dans l'immense majorité une forte pression sociale (soit 94,1%).

- Influence de la tétée de bienvenue

Les femmes qui subissaient une forte pression sociale, étaient le plus souvent des mères influencées par la tétée de bienvenue.

- Moment du choix d'alimentation artificielle

Dans leur étude, *Victoria Fallon et al* ont analysé les émotions négatives associées à l'intention initiale et à la méthode finale choisie d'alimentation du nourrisson. Les mères non allaitantes se sentaient plus coupables si elles avaient une intention initiale d'allaitement avant l'accouchement que si elles n'en avaient pas. De plus, lorsque les mères avaient initié leur enfant à l'allaitement en maternité puis ensuite donner le biberon, le niveau de culpabilité était plus élevé (22). De même, les mères qui arrêtent précocement l'allaitement maternel pour donner le biberon semblent plus vulnérables aux mauvais vécus de l'AA (16). Nous retrouvons également cette association dans notre étude. Nos participantes qui avaient décidé de ne pas allaiter avant d'être enceintes subissaient une faible pression sociale. En revanche, celles qui avaient pris cette décision en maternité après avoir donné le sein quelques jours, subissaient une forte pression sociale et donc potentiellement plus de culpabilité et de honte.

- Raisons du choix d'alimentation artificielle

Comme la littérature existante et nos résultats précédents l'ont démontré, lorsque les femmes avaient déjà une expérience en matière d'allaitement, elles subissaient plus de pression. Effectivement, nos participantes qui avaient choisi une AA suite à un échec antérieur d'AM subissaient majoritairement une forte pression (soit 75,6%). De plus, lorsque les femmes choisissaient d'utiliser le biberon pour se sentir libre, pour faire participer le conjoint et pour vérifier les quantités de lait absorbées, elles subissaient une forte pression.

6.1.4 Influence de la pression sociale sur le sentiment de culpabilité

Dans sa revue de la littérature, *Leanne Jackson* analyse différents articles qui explorent la relation entre culpabilité ou honte et la méthode d'alimentation du nourrisson. Ces résultats ont retrouvé un sentiment de culpabilité plus fréquemment ressenti chez les mères nourrissant leur enfant avec du lait artificiel que chez les mères allaitantes.

Dans notre étude, on retrouve une association entre le niveau de pression sociale et le sentiment de culpabilité. Les participantes qui ont subi un fort niveau de pression sociale ressentaient plus de culpabilité que celles qui subissaient une faible pression.

Victoria Fallon et al ont déclaré que la majorité des femmes non allaitantes de leur étude ressentait la nécessité de défendre leur décision (soit 76%)(22). En revanche, parmi nos participantes seulement une minorité a ressenti le besoin de justifier cette décision (soit 35,3%).

6.1.5 Influence de la pression sociale sur le sentiment de honte

La honte est une émotion saillante lors du développement de l'identité maternelle. Il est donc indispensable pour la relation mère-enfant, de maîtriser les facteurs induisant des sentiments de honte. Selon *Taylor et Wallace*, la honte est le concept le plus approprié pour considérer les expériences d'alimentation du nouveau-né des femmes en raison de son occurrence dans des contextes sociaux de perception et de jugement par les autres, de son intériorisation et de son action (13). Dans la littérature existante, le sentiment de honte est associé aux professionnels de santé et renforcé par le manque de soutien. En revanche, d'après *Leanne Jackson*, aucune littérature quantitative n'a examiné la honte en fonction du mode d'alimentation du nouveau-né (10). Par ailleurs, *Gill Thomson* a déclaré que la honte était ressentie par les femmes à travers leurs interactions avec les professionnels de santé. Suite au manque de soutien de la part des professionnels, les femmes de son étude ont déclaré ressentir un sentiment d'échec et d'isolement (2). D'après nos résultats, il existe un lien de corrélation entre le niveau de pression sociale et le sentiment de honte. Ainsi, les femmes qui ont subi un niveau de pression élevé étaient plus à risque de ressentir de la honte.

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de lien de causalité entre le niveau d'intensité de pression sociale et le sentiment de légitimité face aux personnels soignants. En revanche, on observe dans notre population totale, qu'une importante proportion de femme a déclaré ne pas se sentir légitime de parler d'alimentation artificielle aux soignants. Que les femmes subissent une forte ou une faible pression sociale, 43,5% d'entre elles ne se sentaient pas légitimes d'en parler. À notre connaissance aucune étude n'a étudié le niveau de pression et de honte face aux proches. Nous avons trouvé dans nos résultats une association entre la forte pression sociale et l'absence de légitimité face aux proches. Seulement 17,8% des participantes ont déclaré ne pas se sentir légitimes d'en parler. En revanche parmi ces mères, la grande majorité d'entre elles subissait une forte pression sociale (81,4% vs 18,6%).

Par conséquent, nos participantes se sentaient plus légitime d'en parler aux proches plutôt qu'aux personnels soignants (soit 82,2% vs 56,4%). En accord avec *Lazare*, les personnels soignants sont des éléments générateurs de honte chez les femmes qui n'allaitent pas, qu'elles subissent une forte ou une faible pression sociale.

6.1.6 Influence de la pression sociale sur l'estime de soi

Dans notre étude, les mères qui avaient une faible estime d'elles-mêmes, subissaient majoritairement une forte pression sociale et donc potentiellement de la honte et de la culpabilité. Des émotions négatives ont été majoritairement retrouvées chez les mères subissant une forte pression. Ces mères se sont senties pour la plupart jugées, rejetées, désobéissantes, fautives et égoïstes, contrairement aux femmes subissant une faible pression sociale et qui se sentaient majoritairement libres et fières d'elles.

6.2 Forces et limites de l'étude

6.2.1 Limites de l'étude

Notre étude a été effectuée à travers les réseaux sociaux ; elle exclue ainsi les femmes qui n'ont pas accès aux réseaux sociaux et celles qui ne parlent pas français. Comme nous venons de le démontrer, la communication entre les femmes et les professionnels de santé est un outil majeur dans le bon déroulement du vécu de l'alimentation du nourrisson. Ainsi, il peut être intéressant de recueillir le témoignage des femmes qui se trouvent en difficulté avec la barrière de la langue.

Pour quantifier le niveau de pression sociale ressenti, nous avons créé une échelle avec la médiane du score de pression. Nous avons inclus les femmes qui ne subissaient aucune pression sociale dans la catégorie de femmes qui subissaient une « faible » pression sociale (soit 0,7%). Ainsi, notre échelle peut manquer de précision.

À travers notre étude nous avons identifié la pression sociale pesant sur le choix d'AA. De plus, nous avons démontré que les femmes subissant une forte pression étaient plus à risque de ressentir des affects négatifs tels que la honte, la culpabilité et la faible estime de soi. En revanche, nous n'avons pas analysé le lien entre la honte, la culpabilité et la faible estime de soi. Une femme peut ressentir de la honte sans forcément culpabiliser ni avoir une faible estime d'elle-même. Lors d'une enquête approfondie menée auprès de mères utilisant du lait artificiel, *Mary Bresnahan et al* ont suggéré que c'était le sentiment de culpabilité qui entraînait des sentiments négatifs d'estime de soi et des comportements maternels dysfonctionnels (23). Même si les affects négatifs suite aux choix d'AA sont mis en évidence dans les études anglo-saxonnes, les facteurs induisant une émotion plutôt qu'une autre sont mal connus, ce qui justifierait des recherches futures.

6.2.2 Forces de l'étude

Notre questionnaire a été préalablement testé auprès de 5 patientes en suites de couches dans une maternité de la région Provence-Alpes-Côte d'azur afin de s'assurer de sa compréhension et du temps nécessaire pour y répondre. Par la suite, nous avons apporté quelques modifications au questionnaire sur la tournure des phrases.

Initialement, nos questions étaient adaptées à l'échelle de Likert et plus le score de pression sur 27 était élevé, plus les mères subissaient une importante pression. Cependant, la tournure des questions pouvait influencer les femmes et accentuer le sentiment de jugement qui pourrait aggraver le sentiment de remise en question. C'est pourquoi nous avons décidé, d'utiliser des tournures de phrases positives allant dans le sens d'absence de pression, de culpabilité, de honte et d'une bonne estime de soi.

7. Conclusion

En accord avec la littérature anglo-saxonne existante, nous avons démontré que les femmes françaises subissent une pression sociale importante autour de leur choix d'alimentation artificielle. Cette pression sociale est à l'origine d'expériences émotionnelles négatives incluant la culpabilité, la honte et la baisse de l'estime de soi.

La source de cette pression viendrait des différents messages promotionnels de l'allaitement ainsi que du manque de soutien de la part des professionnels de santé.

Tout comme les pays anglo-saxons, la France devrait être amenée à réfléchir sur la nature des informations et des messages de santé publique tels que les recommandations de l'OMS, qui ont été identifiées comme source de pression.

De même, il semble indispensable d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des mères qui ne souhaitent pas allaiter. Il est essentiel pour le bien-être émotionnel des mères de se sentir comprises et soutenues dans leur décision.

Les mères qui choisissent le biberon comme méthode d'alimentation ont autant besoin d'attention et d'explications que les femmes allaitantes. Il semble également indispensable de repérer les facteurs de vulnérabilité pouvant induire un mauvais vécu de cette pression sociale afin d'adapter notre prise en charge. Nous avons identifié certains facteurs de vulnérabilité pouvant nécessiter un soutien et une prise en charge renforcée :

- Les femmes jeunes, ayant entre 18 et 25 ans
- Les femmes ayant un niveau d'étude avancé
- Les femmes ayant accouché entre 37 sa+1 jour et 39 sa+6 jours ou ne connaissant pas leur terme
- Les femmes primipares
- Les femmes ayant été allaitées par leur mère, qui ne suivent pas cette conduite
- Les femmes ayant déjà une expérience d'allaitement maternel que ce soit à travers la tétée de bienvenue ou avec leur(s) enfant(s) ainé(s)
- Les femmes ayant choisi tardivement d'utiliser le biberon
- Les femmes avec un antécédent d'échec antérieur d'allaitement maternel

Pour aller plus loin, il serait intéressant de se pencher sur plusieurs points :

- Continuer à réfléchir sur la forme de nos messages de santé publique en matière d'allaitement avec l'objectif de trouver une alternative entre preuves scientifiques et messages moralisateurs.
- L'intégration de programme de dépistage des facteurs de vulnérabilités au cours des consultations prénatales et dans le post-partum.
- Étudier la possibilité de mise en place de stratégies de soutien qui tiennent compte des contraintes personnelles, culturelles, idéologiques et structurelles basées sur les modes d'alimentation du nourrisson.
- Réaliser certaines recherches supplémentaires afin de comprendre les obstacles spécifiques à l'accès aux conseils en matière d'alimentation artificielle.

Bibliographie

1. Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
2. Thomson G, Ebisch-Burton K, Flacking R. Shame if you do--shame if you don't: women's experiences of infant feeding. *Matern Child Nutr.* janv 2015;11(1):33-46.
3. Lagan BM, Symon A, Dalzell J, Whitford H. « The midwives aren't allowed to tell you »: perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture - the Feeding Your Baby Study. *Midwifery.* mars 2014;30(3):e49-55.
4. Benoit B, Goldberg L, Campbell-Yeo M. Infant feeding and maternal guilt: The application of a feminist phenomenological framework to guide clinician practices in breast feeding promotion. *Midwifery.* 1 mars 2016;34:58-65.
5. Lee E. Health, morality, and infant feeding: British mothers' experiences of formula milk use in the early weeks. *Sociol Health Illn.* 2007;29(7):1075-90.
6. Fahlquist JN. Experience of non-breastfeeding mothers: Norms and ethically responsible risk communication. *Nurs Ethics.* mars 2016;23(2):231-41.
7. Brown A. What Do Women Really Want? Lessons for Breastfeeding Promotion and Education. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med.* avr 2016;11:102-10.
8. Appleton J, Fowler C, Laws R, Russell CG, Campbell KJ, Denney-Wilson E. Professional and non-professional sources of formula feeding advice for parents in the first six months. *Matern Child Nutr.* juill 2020;16(3):e12942.
9. R L, D O, Kk O. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch Dis Child* [Internet]. août 2009 [cité 30 janv 2023];94(8). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19602520/>
10. Jackson L, De Pascalis L, Harrold J, Fallon V. Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr.* juill 2021;17(3):e13141.
11. Jackson L, Fallon V, Harrold J, De Pascalis L. Maternal guilt and shame in the postpartum infant feeding context: A concept analysis. *Midwifery.* 1 févr 2022;105:103205.
12. Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch Intern Med.* sept 1987;147(9):1653-8.
13. Taylor EN, Wallace LE. For Shame: Feminism, Breastfeeding Advocacy, and Maternal Guilt. *Hypatia.* ed 2012;27(1):76-98.
14. Stevens EE, Patrick TE, Pickler R. A History of Infant Feeding. *J Perinat Educ.*

2009;18(2):32-9.

15. Maud. L'allaitement au XXe siècle [Internet]. Maman Mammouth - Blog famille et vie simple. 2018 [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.maman-mammouth.com/lallaitement-au-xxe-siecle/>

16. Emde RN, Oppenheim D, Guédeney A. La honte, la culpabilité et le drame œdipien : considérations développementales à propos de la moralité et de la référence aux autres. *Devenir*. 2002;14(4):335-62.

17. Scheff: Emotions, the social bond, and human reality:... - Google Scholar [Internet]. [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Emotions,+the+Social+Bond,+and+Human+Reality:+Part/Whole&publication_year=1997&

18. Tangney JP, Miller RS, Flicker L, Barlow DH. Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *J Pers Soc Psychol*. juin 1996;70(6):1256-69.

19. Holcomb: Resisting guilt: Mothers' breastfeeding... - Google Scholar [Internet]. [cité 4 févr 2023]. Disponible sur:

https://scholar.google.com/scholar_lookup?journal=Sociological+Focus&title=Resisting+guilt:+Mothers%E2%80%99+breastfeeding+intentions+and+formula+use&volume=50&issue=4&publication_year=2017&pages=361-374&doi=10.1080/00380237.2017.1313005&

20. Hvatum I, Glavin K. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. *J Clin Nurs*. oct 2017;26(19-20):3144-55.

21. Ayton JE, Tesch L, Hansen E. Women's experiences of ceasing to breastfeed: Australian qualitative study. *BMJ Open*. 6 mai 2019;9(5):e026234.

22. Fallon V, Komninou S, Bennett KM, Halford JCG, Harrold JA. The emotional and practical experiences of formula-feeding mothers. *Matern Child Nutr*. oct 2017;13(4).

23. Bresnahan M, Zhuang J, Goldbort J, Bogdan-Lovis E, Park SY, Hitt R. Made to Feel Like Less of a Woman: The Experience of Stigma for Mothers Who Do Not Breastfeed. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. janv 2020;15(1):35-40.

Annexe I



Annexe I : La pyramide des besoins selon Maslow 1940

Annexe II

La pression de la société exercée sur l'alimentation artificiel.

Dans le cadre de mes études de sage-femme, j'effectue un mémoire de fin d'année concernant l'alimentation artificielle. Selon nous, la décision d'allaitement devrait être un choix pour la mère afin qu'elle puisse prendre soin de son enfant comme elle l'entend. Il peut être difficile pour une future maman de prendre une décision entre les recommandations officielles de l'OMS et le regard de la société.

Ce questionnaire a pour but d'identifier le niveau de pression sociale qui peut peser sur l'alimentation artificiel et qui dans ce cas, risque de faire naître chez des patientes des sentiments inconfortables.

Ce questionnaire est anonyme conformément à la CNIL.

Si vous avez accouché il y a moins d'un an et que vous avez choisi une alimentation au biberon pour votre enfant dès sa naissance ou en sortant de la maternité alors ce questionnaire est fait pour vous !

1. La région du lieu d'accouchement :

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand-Est
- Hauts-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur

2. Le type de structure :

- Structure publique
- Structure privée
- Autre

3. Quel est votre âge ?

- Entre 18 et 25 ans
- Entre 26 et 30 ans
- Entre 31 et 35 ans
- Plus de 35 ans

4. Quelle est votre nationalité ?

5. Quel est votre niveau d'étude ?

- Brevet ou niveau brevet
- Bac ou niveau bac
- DEUG - BTS - DUT - DEUST
- Licence - licence professionnelle - BUT
- Maîtrise et master 1
- Master - diplôme d'études approfondies - diplôme études supérieures spécialisées - diplôme d'ingénieur
- Doctorat - habilitation à diriger des recherches
- CAP - BEP

7. Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire / Divorcée / Séparée
- En couple
- Mariée / Pacsée
- Autre

8. Votre grossesse était :

- Désirée
- Inopinée

9. A quel terme avez-vous accouché ?

- Avant 37 Sa
- Entre 37 sa+1 jour et 39 sa+6 jours
- Après 40 sa
- Terme inconnu

10. Quel âge a votre enfant aujourd'hui ?

- Entre 0 et 4 jours
- Entre 5 jours et 1 mois
- Entre 1 et 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an

11. Vous êtes une primipare (1 seul enfant) :

- Oui
- Non

12. Vous êtes une multipare (plusieurs enfants) :

- Oui
- Non

13. Vous avez donné le sein à votre/vos aîné(s) ?

- Oui
- Non
- Vous n'êtes pas concernée par la question

14. Vous avez-vous même été nourrie au sein par votre mère :

- Oui
- Non
- Vous ne savez pas

15. Vous avez choisi une alimentation artificielle :

- Par pudeur et pour préserver votre intimité
- Pour pouvoir vous reposer
- Pour vous sentir plus libre
- Pour faire participer votre conjoint
- Pour préserver l'esthétique de votre poitrine
- Suite à un échec antérieur d'allaitement maternel
- Suite à une contre-indication à l'allaitement maternel
- Suite à un transfert de votre bébé en néonatalogie
- Pour pouvoir reprendre rapidement votre travail
- Pour pouvoir vérifier les quantités de lait absorbées
- Pour des raisons d'ordre organisationnel
- Pour la praticité de l'allaitement artificiel
- Car vous n'avez pas de congé maternel
- Autre

16. Vous avez choisi une alimentation artificielle pour votre enfant :

- Avant même d'être enceinte
- En début de grossesse
- En fin de grossesse
- Après l'accouchement
- Après la tétée de bienvenue
- En maternité car le sein ne vous a pas convenu
- Quelques jours après votre sortie de la maternité

17. A propos de la tétée de bienvenue :

- Vous ne l'avez pas faite par choix
- Vous ne l'avez pas faite car vous avez été séparée de votre bébé pour ses soins ou les vôtres
- Vous l'avez faite par choix et elle n'a pas influencé votre décision d'allaitement artificiel
- Vous l'avez faite par choix et elle a orienté votre décision d'allaitement artificiel
- Vous l'avez faite car on vous l'a imposée
- Vous ne l'avez pas faite car on ne vous l'a pas proposée

18.L'OMS préconise un allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de la vie du nouveau-né :

- Vous connaissiez cette préconisation
- Vous ne connaissiez pas cette préconisation
- Vous la percevez comme une pression
- Vous ne la percevez pas comme une pression
- Autre

19.Cela a été facile pour vous de décider d'utiliser le biberon :

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

20.Vous avez fait le choix d'alimentation artificielle toute seule, sans votre entourage ni votre famille.

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

21.Vous avez fait le choix d'alimentation artificielle en toute sérénité, dans un état de tranquillité et de confiance sur le plan moral.

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

22.Vous avez fait ce choix sans hésiter :

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

23.Vous vous sentez légitime d'en parler à vos proches (famille, conjoint, amis, collègues) :

- D'accord
- Pas d'accord

24.Vous vous sentez légitime d'en parler au personnel soignant (médecin, sage-femme, pédiatre, gynécologue) :

- D'accord
- Pas d'accord

25. Vous ne vous sentez jamais mise à l'écart dans la société depuis votre décision d'alimentation artificielle :

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

26. Vous vous sentez à l'aise lorsque vous donnez le biberon à votre enfant car vous assumez pleinement cette décision :

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

27. Vous n'avez jamais subi des remarques négatives et désobligeantes sur votre choix d'alimentation artificielle de la part d'un professionnel de santé (sage-femme, médecin, pédiatre) :

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

28. Vous n'avez jamais subi des remarques négatives et désobligeantes sur votre choix d'alimentation artificielle de la part d'un de vos proches (famille, conjoint, amis, collègues) :

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

29. Vous pensez avoir fait le bon choix.

- D'accord
- Pas d'accord

30. Vous vous percevez comme une personne aussi capable que les autres :

- D'accord
- Pas d'accord

31. Vous êtes fière de vous et vous êtes capable de faire les choses aussi bien que la majorité des autres mamans :

- D'accord
- Pas d'accord

32. Vous ne vous jugez pas et ne remettez jamais en question votre rôle de mère face à ce choix :

- D'accord
- Pas d'accord

33. Vous pensez que vous n'avez pas à avoir honte d'avoir choisi une alimentation artificielle pour votre enfant :

- D'accord
- Pas d'accord

34. Vous ne ressentez aucune culpabilité à avoir choisi d'utiliser le biberon :

- D'accord
- Pas d'accord

35. Vous n'avez jamais regretté cette décision jusqu'à présent :

- D'accord
- Pas d'accord

36. Vous vous sentez accompagnée dans votre démarche d'alimentation artificielle et vous avez reçu toutes les informations nécessaires :

- D'accord
- Pas d'accord

37. Vous ne vous sentez pas obligée de justifier votre décision d'alimentation artificielle lorsque vous en parlez :

- D'accord
- Pas d'accord

38. Pour vous, l'allaitement maternel au sein n'est pas une norme sociale que vous avez transgressée :

- 0 (Pas du tout d'accord)
- 1
- 2
- 3 (Tout à fait d'accord)

39. Vous avez déjà subi des remarques concernant le choix d'alimentation artificielle :

- Bienveillantes
- Rassurantes
- Encourageantes
- Négatives
- Jugeantes
- Culpabilisantes
- Explicites et directes
- Implicites sous forme de sous-entendus
- Autre
- Vous n'avez jamais subi de remarque

40. Depuis votre décision d'alimentation artificielle, vous vous sentez :

- Jugée
- Rejetée
- Libre
- Désobéissante
- Fautive
- Originale
- Rebelle
- Moderne
- Égoïste
- Fière de vous
- Autre

41. Dans ce choix d'alimentation artificielle, vous vous êtes inspirée :

- D'un modèle familial
- D'un modèle politique
- D'un modèle féministe
- D'un modèle anticonformiste
- D'une personne du domaine médicale
- D'une personne célèbre
- De vos amis
- De valeurs culturelles
- D'internet (réseau sociaux, forums, recherches ...)
- Aucune de ces réponses

UNIVERSITE COTE D'AZUR – FACULTE DE MEDECINE
Ecole de Sages-Femmes de Nice – Année 2023

Titre : La pression sociale exercée sur les femmes qui choisissent de nourrir leur enfant avec du lait artificiel.

Résumé

Objectif : L'objectif de cette étude est d'identifier la pression sociale exercée sur les femmes qui n'allaitent pas leur enfant et d'analyser les conséquences engendrées sur le développement d'affects négatifs tels que la honte, la culpabilité et la baisse de l'estime de soi.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative descriptive et comparative réalisée de septembre 2022 à novembre 2022. Un questionnaire anonyme a été distribué aux mères qui n'allaitaient pas leur enfant à travers les réseaux sociaux. Nous avons identifié le niveau de pression sociale sur ces femmes et nous avons comparé leurs caractéristiques afin d'identifier les facteurs de vulnérabilité associés à un niveau de pression sociale élevé. Nous avons ensuite comparé les sentiments de culpabilité, de honte et l'estime de soi des participantes afin d'analyser l'impact de la pression sociale.

Résultats : 1030 mères qui nourrissaient leur enfant avec du lait artificiel ont été incluses. Nous avons pu mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité pouvant induire un niveau de pression élevé : le jeune âge, le niveau d'étude, la primiparité, le terme d'accouchement, le schéma familial, le moment de la décision d'AA ainsi que les expériences et antécédents d'allaitement maternel ou de mise au sein en salle de naissance. En accord avec la littérature existante, la pression sociale en France est transmise aux femmes par l'intermédiaire de la promotion de l'allaitement et par le manque de soutien de la part des professionnels.

Conclusion : Les mères qui choisissent de nourrir leurs enfants avec du lait artificiel peuvent subir une pression sociale plus ou moins importante. Plus les femmes subissent une forte pression sociale, plus elles sont à risque de développer des émotions négatives de culpabilité, de honte et de faible estime de soi. Il est indispensable de prendre en compte les facteurs de vulnérabilité pouvant soumettre les femmes à une forte pression sociale pour éviter le développement des affects négatives.

Mots-clés : Alimentation artificielle – pression sociale – influence sociale – honte – culpabilité – estime de soi – promotion de l'allaitement maternel

Title: Social pressure on women who choose bottle-feeding for their child.

Abstract

Objective: The aim of this study is to identify the social pressure on women who do not breast-feed their child and to analyze the consequences generating on the development of negatives affects such as shame, guilt, and low self-esteem.

Method: Qualitative, descriptive, and comparative study realized between September 2022 and November 2022. An anonymous survey was distributed through social networks to mothers who did not breast-feed their child. We identified the social pressure's level, and we compared the characteristics of the women to identify the vulnerability factors that are associated with a high level of social pressure. Then, we compared the feelings of guilt, shame, and low self-esteem to analyze the impact of the social pressure.

Results: 1030 mothers were included in the study. We highlighted some vulnerability factors that can induce a high level of social pressure: young age, education level, parity, term of delivery, family pattern, moment of choice of bottle feeding and the experiences and background of breast-feeding or welcome breast-feeding in delivery room. In line with literature, the social pressure in France is transmitted to women through breast-feeding promotion and by the lack of support from the health professionals.

Conclusion: Mothers who choose to feed their child with bottles may be under varying degrees of social pressure. Women under a high level of social pressure are more likely to develop guilt, shame, and low self-esteem. It is required to take into consideration vulnerability factors that can subdue women to a high social pressure to avoid negatives affects.

Key-words: Bottle-feeding – Social pressure – Social influence – Shame – Guilt – Self-esteem – The promotion of breastfeeding
